Europa-Universität Flensburg

Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen im europäischen urbanen Raum

Analysen zu gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen sowie deren Qualitätsdimensionen aller 12 Städte des MINDMAP Forschungskonsortiums unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz als Determinante sozialer Teilhabe

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Vorgelegt von:
M.A. Wienke Jacobsen
Flensburg, den 04. Juni 2019

Betreuung und Erstgutachten: Prof. Dr. Petra Hampel
Zweitgutachten: Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

„Wenn man auf ein Ziel zugeht, ist es
äußerst wichtig, auf den Weg zu achten.
Denn der Weg lehrt uns am besten,
ans Ziel zu gelangen, und er bereichert uns,
während wir ihn zurücklegen“.
(Auf dem Jakobsweg)

Paulo Coelho

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich allen voran bei meiner Doktormutter **Frau Prof. Dr. Petra Hampel** für ihre Anregung zur Promotion und ihre professionelle Unterstützung sowie wertvolle und intensive Betreuung während meiner gesamten Studien- und Promotionszeit herzlich bedanken.

Ein weiteres Dankeschön gilt Frau **Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann** für ihre unmittelbare Bereitschaft zur Übernahme des Zweitgutachtens und die weitere Unterstützung.

Ebenso danke ich **Frau Dr. Ulrike Dapp** und **Frau Dr. Lilli Neumann** für die Zusammenarbeit im Rahmen des europäischen Forschungsprojektes MINDMAP und die Unterstützung sowie das entgegengebrachte Vertrauen gegenüber meiner Arbeit.

Des Weiteren möchte ich mich bei **Ines Zimmermann** und **Herrn Prof Dr. Wolfgang Huhn** bedanken, die mich in unterschiedlichen Phasen des Promotionsvorhabens mit anregenden Gedanken darin unterstützt haben mein Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

Zudem gilt mein Dank dem Begabtenförderungswerk der Evangelischen Kirche „**Evangelisches Studienwerk Villigst e.V.**“ für die bedeutsame Unterstützung im Rahmen meines Promotionsstipendiums.

Darüber hinaus bedanke ich mich bei meinen Kommilitoninnen **Melanie Fuhljahn**, **Jana Dördelmann**, **Carina Wilkens**, **Carmen Schuhmacher** und **Anne Köpnick**, die mir bei Fragen immer unterstützend zur Seite standen und mich stets ermutigt haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner **Familie** und meinen **Freunden**, die mir immer zur Seite standen und mich während der gesamten Promotionszeit emotional unterstützt haben. Vor allem möchte ich meinem **Partner** für den Rückhalt, den Zuspruch und die Unterstützung sowie seinen **Töchtern** für die Leichtigkeit und das Lachen im Haus danken.

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf eine geschlechtsspezifisch differenzierte Schreibweise verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis ..... **I**

Zusammenfassung **1**

Abstract **5**

1 Theoretischer Hintergrund **9**

1.1 Problemstellung und Überblick 9

1.2 Gesundheit und Wohlbefinden im Alter 14

1.2.1 Lebensphase Alter 14

1.2.1.1 Alterskonzepte und Altersbilder 14

1.2.1.2 Entwicklungspsychologische Anforderungen 17

1.2.2 Gesundheit im Alter 19

1.2.2.1 Definitionen und Konzepte 19

1.2.2.2 Gesundheitliche Lage älterer Menschen 22

1.2.2.3 Psychische Krankheiten im Alter 24

1.2.3 Funktionale Kompetenz im Alter 25

1.2.3.1 Anpassungsleistungen älterer Menschen 25

1.2.3.2 Funktionale Kompetenz älterer Menschen 27

1.2.4 Wohlbefinden im Alter 30

1.2.4.1 Definitionen: Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden 30

1.2.4.2 Wohlbefinden im Alter 33

1.2.5 Zusammenfassung der Befundlage 37

1.3 Lebenssituationen älterer Menschen im urbanen Raum 37

1.3.1 Interindividuelle Heterogenität im Alter 38

1.3.1.1 Soziale Lage 38

1.3.1.2 Gesundheitskompetenz- und verhalten im Alter 41

1.3.2 Soziale Isolation und Teilhabe im Alter 44

1.3.2.1 Soziale Isolation 44

1.3.2.2 Soziale Interaktion 47

1.3.2.3 Soziale Aktivität 50

1.3.3 Urbane Lebenswelten im Alter 52

1.3.3.1 Ressourcencharakter des Lebensumfelds 52

1.3.3.2 Kommunale Infrastruktur 53

1.3.3.3 Zugehörigkeit im Stadtteil 56

1.3.4 Zusammenfassung der Befundlage 57

1.4 Kommunale Gesundheitsförderung im Alter 58

1.4.1 Gesundheitsförderung und Prävention 58
1.4.1.1 Definition von Gesundheitsförderung und Prävention 58
1.4.1.2 Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen 60
1.4.2 Kommunale Gesundheitsförderung 62
1.4.2.1 Ansatzpunkte kommunaler Gesundheitsförderung 62
1.4.2.2 Kommunale Gesundheitsförderung im Alter 64
1.4.3 Gesundheitsförderung im europäischen Kontext 70
1.4.3.1 Europäische Gesundheitspolitik – ein Exkurs 70
1.4.3.2 Exemplarische Darstellung politischer Rahmenprogramme 72
1.4.4 Qualitätssicherung in der kommunalen Gesundheitsförderung 75
1.4.5 Zusammenfassung der Befundlage 81
1.5 Europäisches Forschungskonsortium MINDMAP 82
1.5.1 Beschreibung des Forschungskonsortiums 82
1.5.2 Subanalysen der Datenbasis 83
1.6. Zusammenfassung und Relevanz des Promotionsvorhabens 88

2 Methodisches Vorgehen des Promotionsvorhabens 91
2.1. Studiendesign und Herleitung der Fragestellungen 91
2.2 Studienverlauf 93
2.2.1 Einschlägige Übersichtsarbeit 94
2.2.2 Leitfadengestützte Experteninterviews 95
2.3 Datenerhebung 100
2.3.1 Stichprobenakquise und -beschreibung 100
2.3.2 Durchführung und Freigabe Interviews 104
2.4 Datenauswertung 105
2.4.1 Auswertungsverfahren 105
2.4.2 Quantifizierung 108
2.4.3 Qualitative Inhaltsanalyse 111
2.4.4 Gütekriterien 114

3 Teil 1: Gesundheitsbezogene Interventionen 117
3.1 Fragestellung 117
3.2 Ergebnisse der Quantifizierung 117
3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse 125
3.4 Diskussion 125
3.5 Kernbotschaft 129

4 Teil 2: Gesundheitsbezogene Strategien 130
4.1 Fragestellung 130
4.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse 131

4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse 154
4.4 Diskussion 158
4.5 Kernbotschaft 173

5 Teil 3: Besonderheiten der Zielgruppe 175
5.1 Fragestellung 175
5.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse 175
5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse 192
5.4 Diskussion 196
5.5 Kernbotschaft 205

6 Teil 4: Hinderliche und förderliche Faktoren 206
6.1 Teil 4a: Hinderliche Faktoren 206
6.1.1 Fragestellung 206
6.1.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse 206
6.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse 220
6.2 Teil 4b: Förderliche Faktoren 224
6.2.1 Fragestellung 224
6.2.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse 224
6.2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse 241
6.3 Diskussion der hinderlichen und förderlichen Faktoren 245
6.4 Kernbotschaft 256

7 Allgemeine Diskussion 257
7.1 Übergreifende Ergebnisdiskussion 257
7.2 Methodische Reflexion 275
7.2.1 Methodenwahl und methodisches Vorgehen 275
7.2.2 Ziel- und Qualitätsansprüche 282

8 Implikationen 286
8.1 Besonderheiten der Zielgruppe (Teil 3) 287
8.2 Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter (Teile 1+2) 290
8.3 Gelingende Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung (Teile 4a+b) 296
8.4 Implikationen für die Forschung 303

9 Schlussfolgerungen 305

Literaturverzeichnis 310

Anhang A Verzeichnisse 335
Anhang A1 - Abbildungsverzeichnis 335
Anhang A2 – Kastenverzeichnis 338

Anhang A3 – Tabellenverzeichnis 338

Anhang B – Promotionsvorhaben im Rahmen des MINDMAP Konsortiums.....340

Anhang B1 – Stichprobenakquise durch MINDMAP Partner 340

Anhang B2 – Teilnehmerinformation zur Studie 342

Anhang B3 – Informationsmaterialen zur Interviewdurchführung.....344

Anhang B4 – Bewertungsmatrix (ursprünglicher Fragebogen) 346

Anhang B5 – Freigabe der Transkripte und Bewertungsmatrizen.....352

Anhang B6 – Fachliche Validierung.....353

Anhang B7 – Fachartikel 354

Anhang B8 – Wissenschaftliches Poster 369

Anhang C – Promotionsvorhaben 370

Anhang C1 – Transkriptionsregeln 370

Anhang C2 – Kategorienbaum Teile 2 bis 4a+b 372

Persönliche Erklärung.....373

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund. Ältere Menschen sind trotz abnehmender personaler Anpassungsressourcen in der Lage, ihre funktionale Kompetenz weitgehend aufrecht zu erhalten und entsprechend am sozialen Leben teilzuhaben. Die soziale Teilhabe älterer Menschen, die sich sowohl auf die Interaktion als auch auf die soziale Aktivität bezieht, kann durch verhaltensbezogene Maßnahmen, aber auch durch den Abbau von umweltbezogenen Barrieren unterstützt werden, wie das "WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern" von 2015 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) darstellt. In der vorliegenden Arbeit wird den umweltbezogenen Faktoren ein höherer Stellenwert eingeräumt, welche beispielsweise eine mobilitätsfördernde Stadtgestaltung (z.B. Parkbänke) sowie Gelegenheitsstrukturen für soziale Teilhabe umfassen (z.B. Senioren- oder Nachbarschaftstreffpunkte). Im Allgemeinen ist ein aktives Altern („active ageing") laut der WHO für das Wohlbefinden sehr entscheidend. Ferner wird das Wohlbefinden im Alter durch die Weitergabe des Erfahrungswissens an nachfolgende Generationen (Generativität) sowie durch die Verbundenheit und Zugehörigkeit im Stadtteil (Belonging) gefördert. Ein Risiko birgt hingegen die soziale Isolation und Vereinsamung im Alter und stellt Städte aufgrund der wachsenden älteren Stadtbevölkerung vor zahlreiche Herausforderungen. Trotz des Präventionspotentials älterer Menschen und einem berichteten Paradigmenwechsel, indem die traditionelle Altenhilfepolitik eher durch eine moderne Altenpolitik abgelöst wird, kritisieren Experten den immer noch zu geringen Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Insgesamt hat sich ergeben, dass eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung vor allem durch ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, eine intersektorale Zusammenarbeit sowie partizipative Prozesse unterstützt werden kann.

Das Promotionsvorhaben wurde im Rahmen des europäischen Forschungskonsortiums MINDMAP erstellt, an dem 12 europäische Städte sowie begleitende Forschungseinrichtungen aus den USA und Kanada beteiligt sind. Die Ergebnisse eigener publizierter Subanalysen verdeutlichten, dass die genannten gesundheitsbezogenen Strategien häufiger psychische Erkrankungen im Alter und weniger die Förderung des Wohlbefindens fokussieren. Die gesundheitsbezogenen Interventionen zielten vor allem auf eine Förderung der sozialen Teilhabe, die Unterstützung der Alltagsbewältigung und Bewegungsförderung ab. Bisherige Analysen ließen jedoch keine Aussagen über die inhaltliche Ausgestaltung oder praktische Umsetzung der gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen zu. Schließlich liegen für die befragten Städte bislang keine Erkenntnisse zu Besonderheiten der Zielgruppe vor, die in der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu berücksichtigen sind.

Fragestellungen. Die vorliegende Dissertation zielt darauf ab, Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen im urbanen Raum unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz als Determinante sozialer Teilhabe zu identifizieren. Teil 1 überprüft, inwiefern die gesundheitsbezogenen Interventionen die Bestimmungsstücke des „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ berücksichtigen (WHO, 2015), um Potentiale und Handlungsbedarfe der Städte aufzuzeigen. Darüber hinaus wird in Teil 2 die inhaltliche Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Strategien untersucht. Zudem sollen Besonderheiten der Zielgruppe (Teil 3) sowie hinderliche und förderliche Faktoren einer gelingenden Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung identifiziert werden (Teile 4a+b).

Methode. Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstrukturierter leitfadengestützter Experteninterviews. Es lag für jede der 12 einbezogenen Städte mindestens eine Datenquelle vor, sodass eine Vollerhebung vorlag (N=14). Die Datenauswertung kombinierte im Sinne der Methodentriangulation quantitative und qualitative Verfahren. Im Vorfeld der Datenanalyse wurden die qualitativen Daten der Transkripte in quantitative Daten transformiert und einer Bewertungsmatrix zugeordnet. Die Erkenntnisse stellten die Datenbasis der Auswertungsfrage 1 dar (Teil 1). Hierbei wurden die gesundheitsbezogenen Interventionen in das „WHO Public Health Rahmenprogramm für ein gesundes Altern“ eingeordnet (WHO, 2015), in dem die Maßnahmen einerseits nach dem Grad der funktionalen Kompetenz (hohe vs. niedrige Kapazität) und auf der Handlungsebene in verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen differenziert wurden. Die Ergebnisse der publizierten Subanalysen verdeutlichten einen weiteren Forschungsbedarf, dem mittels vertiefenden qualitativen Analysen nachgegangen wurde. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie erfolgte eine induktive Kategorienbildung (Mayring, 2015). Zur Sicherung einer möglichst intersubjektiven Überprüfbarkeit wurden die Transkripte und Bewertungsmatrizen kommunikativ validiert.

Ergebnisse Teil 1. Insgesamt adressierten 151 Angebote die soziale oder räumliche Umwelt. Die meisten verhaltensbezogenen Angebote auf der Umweltebene lagen in Hamburg vor, gefolgt von Rotterdam, während Eindhoven und Paris primär verhältnisbezogene Angebote vorwiesen. In Eindhoven lagen zudem die meisten kombinierten Angebote vor. In Hamburg und Rotterdam wurden ferner die meisten Angebote für die „fitten Alten“ (hohe Kapazität) vorgehalten, während Paris vor allem Ältere mit niedriger Kapazität adressierte.

Ergebnisse Teil 2. Die Oberkategorien zeigten zahlreiche Ansatzpunkte auf, um das Wohlbefinden älterer Menschen im Rahmen gesundheitsbezogener Strategien direkt sowie indirekt zu fördern. Es wurde vor allem die Förderung der sozialen Teilhabe und der Erhalt

einer selbstständigen Lebensführung im Alter fokussiert. Zudem zielten zahlreiche Strategien auf eine mobilitätsfördernde Stadtgestaltung ab, deren Bedeutung für die soziale Teilhabe im Alter hervorgehoben wurde. In Bezug auf die mehrfach benannte Problematik der sozialen Isolation und Einsamkeit im Alter wurden vor allem Bestrebungen zur Stärkung nachbarschaftlicher Kontakte betont. Auch die Förderung sozialer Chancengleichheit stellt ein bedeutsames Ziel dar. Darüber hinaus spielten Aspekte des Gesundheitswesens, die Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch eine gute Versorgung eine zentrale Rolle. In Bezug auf die psychische Gesundheit richteten sich die meisten Strategien an die jüngere Bevölkerung. Zahlreiche Strategien folgten einem altersübergreifenden Ansatz, während andere ältere Menschen direkt adressierten oder für bestimmte Sub- oder Risikogruppen spezielle Strategien vorhielten.

Ergebnisse Teil 3. Hinsichtlich der Besonderheiten der Zielgruppe ergab sich, dass sich ältere Menschen in ihrer gesundheitlichen Lage und funktionalen Kompetenz sowie in soziostrukturellen Merkmalen und ihrer sozialen Lage unterscheiden. Somit muss die Diversität im Alter berücksichtigt werden. Hierbei sollten insbesondere generationsübergreifende Kontakte zur Weitergabe des Erfahrungswissens (Generativität) aufgebaut sowie die Mobilität stabilisiert oder gefördert werden. Weiterhin wurde gefordert, dass die Ressourcen älterer Menschen stärker mobilisiert werden sollten. Die schwere Erreichbarkeit der älteren Bevölkerung stellte nach Ansicht der Experten ein großes Problem dar, vor allem wenn die Älteren sozial isoliert leben. Um die Zielgruppe dennoch erreichen zu können, wurden zielgruppenspezifische und aufsuchende Angebote empfohlen.

Ergebnisse Teile 4a+b. Entsprechend der Befunde reicht der politische Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter meist nicht aus, obwohl die Thematik insgesamt an Bedeutung gewonnen hat. Eine Umsetzung von Maßnahmen gelingt nach Ansicht der Experten, vor allem, wenn ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis und eine evidenzbasierte Praxis besteht sowie eine systematische intersektorale Zusammenarbeit durchgeführt wird. Besonders bedeutsam sei zudem der Einbezug der Zielgruppe sowie relevanter Akteure, wobei teilweise innovative Partizipationsmethoden als sehr förderlich hervorgehoben wurden. Demgegenüber wurden insbesondere ein biomedizinisches Gesundheitsverständnis und eine defizitäre Sicht auf das Alter als hinderlich angesehen. Insgesamt wurde deutlich, dass die angestrebten Qualitätsdimensionen kaum, aber die Umsetzung hingegen sehr unterschiedlich war.

Handlungsempfehlungen. Resultierend aus den divergenten Ausgangssituationen (u.a. Gesundheitssysteme) haben die folgenden Implikationen keinen allgemeingültigen Anspruch, regen aber eine weitere regionale Forschung auf Stadtebene an. Aufgrund der

Diversität der älteren Bevölkerung sollten vor allem zielgruppenspezifische Maßnahmen entwickelt werden, die ältere Menschen weniger nach ihrem Lebensalter, sondern vielmehr nach ihrer funktionalen Kompetenz unterscheiden. Zudem ist die Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten bedeutsam und es sollten insbesondere Ältere, die ein Risiko für die Vereinsamung aufweisen, angesprochen werden. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Strategien sollten neben multidimensionalen Altersstrategien, die mehrere bedeutsame Ziele zur Gesundheitsförderung verfolgen, spezielle Subgruppen oder relevante Themen (z.B. Vereinsamung) gezielt adressiert werden. Ältere Menschen sollten zudem bei der Kompensation altersassoziierter Beeinträchtigungen unterstützt und vor allem ihre Anpassungsressourcen sollten entsprechend gestärkt werden. Ferner sollten vermehrt wohnortnahe wertschätzende Begegnungsräume geschaffen werden, in denen ein generationsübergreifender Austausch und die Aktivität im Alter gefördert werden. Auch sollte das Zugehörigkeitsgefühl (Belonging) im Stadtteil gestärkt werden, da es vor allem im hohen Alter für das Wohlbefinden bedeutsamer wird. Insgesamt kann das Wohlbefinden beispielsweise im Rahmen von urbanen Gartenprojekten vielfältig gestärkt werden. Schließlich sind für eine gelingende Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter vor allem innovative Partizipationsmethoden (z.B. Stadtteilbegehungen) und eine systematische intersektorale Zusammenarbeit erforderlich.

Schlussfolgerungen. Die Dissertation zeigt zahlreiche Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen im urbanen Raum auf. Aufgrund der Diversität im Alter im Allgemeinen und der interindividuellen funktionalen Kompetenz im Besonderen sind zielgruppenspezifische Interventionen erforderlich, die vor allem durch Präventionsketten realisiert werden könnten. Weiter wurde ersichtlich, dass eine Etablierung des innovativen „Positive Health“ Konzepts aus den Niederlanden eine ressourcenorientierte Sicht auf das Alter unterstützen würde. Insgesamt zeigte sich, dass die Ziele zur Förderung des Wohlbefindens im Alter sehr ähnlich waren, sich jedoch die praktische Umsetzung deutlich unterscheidet. Somit wurde ein europäisches Narrativ in Bezug auf ein erstrebenswertes gelingendes Altern ersichtlich. Basierend auf dem Vorbild der aktuellen „Fridays for Future“-Bewegung könnte diese gemeinsame Grundhaltung genutzt werden, um der gleichzeitigen Debatte um ein zerbrechendes Europa entgegenzuwirken sowie generations- und grenzübergreifend eine nachhaltige und gesundheitsförderliche soziale und räumliche Umwelt zu befördern. Insgesamt liefert das Promotionsvorhaben gewinnbringende Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik sowie die Praxis und die weitere Erforschung der kommunalen Gesundheitsförderung älterer Menschen im urbanen Raum.

Abstract

Theoretical background. The World Health Organisazation (WHO) 2015 suggest in the "WHO Public Health Framework on Healthy Aging" that despite diminishing levels of personally adaptive resources, elderly people are able to maintain their functional competencies to a large extent. According to WHO, functional competence is defined as the ability to cope with everyday life, to carry out individually meaningful activities and to participate in a social life. Functional competence plays an important role in elderly people's social participation, in both interaction and social activity, and can be supported by factors such as behavioral action and the removal of environmental barriers. In the present work, environmental factors are given a higher priority. The promotion of social participation can be supported by mobility-enhancing urban design (e.g. park benches) and opportunity structures (e.g. elderly or neighborhood meetings points). According to WHO, active aging is very important for elderly people's well-being. Additionally, well-being in old age is promoted by passing on the knowledge of experience to subsequent generations (generativity) and by belonging in the district. In contrast, there is a risk of loneliness in old age. When the risk of needing care and dependency increases, cities in particular face numerous challenges due to the growing urban population. The literature reports a paradigm shift and that traditional old-age assistance policy is being replaced by a more modern policy of aging. Experts however, emphasize the status of health promotion and prevention in old age remains too low. Overall, it is apparent that successful community health promotion can be supported primarily by a holistic understanding of health, intersectoral cooperation and participative processes.

The dissertation was created within the framework of the European research consortium MINDMAP, in which 12 European cities and accompanying research institutions from the USA and Canada are involved. The results of this published sub analyses made it clear that the mentioned health-related strategies focus more often on mental illnesses in old age and less on the promotion of well-being. The health-related interventions are aimed primarily at promoting social participation, supporting everyday coping and promoting physical activity, however, previous analyzes did not allow statements about the content or practical implementation of health-related strategies and interventions. In conclusion, there are findings on peculiarities of the target group, which are to be considered in the local health promotion for the elderly.

Issues. The aim of the present dissertation is primarily to identify starting points for community health promotion for elderly people in urban areas, with particular emphasis on functional competence as a determinant of social participation in old age. In part 1, the health-related interventions identified in the published sub-analyzes were classified in the

"WHO Public Health Framework for Healthy Aging" (WHO, 2015), in order to identify the potential need for action in the cities. Part 2 explored the extent to which the well-being of elderly people is addressed in urban health strategies. Specificities of the target group (Part 3) as well as obstructive and beneficial factors for a successful implementation of local health promotion in old age should be identified (Parts 4a + b).

Method. The data was collected using semi-structured, guided expert interviews. There was a minimum of one data source for each of the 12 cities surveyed, this ensured a full survey was available (N=14). The data analysis combines quantitative and qualitative methods in the sense of method triangulation. In advance of the data analysis, the qualitative data of the transcripts were transformed into quantitative data and assigned to a scoring matrix. The knowledge is the basis for the evaluation question 1, in which the health-related interventions were classified in the "WHO Public Health Framework for Healthy Aging" (WHO, 2015), the measures are based on the degree of functional competence (high vs. low capacity) are differentiated. In contrast, the level measures were divided into behavioral and proportional measures. The results of the published sub analyses revealed a need for further research, this was investigated by means of in-depth qualitative analyzes. Due to the exploratory character of the study, an inductive category formation took place (Mayring, 2015). To ensure intersubjective verifiability, the transcripts and assessment matrices with the quantified data were validated by all interviewees in a communicative manner and the results of evaluation question 2 were validated by individual MINDMAP partners. The process of quantification and inductive categorization was methodically verified by means of further research (intercoder reliability).

Results part 1. 151 offers addressed the social or spatial environment. Most of the behavioral offers were in Hamburg, followed by Rotterdam, Eindhoven and Paris showed primarily proportional offers. In Eindhoven most of the combined offers were also available. In Hamburg and Rotterdam, most of the offers for the "fit old people" (high capacity) were kept, while Paris mainly addressed older people with low capacity.

Results part 2. The top-level categories included many approaches to directly and indirectly promote the well-being of elderly people in health-related strategies. Primarily, the promotion of social participation and the preservation of an independent lifestyle in old age were addressed. Numerous strategies aimed at mobility-enhancing urban design, in which importance for social participation in old age was emphasized. With regard to the multiple issues of social isolation and loneliness in old age, efforts to strengthen neighborly contacts have been emphasized. The promotion of social equality also represents a significant goal. Aspects of the health system, health promotion and prevention and a good supply of care played a central role. In regard to mental health, most of the strategies were aimed at the

younger population. Many strategies followed an age-spanning approach, while others addressed older people directly or special strategies for specific sub-groups or groups at risk.

Results part 3. Regarding the specifics of the target group, it emerged that older people differ in their health status and functional competence, as well as in their socio-structural characteristics and their social situation. This shows that diversity must be taken into consideration in old age, in particular, cross-generational contacts to disseminate experience (generativity) should be established and mobility should be stabilized or promoted. It also recommended more resources to be mobilized by older people. According to experts, the difficult accessibility of the elderly population posed a major problem, in particular if the elderly live in a socially isolated manner. In order to be able to reach the target group anyway, target group-specific and upcoming offers were recommended.

Results parts 4a+b. According to the findings, the political significance of health promotion and prevention in old age is usually insufficient, even though the topic as a whole has gained momentum in importance. In the view of the experts, the implementation of measures succeeds when a holistic understanding of health and an evidence-based practice has been implemented, as well as systematic intersectoral cooperation. The inclusion of the target group and relevant stakeholders was particularly significant, with innovative participation methods in some cases being highlighted as very conducive. In contrast, a biomedical understanding of health and a deficient view of age were seen as a hindrance. In conclusion, it became clear that the desired quality dimensions were very similar, but the implementation was very different.

Recommendations for action. As a result of the divergent initial situations (including health systems), the following implications are not universally valid, but suggest further regional research at the city level. Due to the diversity of the older population, target group-specific measures should be developed, which differentiate older people less according to their age, but rather according to their functional competence. Consideration of social inequalities is important, specifically in elderly people at risk of loneliness, which should be addressed. In regard to health-related strategies, an addition to multi-dimensional aging strategies that pursue several important health promotion goals, specific subgroups or relevant issues (such as loneliness) should be targeted. Elderly people should also be helped to compensate for age-related impairments, in particular, their adaptation resources should be strengthened accordingly. More congenial meeting spaces should be created, which promote intergenerational exchange and activity in old age. The feeling of belonging in the district should also be strengthened, as it becomes more important for well-being, specifically in old age. In conclusion, well-being can be strengthened in many ways, for

example in the context of urban garden projects. What is needed for a successful implementation of local health promotion in old age is innovative participation methods (such as neighborhood inspections) and systematic intersectoral cooperation.

Conclusions. The dissertation shows numerous approaches to municipal health promotion for Elderly people in urban areas. Due to the general diversity in old age the inter-individual functional competence in particular, target group specific interventions are necessary, which could be created through prevention chains. It also became apparent that establishing the innovative "Positive Health" concept from the Netherlands would support a resource-based view of age. In conclusion, the objectives of promoting well-being in old age were very similar but the practical implementation differs significantly. A European narrative regarding a worthwhile successful aging population became apparent. Based on the model of the current "Fridays for Future" movement, this common ground could be used to counter the simultaneous debate about a disrupting Europe and to promote a sustainable and healthy social and physical environment across generations and across borders. The dissertation provides profitable insights for health policy as well as the practical recommendations for further research into the local health promotion of older people in urban areas.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Problemstellung und Überblick

Die alternde Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2016; vgl. Wettstein & Wahl, 2018; Wirtz, Kohlmann & Salewski, 2018) stellt Kommunen vor zahlreiche sozial- und gesundheitspolitische Herausforderungen (Amrhein & Backes, 2012; Schaeffer, Hurrelmann, Bauer & Kolpatzik, 2018). Insbesondere urbane Lebenswelten rücken in den Fokus, da bis zum Jahr 2050 etwa 68 % der Bevölkerung weltweit in Städten leben werden (WHO, 2019a). In Deutschland wohnen bereits 73 % der älteren Menschen in Städten (Oswald & Konopik, 2015). Wenngleich viele ältere Menschen im Zuge verbesserter Lebensbedingungen und medizinischer Versorgung an gesunden Lebensjahren dazu gewinnen, nehmen insbesondere chronische Erkrankungen (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Steptoe, Deaton & Stone, 2015) und die Multimorbidität zu (Lukaschek, Vanajan, Johar, Weiland & Ladwig, 2017; Robert-Koch-Institut, 2015a; WHO, 2017b). Daraus resultierende altersassoziierte Funktionseinschränkungen erhöhen die Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Lebensjahre (WHO, 2015; vertiefend s. Schirra-Weirich & Wiegelmann, 2017). Ältere sind jedoch in der Lage, entsprechende Beeinträchtigungen weitgehend zu kompensieren und ihr Wohlbefinden zu erhalten (vgl. Backes & Clemens, 2013; Wettstein & Wahl, 2018).

Die Unterstützung und der Erhalt des Wohlbefindens älterer Menschen stellt eine zentrale globale Herausforderung dar (Rakhshani et al., 2014). Für den Erhalt einer möglichst langen selbstständigen Lebensführung wird der funktionalen Kompetenz eine besondere Wichtigkeit beigemessen (Dapp, 2008; Dapp et al., 2009, 2011; Gill, Gahbauer, Allore & Han, 2006; Neumann, Dapp, Jacobsen, van Lenthe & Renteln-Kruse, 2017; Rochat et al., 2010; WHO, 2015). Funktionale Kompetenz meint die Fähigkeit den Alltag zu bewältigen, individuell bedeutsame Aktivitäten auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Menning & Hoffmann, 2009; WHO, 2015). Der Erhalt einer selbstständigen Lebensführung hat einen bedeutsamen Einfluss auf das Wohlbefinden älterer Menschen (Graefe et al., 2012; Motel-Klingebiel, Wurm, Huxhold & Tesch-Römer, 2010; Rödjer et al., 2016; vgl. Backes & Clemens, 2013; Bullinger & Brütt, 2018). Auch die Förderung der sozialen Teilhabe, im Sinne von sozialer Interaktion und sozialer Aktivität, ist für das Wohlbefinden im Alter bedeutsam (Havighurst, 1972; Naegele, 2010; Pinto & Neri, 2016; vertiefend s. Weltzien, 2004). Für die WHO bestimmt vor allem die Aktivität im Alter (“active ageing“) das Wohlbefinden im Alter wesentlich (Dapp et al., 2018; Fries, Bruce & Chakravarty, 2011; Kalache, Aboderin & Hoskins, 2002). Aufgrund der interindividuellen Heterogenität der älteren Bevölkerung (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014; Graefe et al., 2012) wird darauf hingewiesen, dass eine Differenzierung in Subgruppen

erforderlich ist (Boudiny, 2013; Faltermaier et al., 2014). Unterschiede hinsichtlich der personalen Anpassungsressourcen und der funktionalen Kompetenz älterer Menschen werden umfassend im „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ berücksichtigt (englischer Originaltitel: WHO Public Health Framework for Healthy Ageing; WHO, 2015). Die funktionale Kompetenz kann insbesondere durch die soziale und räumliche Umwelt beeinflusst werden, indem Ältere vor allem durch die Förderung des Gesundheitsverhaltens oder den Abbau von Barrieren bei der Anpassung an alters-assoziierte Beeinträchtigungen unterstützt werden (Neumann et al., 2017; WHO, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Die soziale Teilhabe im Alter kann insbesondere durch das Angebot entsprechender Gelegenheitsstrukturen, wie Senioren- oder Nachbarschafts-treffpunkte, gefördert werden (Oswald & Konopik, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Aufgrund der steigenden Bedeutung einer positiven Person-Umwelt-Interaktion im Alter (Dapp et al., 2009; Menning & Hoffmann, 2009; Neumann et al., 2017; WHO, 2015) steigt auch die Bedeutung einer mobilitätsfördernden Stadtgestaltung für die soziale Teilhabe älterer Menschen (Böhme & Franke, 2010; Oswald & Konopik, 2015; vgl. Backes & Clemens, 2013).

Obwohl ältere Menschen ihre sozialen Kontakte bewusst reduzieren und bedeutsame Beziehungen intensivieren (Huxhold, Mahne & Naumann, 2010; vertiefend s. Kruse, 2017) steigt das Risiko der Vereinsamung im Alter. Dies stellt aufgrund des hohen Depressions-risikos eine besondere Problematik dar (Böger, Wetzel & Huxhold, 2017; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006; Cornwell & Waite, 2009; WHO, 2014). Der Förderung sorgender Gemeinschaften wird in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung beigemessen (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2017; Kricheldorff, Klott & Tonello, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Auch das Zugehörigkeitsgefühl im Stadtteil gewinnt insbesondere im hohen Lebensalter an Bedeutung (Oswald & Konopik, 2015). Eine große Problematik stellt ferner die Erreichbarkeit älterer Menschen dar (Jordan & Lippe, 2013). Laut dem Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG; Deutscher Bundestag, 2015) stellt das Quartier die zentrale Lebenswelt älterer Menschen und zudem ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung dar (Dadaczynski & Paulus, 2018; Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; WHO, 1986). Dies trifft nach Huxhold et al. (2010) vor allem auf ältere Menschen zu, die sozial isoliert und zudem einsam sind. Auch soziale Benachteiligungen sollten laut der Literatur aufgrund des Risikos für gesundheit-liche Ungleichheiten besonders berücksichtigt werden (Mielck, 2005; Perna, Thien-Seitz, Ladwig, Meisinger & Mielck, 2010). Obwohl ältere Menschen ein hohes Präventionspotential aufweisen (Dapp et al., 2011; 2018; Robert Koch-Institut, 2015b) werden präventive und gesundheitsförderliche Aspekte für ein gesundes Altern in aktuellen gesundheitsbezogenen Strategien meist unzureichend berücksichtigt (WHO, 2015) und

insbesondere die psychische Gesundheit wird ungenügend oder primär indirekt adressiert (Friedli, 2006). Zudem ist der enge Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit meist unzureichend erkannt (Buber & Engelhardt, 2011).

Die vorliegende Dissertation wurde im Rahmen des unter Horizon 2020 geförderten europäischen Forschungskonsortiums MINDMAP verfasst (Titel: „Promoting mental well-being and healthy ageing in cities“; Förderkennzeichnen: Nr. 667661). Dem Konsortium gehören interdisziplinäre Universitäten und Forschungseinrichtungen aus 12 europäischen Städten an, die von Partner-Institutionen aus den USA und Kanada begleitet werden. Es sollten vor allem gesundheitsbezogene Strategien der teilnehmenden europäischen Städte (N=12) identifiziert und Zusammenhänge zwischen urbaner Umwelt und psychischer Gesundheit im Alter verstanden werden (Dapp, Neumann, von Renteln-Kruse, Avendano-Pablon & van Lenthe, 2016; Dapp, Neumann, Jacobsen, van Lenthe, von Renteln-Kruse, 2017; MINDMAP cities, 2019). Da bislang noch keine strukturierte Übersicht über gesundheitsbezogene Strategien auf der Stadtebene vorlag, sollte diese Informations- und Forschungslücke im Rahmen der Doktorarbeit weiter geschlossen werden. Zudem bestanden keine Kenntnisse zur inhaltlichen Ausgestaltung oder praktischen Umsetzung der gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen. Schließlich fehlten zudem Hinweise zu Besonderheiten, die in Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen zu berücksichtigen sind. Die vorliegende Dissertation untersuchte vor allem, inwiefern in gesundheitsbezogene Strategien und Interventionen das Wohlbefinden älterer Menschen direkt oder indirekt adressiert wird. In dieser Arbeit wurde bewusst eine ganzheitliche Sichtweise postuliert, sodass keine Einschränkung auf das psychische Wohlbefinden erfolgte, wie es im Rahmen der MINDMAP Projektbeschreibung vorgenommen wurde.

Zur Datenerhebung wurden halbstrukturierte leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt (N=13). Da in zwei Städten (London und Krakau) zwei Interviews durchgeführt wurden und für die Stadt Kaunas aufgrund sprachlicher Barrieren eine Bewertungsmatrix schriftlich ausgefüllt wurde, liegen insgesamt 14 Datenquellen vor. Die qualitativen Daten wurden im Rahmen von Subanalysen, an denen die Verfasserin maßgeblich beteiligt war, quantifiziert und im Vorfeld publiziert (Neumann et al., 2017). Die Ergebnisse stellten die Datenbasis der Auswertungsfrage 1 dar (Teil 1, vgl. Abb. 1). Mittels der Einordnung der genannten gesundheitsbezogenen Interventionen in das “WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern” (WHO, 2015) sollten Potentiale und Handlungsbedarfe auf Stadtebene aufgezeigt werden. Es fand zudem eine vertiefende Analyse des qualitativen Datenmaterials statt, um weitere Informationen hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Strategien zu erhalten (Teil 2). Ferner wurden Besonderheiten der Zielgruppe älterer Menschen (Teil 3) sowie hinderliche und förderliche

Faktoren für eine gelingende Umsetzung erfasst (Teile 4a+b). Die Kenntnisse der Datenbasis sowie der vorliegenden Dissertation sollten ein umfassendes Bild einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung älterer Menschen im urbanen Raum ermöglichen und zahlreiche Ansatzpunkte für die Praxis aufzeigen. In der vorliegenden Arbeit werden die theoretischen Grundlagen zu den wichtigsten Themenbereichen dargestellt (Abb. 1).

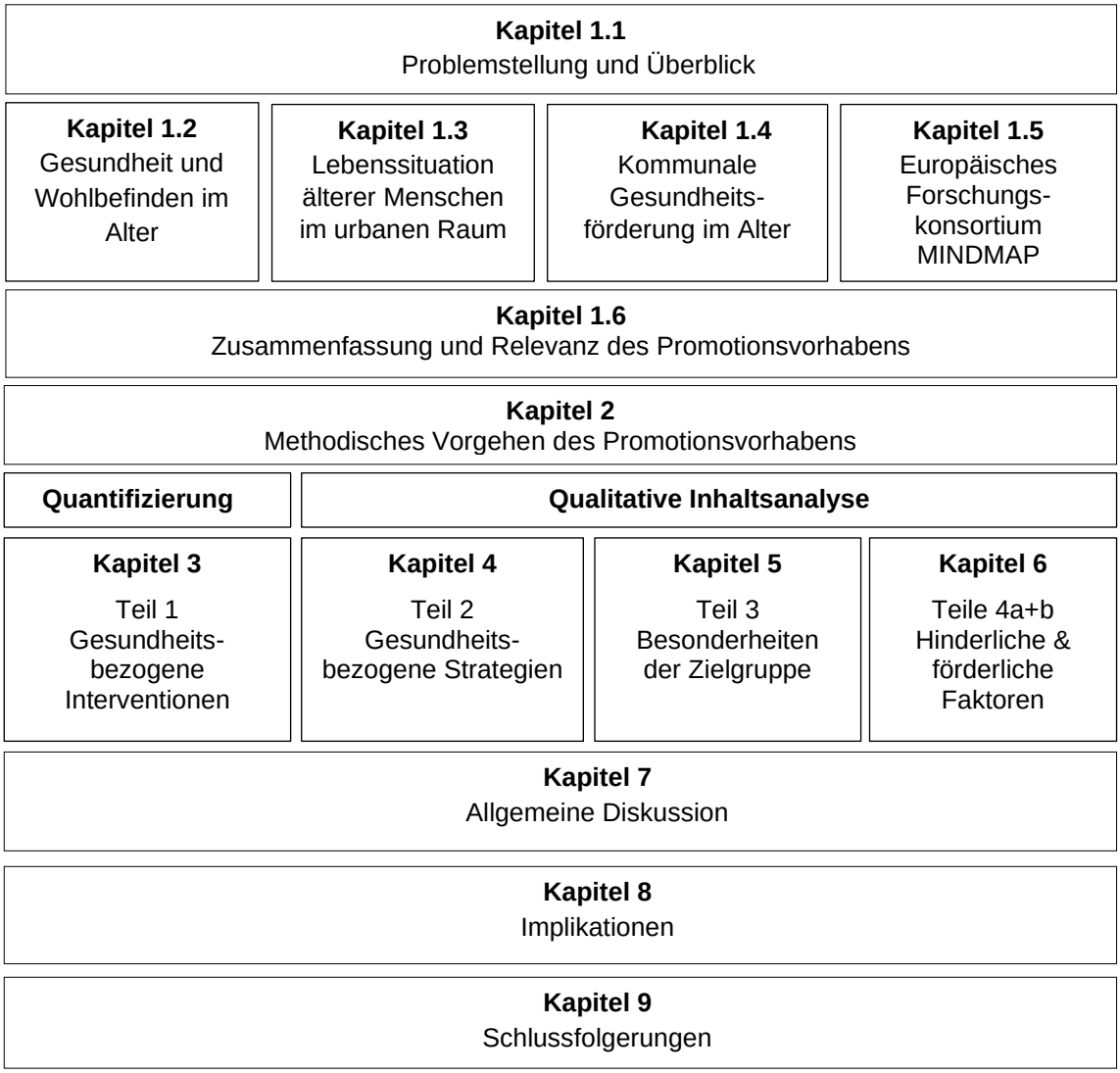


Abbildung 1: Überblick des Promotionsvorhabens.

In **Kapitel 1.2** werden die Lebensphase Alter sowie die gesundheitliche Lage beschrieben. Hierbei werden die zentralen Konstrukte abgehandelt: die funktionale Kompetenz und das Wohlbefindens im Alter. Es folgt eine Beschreibung der interindividuellen Diversität der Zielgruppe (**Kapitel 1.3**), die neben der sozialen Lage das divergente Gesundheitsverhalten einschließt. Anschließend wird insbesondere auf das Risiko sozialer Isolation und Ansatzpunkte zur Förderung sozialer Teilhabe eingegangen, bevor die Besonderheiten der urbanen Lebenswelt aufgezeigt werden. In **Kapitel 1.4** liegt der Fokus auf der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter. Es folgt ein kurzer Exkurs zu den Divergenzen europäischer Gesundheitssysteme sowie Schilderungen zu exemplarischen politischen

Rahmenprogrammen. Zudem werden Qualitätsdimensionen der Gesundheitsförderung dargelegt. Es folgt in **Kapitel 1.5** eine Beschreibung des europäischen Forschungskonsortiums MINDMAP sowie der publizierten Subanalysen, welche die Datenbasis der Auswertungsfrage 1 (Teil 1) darstellen. Der Theorieteil schließt mit einer Zusammenfassung der Befundlage und einer Darlegung der Relevanz des Vorhabens ab (**Kapitel 1.6**). In **Kapitel 2** erfolgt eine Vorstellung des Promotionsvorhabens und der angewandten Methodik, die im Sinne der Methodentriangulation quantitative wie qualitative Auswertungsmethoden vereint. Die einzelnen Teilergebnisse werden in den **Kapiteln 3, 4, 5 und 6** beschrieben und anschließend in Teilen diskutiert. In **Kapitel 7** münden die Teilergebnisse unter Einbezug der Erkenntnisse der publizierten Subanalysen und der Kenntnisse der kommunikativen Validierung und anekdotischen Evidenz in eine übergreifende Diskussion. Ferner werden die methodischen Limitationen der Studie aufgezeigt sowie Handlungsempfehlungen (**Kapitel 8**) für die kommunale Gesundheitsförderung im Alter abgeleitet. Die Arbeit schließt mit **Kapitel 9**, in dem ein Resümee der theoretischen und empirischen Kenntnisse des Forschungsvorhabens gezogen wird und ein weiterer Ausblick erfolgt.

1.2 Gesundheit und Wohlbefinden im Alter

In Deutschland und vielen anderen Ländern ist die Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate kontinuierlich gestiegen, sodass der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung stetig wächst (Statistisches Bundesamt, 2016; vgl. Wettstein & Wahl, 2018; Wirtz et al., 2018). Laut dem Statistischen Bundesamt (2016) wurden die Menschen in Deutschland 1970 durchschnittlich 70,5 Jahre und im Jahr 2015 bereits 80,6 Jahre alt. Auch der Bevölkerungsanteil der Personen ab 60 Jahren ist von 20 % auf 27,7 % angestiegen. Entsprechend stellt die alternde Bevölkerung eine zentrale globale Herausforderung dar (Angelini, Cavapozzi, Corazzini & Paccagnella, 2012). Im weiteren Verlauf folgen Ausführungen zu altersassoziierten funktionalen Einschränkungen und dem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko des hohen Lebensalters (Dapp et al., 2018; Robert-Koch-Institut, 2015a; WHO, 2017b). Aussagen zu gesundheitsbezogenen Unterschieden im europäischen Kontext werden weitgehend vernachlässigt. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt primär auf der Anpassungsfähigkeit älterer Menschen an die beschriebenen Beeinträchtigungen (Dapp, 2008; vgl. Backes & Clemens, 2013; Wettstein & Wahl, 2018; Wilkening, Freund & Martin, 2008; Wurm, Wiest & Tesch-Römer, 2010) und der daraus resultierenden lediglich geringen Abnahme des Wohlbefindens im Alter (Gunzelmann et al., 2006; Tesch-Römer et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; Kocka & Staudinger, 2009; Wettstein & Wahl, 2018). Dies unterstreicht das Präventionspotential dieser Bevölkerungsgruppe (Dapp et al., 2011; 2018; Robert Koch-Institut, 2015b) und dem damit einhergehenden Bedarf, die Zielgruppe zukünftig verstärkt im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung zu adressieren (vgl. Wettstein & Wahl, 2018; im Überblick s. Mir, 2018). Inwiefern Kommunen bereits auf den demografischen Wandel reagieren und insbesondere das Wohlbefinden älterer Menschen in ihren gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen berücksichtigen, wird im weiteren Verlauf beleuchtet. Zuvor erfolgen Ausführungen zu Besonderheiten der Lebensphase Alter sowie zur gesundheitlichen Lage, funktionalen Kompetenz und dem Wohlbefinden der Zielgruppe.

1.2.1 Lebensphase Alter

1.2.1.1 Alterskonzepte und Altersbilder

In der vorliegenden Dissertation wird bewusst auf eine bestimmte Altersgrenze zur Festlegung der Zielgruppe verzichtet und es werden vielmehr differentielle Altersverläufe hervorgehoben (Faltermaier et al., 2014). Insbesondere im Zuge der Pluralisierung der Lebensentwürfe sowie der **zunehmenden Heterogenität** ist eine differenzierte Darstellung dieser Bevölkerungsgruppe erforderlich (Tesch-Römer & Wurm, 2009; vgl. Backes & Clemens, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Dennoch findet nachfolgend eine notwendige

Annäherung an die Kategorie Alter statt. Eingangs wird zwischen den Begriffen „Alter“ und „Altern“ unterschieden. Während Alter die zeitlich begrenzte späte Lebensphase bis zum Tod meint, wird mit dem Begriff des Alterns der individuelle Prozess des Älterwerdens über die Lebensspanne hinweg beschrieben (Heusinger, Keil & Köster, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Im hohen Alter werden die Folgen des Alterns- bzw. Alterungsprozesses sichtbar, da trotz des Zugewinns an gesunden Lebensjahren die Verlängerung der Lebensphase auch durch altersbedingte Abbauprozesse geprägt ist (Dapp, 2008; Dapp et al., 2011; Faltermaier et al., 2014; Heusinger et al., 2015; Tesch-Römer & Wurm, 2009; Voelcker-Rehage, Godde & Staudinger, 2006; vertiefend s. Kruse, 2017).

In der Regel charakterisiert der Übergang von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand die Zugehörigkeit zur Zielgruppe älterer Menschen, der in den meisten Ländern zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr erfolgt (im Überblick s. Kohli & Künemund, 2005). Aber auch der Eintritt in den Ruhestand ist zeitlich variabel und stellt somit kein verlässliches Kriterium dar (Faltermaier et al., 2014). Zudem fühlen sich viele Ältere aufgrund der erhöhten Lebenserwartung und der meist verlängerten Erwerbstätigkeit dieser Altersgruppe (noch) nicht zugehörig. Zur weiteren Differenzierung innerhalb der Gruppe Älterer wird beispielsweise zwischen den „jungen Alten“ und „alten Alten“, beziehungsweise dem **„3. und 4. Lebensalter“** unterschieden. Die sogenannten jungen Alten erfreuen sich meist guter Gesundheit, berichten von einem erfüllten Leben (Wahl & Schilling, 2012; vertiefend s. Kruse, 2017;) und ferner spielen Isolation und Einsamkeit sowie Altersarmut eine vergleichsweise geringe Rolle (vertiefend s. Kruse, 2017). Das „4. Lebensalter“ beginnt etwa zwischen 80 und 85 Jahren und ist von deutlich mehr Beeinträchtigungen, einer gesteigerten Vulnerabilität und einem erhöhten Einsamkeitsrisiko gekennzeichnet. Aber auch diese Einteilung wird sich in den kommenden Jahren ebenso wie der Übergang vom dritten ins vierte Lebensalter voraussichtlich nach hinten verschieben (vertiefend s. Kruse, 2017; Wettstein & Wahl, 2018; Wurm et al., 2010). Zudem geht die Vulnerabilität älterer Menschen laut Kruse (2017) nicht automatisch mit fehlenden Potentialen für eine selbstverantwortliche und selbstständige Lebensführung sowie der sozialen Teilhabe im Alter einher.

Diesen Wandel der Altersbilder betonte vor mehr als 50 Jahren bereits die Politikwissenschaftlerin Hanna Ahrendt in einem Brief anlässlich des 75. Geburtstags von Karl Jaspers (zit. n. Kruse, 2017, S. 30): *„(…) es hat sich rein faktisch alles um ca. 10 Jahre verschoben – denken Sie an die vielen 80Jährigen, die heute aktiver sind als die 70Jährigen vor 30 Jahren“.* Der Beginn des Lebensabschnitts Alter ist demnach nur schwer auf ein kalendarisches Alter zurückzuführen. Dennoch sind neben dem Eintritt in den Ruhestand auch Vergünstigungen für Freizeit-, Kultur- oder Sportangebote häufig an eine Altersgrenze

geknüpft. Nach Faltermaier et al. (2014, S. 229) mögen entsprechende Regelungen „*pragmatisch-administrativ brauchbar sein, aber stellen ein unzulängliches Kriterium dar.*“ Entsprechende Kategorisierungen nach dem Lebensalter bieten zwar eine normative Orientierung, aber bergen gleichermaßen die Gefahr einer stereotypen Betrachtung älterer Menschen, ohne Berücksichtigung der Individualität des Einzelnen (vertiefend s. Kocka & Staudinger, 2009).

Für eine umfassendere Beschreibung dieser Lebensphase gilt es, u.a. biografische Erfahrungen, die aktuelle Lebenssituation sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen, Rollenerwartungen oder die subjektive Wahrnehmung des Einzelnen einzubeziehen (vertiefend s. Kruse, 2017). Letzteres wird in dem Konzept des **„subjektiven Alters“** manifestiert, wonach diejenigen als alt gelten, die sich selbst alt fühlen (Wurm et al., 2010; vertiefend s. Kruse, 2017; Wahl & Siebert, 2016; Wettstein & Wahl, 2018;). Diese Diskrepanz zwischen dem kalendarischen und selbstwahrgenommenen Alter erhöht sich mit dem fortschreitenden Lebensalter exponentiell (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Dementgegen steht das populäre Konzept **des „erfolgreichen Alterns“ („successful ageing“)** von Rowe und Kahn (1997), da es nicht die Selbstwahrnehmung, sondern objektive und insbesondere körperliche Gesundheit als zentrales Kriterium für ein „erfolgreiches Altern“ fokussiert. *„Successful aging is multidimensional, encompassing the avoidance of disease and disability, the maintenance of high physical and cognitive function, and sustained engagement in social productive activities”* (Rowe & Kahn, 1997, S. 433). Das Konzept steht allerdings in der Kritik, da es erwiesen ist, dass viele Ältere trotz entsprechender Einschränkungen „subjektiv erfolgreich altern“ (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Prominent ist zudem das Konzept des „**active ageing“**, welches seit den 1990er Jahren die Teilhabe älterer Menschen zur Förderung des Wohlbefindens fokussiert (Dapp et al., 2018; Kollewe, 2015; Walker & Zaidi, 2016). Es postuliert zum einen das Recht auf Aktivität und Partizipation, suggeriert aber gleichermaßen die Pflicht zu beispielsweise ehrenamtlichem Engagement, die von der kritischen Gerontologie kritisiert wird (Kollewe, 2015; Naegele, 2010). Graefe et al. (2012) konnten entgegen der zuvor berichteten Stereotype im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie (N=40) keine idealtypischen **„Altersidentitäten“** identifizieren. Vielmehr nahmen sich die befragten Personen (47 bis 95 Jahre) als „normale Erwachsene“ und nicht als spezifische Gruppe mit besonderen Bedürfnissen wahr. Neben dem Bild des aktiven Rentners wird das Alter ebenso häufig mit Hilfebedürftigkeit assoziiert und der Übergang in die Lebensphase Alter insbesondere mit dem Verlust der Selbstständigkeit verbunden (Graefe et al., 2012). Dieses aus zunehmenden funktionalen Beeinträchtigungen resultierende Risiko wird von zahlreichen Autoren bestätigt (Dapp et al., 2009, 2011; Gill et al., 2006; Rochat et al., 2010; vertiefend s. Kruse, 2017).

Entgegen dieser Assoziation leisten viele ältere Menschen ab 60 Jahren ehrenamtliche oder familiäre Aufgaben und damit einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag (WHO, 2017b). Die Verknüpfung des Eintritts in die Lebensphase Alter an bestehende beziehungsweise abnehmende Leistungsfähigkeit ist somit nicht tragbar und wird durch die Aussagen von Faltermaier et al. (2014) gestützt, wonach das subjektive Alterserleben unabhängig vom biologischen Alter eintreten kann. Ihnen zufolge können zu jeder Zeit Ereignisse, wie körperliche Beschwerden oder der Vergleich mit der Leistungsfähigkeit einer jüngeren Person, dazu führen, dass die Person sich selbst alt fühlt. Obwohl ein defizitorientiertes Altersbild der Vielfalt postmoderner Gesellschaften nicht gerecht wird (Faltermaier et al., 2014), wird das Altern noch immer primär mit Verlusten und Einschränkungen assoziiert (vgl. Martin & Kliegel, 2014; Mir, 2018). Daraus resultierend sind präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen häufig einem großen Legitimationsdruck ausgesetzt. Entsprechend gelten ältere Menschen mit einem Pflegebedarf als bisher vernachlässigte Zielgruppe dieses Handlungsfeldes, obwohl sich insbesondere der Erhalt der Mobilität positiv auf den Funktionsabbau auswirken kann (Dapp et al., 2011; im Überblick s. Mir, 2018).

1.2.1.2 Entwicklungspsychologische Anforderungen

Neben zahlreichen Anforderungen ist die Lebensphase Alter zudem von entwicklungspsychologischen Gewinnen geprägt, die u.a. aus der Bewältigung zunehmender Vulnerabilität resultieren. Dazu zählt u.a. die von Erik Erikson postulierte Ich-Integrität, die durch eine Ordnung und Annahme des eigenen Lebens geprägt ist (Erikson, 1986; zitiert nach Kruse, 2017, S. 47) sowie die Gerontotranszendenz nach Lars Tornstam (Tornstam, 2005; zitiert nach Kruse, 2017, S. 48). Darunter sind vor allem Veränderungen sozialer Beziehungen gefasst, die ähnlich wie die Theorie der sozioemotionalen Selektivität, von einer Verringerung von Kontakten, aber Hervorhebung bedeutsamer Beziehungen ausgeht. Beiden Ansätzen zufolge ist das Alter insbesondere durch Reflexion geprägt und weniger Ich-orientiert. Für eine erfolgreiche Bewältigung dieser Entwicklungsphasen nimmt das soziale Umfeld eine bedeutsame Rolle ein (Kruse, 2017, S. 50) „*Ich-Integrität und Gerontotranszendenz werden nur selten erreicht werden, wenn sich zentrale Bezugspersonen an einseitig negativ akzentuierten Altersbildern orientieren, individuelle Bemühungen um Sinnfindung als Selbstbezogenheit zurückweisen oder das Bedürfnis, den Kreis der Bezugspersonen bewusst zu verkleinern und gegebenenfalls in die Gestaltung sozialer Beziehungen nicht mehr so viel Zeit wie früher zu investieren, ignorieren*“. Nach Havighurst (1972) ist das Altern durch verschiedene **entwicklungspsychologische Anpassungsleistungen** geprägt. Diese resultieren aus einer geringeren körperlichen Leistungsfähigkeit, der Notwendigkeit einer durch den Ruhestand bedingten neuen

Freizeitgestaltung sowie dem möglichen Verlust des Lebenspartners. Darüber hinaus bedarf es einer Akzeptanz der eigenen Zugehörigkeit zur älteren Bevölkerungsgruppe sowie der flexiblen Annahme bzw. Übernahme neuer Rollen im sozialen Gefüge (z.B. Großvater/Großmutter; vgl. Faltermaier et al., 2014; Backes & Clemens, 2013). Die Übernahme der Großelternrolle geht jedoch trotz der erforderlichen Anpassungsreaktionen nach Hilbrand, Coall, Gerstorf und Hertwig (2017) mit einer erhöhten Lebenserwartung einher (grandparenting-hypothesis). Faltermaier et al. (2014) plädieren für ein insgesamt positiveres Altersbild und betonen, dass Entwicklung ein lebenslanger und unvorhersehbarer Prozess sei. Ferner sind Entwicklungsprozesse auch im Alter multidirektional und nicht nur durch Verlust gekennzeichnet und zeichnen sich darüber hinaus durch hohe interindividuelle Variabilität und intraindividuelle Plastizität aus (Faltermaier et al., 2014; vertiefend s. Kruse, 2017).

Zudem ist eine **Multidimensionalität** charakteristisch, so kann die Entwicklung auf verschiedenen Ebenen stattfinden (u.a. Psychomotorik, geistige Leistungsfähigkeit, Kontrollüberzeugungen). Die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben geht somit auch mit der Chance einer Weiterentwicklung der älteren Person einher. Dazu zählt zum einen die hohe Kompensationskompetenz älterer Menschen (vertiefend Abschnitt 1.2.3.1). Aber auch die **Generativität**, welche die Weitergabe von Erfahrungen an nachfolgende Generationen meint, zählt zu den zentralen Entwicklungsaufgaben im Alter und kann das Wohlbefinden positiv beeinflussen. Dies wurde u.a. im Rahmen einer im Jahr 2011 durchgeführten Studie mit 3300 Teilnehmern (59 bis 108 Jahre) aus Spanien, Mexiko und Deutschland bestätigt. Besonders hohe Generativitätswerte, aber auch eine deutlich erhöhte Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen und dem eigenen Älterwerden konnten im Zuge einer zweijährigen Begleitung und Beobachtung von 14 Projekten für Alt und Jung nachgewiesen werden (Schmitt, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Die Entwicklung eines Menschen ist mit dem Erreichen eines hohen Lebensalters demzufolge nicht abgeschlossen, sondern mittels der Auseinandersetzung und Bewältigung der altersbezogenen Anforderungen ist vielmehr ein konstruktives Altern möglich. Neben zahlreichen interindividuellen Unterschieden können diese auch intraindividuell divergieren. Während in einigen Entwicklungsbereichen Einschränkungen zu verzeichnen sind, können die Kompetenz oder Persönlichkeit in anderen Bereichen erweitert werden (Faltermaier et al., 2014; Voelcker-Rehage et al., 2006). Insgesamt ist festzuhalten, dass das Alter im Zuge des verlängerten Lebensalters häufig 30 Jahre umfasst und somit eine eigenständige Lebensphase in der Normalbiografie darstellt. Die Unterscheidung zwischen den „jungen Alten“ und den „alten Alten“ hebt zwar nicht alle Problematiken auf, aber stellt einen ersten Schritt dar, um der Diversität innerhalb der Gruppe der Älteren gerecht zu werden. Dies trifft vor allem auf die gesundheitliche Lage zu, wie im nachstehenden Abschnitt erläutert wird.

1.2.2 Gesundheit im Alter

1.2.2.1 Definitionen und Konzepte

Eingangs werden relevante Gesundheitsdefinitionen und -konzepte dargelegt. Trotz der Kritik bedarf es einer Erwähnung des traditionellen **biomedizinischen Krankheitsmodells**, da es teilweise noch immer in der Praxis des Gesundheitswesens präsent ist. Danach wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit verstanden (Tinetti & Fried, 2004; vgl. Faltermaier, 2017). Diese Sichtweise gilt derweil als defizitär und wurde von dem **bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell** abgelöst. Dies postuliert einen deutlich ganzheitlicheren Ansatz und differenziert zwischen den physischen, psychischen und sozialen Aspekten von Gesundheit (vgl. Faltermaier, 2017), wie es auch in der **Gesundheitsdefinition der WHO** (1948) gefordert wird. Danach wird Gesundheit als umfassendes Konstrukt und als Zustand des vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens verstanden und weniger als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen definiert. Insbesondere die positive Formulierung von Gesundheit aus multidimensionaler Perspektive sowie die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung prägen diese bedeutsame Definition. Während diese Aspekte noch immer allgegenwärtig sind, wird der Aspekt der Vollkommenheit und des Idealzustandes zunehmend kritisiert. (vgl. Faltermaier, 2017). Grundsätzlich hat die Definition dazu beigetragen, dass zahlreiche psychologische und soziologische Aspekte, wie Empowerment, soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeitserwartung oder Lebensqualität im Zusammenhang mit Gesundheit an Bedeutung gewonnen haben. Gesundheit wird weiter als zentraler Bestandteil des subjektiven Wohlbefindens einer Person verstanden, die allerdings meist erst dann als bedeutsam wahrgenommen wird, wenn gesundheitliche Einschränkungen die Ausführung alltagsbezogener Aktivitäten oder die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren oder verhindern (im Überblick s. Wirtz et al., 2018).

Aufgrund des Anstiegs chronischer Erkrankungen und der langanhaltenden Belastungen sowie meist fehlenden vollständigen Gesundung steht die Förderung und der Erhalt einer bestmöglichen Lebensqualität im Alter im Vordergrund. Entsprechend der **„Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF)** der WHO (2005) werden die Funktionsfähigkeit im Alltag sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als zentrale Merkmale von Gesundheit verstanden (WHO, 2005; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Das Konzept trägt zudem zum Verständnis des Zusammenhangs von Funktionseinschränkungen, umweltbezogenen Faktoren sowie soziodemografischen und medizinischen Aspekten bei. Darüber hinaus ist es für die Bewertung der Gesundheit einer Person hilfreich und trägt dazu bei, auf verschiedenen Ebenen das Präventionspotential und den Versorgungsbedarf der stetig alternden Bevölkerung zu beurteilen (Fuchs et al.,

2013). In dem ICF-Konzept der WHO (2005) werden auch die Kontextfaktoren, das heißt umwelt- und personenbezogene Faktoren einer Person berücksichtigt. Eine Person gilt als funktional gesund, wenn eine positive Interaktion zwischen ihr und ihren Kontextfaktoren vorherrscht (WHO, 2005; Abb. 2).

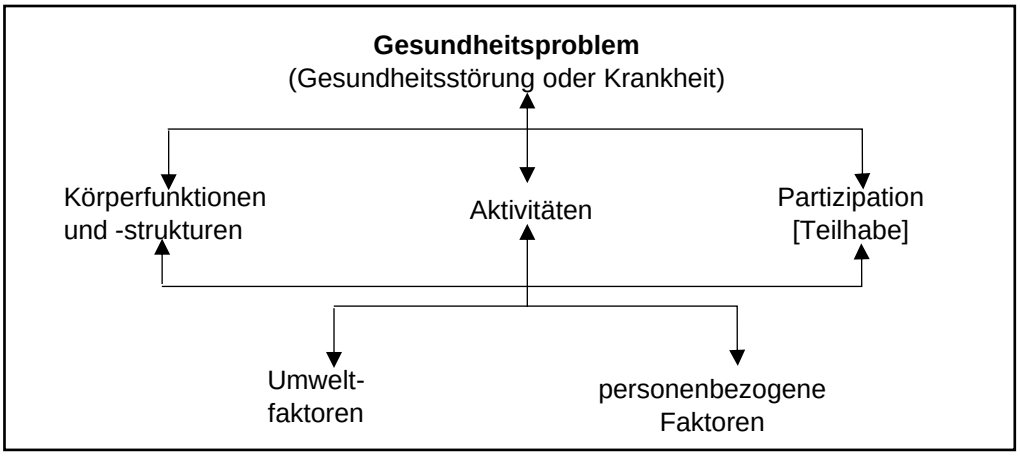


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (entnommen aus WHO, 2005, S. 23).

Der Begriff der Körperstrukturen und -funktionen schließt das Gehirn und somit psychische Funktionen mit ein. Während Aktivität die Funktionsfähigkeit aus individueller Sicht beschreibt (Konzept der Aktivitäten) und gegeben ist, wenn eine Person weiterhin das tun kann, was auch von einer gesunden Person erwartet wird, meint der Begriff der Teilhabe, dass sich die Person „*(…) in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird“* WHO (2005, S. 4).

Entsprechend des Forschungsinteresses der Verfasserin zu den Bedingungen für ein „erfolgreiches Altern“ bedarf es zudem einer Darlegung des Modells der **Salutogenese** von Antonovsky (1991), welches den Fokus auf die Gesundheit und weniger auf pathogene Aspekte richtet (Wiesmann, Rölker, Ilg, Hirtz & Hannich, 2006; vgl. Faltermaier, 2017). Das Modell negiert zudem eine dichotome Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit und postuliert vielmehr eine kontinuierliche Bewegung auf einem Kontinuum zwischen den Polen „gesund“ und „krank" (Antonovsky, 1991; vgl. Faltermaier, 2017). Danach kann sich ein Mensch trotz Krankheit gesund fühlen und entsprechend positiv auf dem Gesundheits- und Krankheitskontinuum verorten, welches auf die individuellen Widerstandressourcen (u.a. psychosoziale Ressourcen, soziale Unterstützung), die in Belastungssituationen wirksam werden, zurückgeführt werden kann. Die Ausprägung der verfügbaren Ressourcen resultiert aus der individuellen Biografie sowie umweltbezogenen, gesellschaftlichen und kulturellen Einflüssen. Zentral ist das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence; SOC), welches das Gefühl der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit umfasst und bei hoher

Intensität zu einer ausgeprägten Bewältigungskompetenz führt (Antonovsky, 1991; vgl. Faltermaier, 2017). Im Rahmen einer Studie wurde entgegen der Annahme Antonovskys, dass das Kohärenzgefühl (SOC) ab dem 30. Lebensjahr bis ins Alter stabil bleibt, erstmals die Erkenntnis gewonnen, dass sich dieses auch im Alter verändern und weiterentwickeln kann (Wiesmann et al., 2006). Nachdem 42 Senioren regelmäßig an einem 14-wöchigen Programm mit selbstreflexiven und bewegungsfördernden Inhalten teilnahmen (u.a. Yoga, Kraft- und Ausdauertraining), zeigten sich signifikante Verbesserungen des SOCs, hinsichtlich des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit sowie der psychosozialen Ressourcen. In Bezug auf die drei Aspekte des Kohärenzgefühls wurde deutlich, dass sich insbesondere die Selbstreflexion und konsistente Körpererfahrungen positiv auf die *Verstehbarkeit* auswirkten, während die *Handhabbarkeit* durch altersentsprechende Inhalte, die weder unter- noch überfordern, gesichert wurde. Durch die gegenseitige Akzeptanz Gleichaltriger und dem stetigen Alltagstransfer konnte die *Bedeutsamkeit* unterstützt werden. Entsprechend kann festgehalten werden, dass „*die Teilnahme an einem systematischen, altersgerechten und gruppenorientierten Programm, das zu einem aktiven Lebensstil anregt, (…) zu kohärenz- und gesundheitsförderlichen Lebenserfahrungen im Alter führt*“ (Wiesmann et al. 2006, S. 90) und eine weitere Etablierung präventiver und gesundheitsfördernder Kursangebote für ältere Menschen empfehlenswert ist (Wiesmann et al., 2006).

Zudem gewinnt aktuell das neue Gesundheitskonzept **Positive Health** von Machtheld Huber an Bedeutung. Dies wurde 2011 aus der Kritik an der Gesundheitsdefinition der WHO entwickelt (Huber et al., 2011, 2016). Es fokussiert insbesondere die Stärken und Ressourcen und weniger die Einschränkungen oder Krankheiten einer Person. Gesundheit wird demnach wie folgt definiert: „*Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges*” (Huber et al., 2016, S. 1). Im Anschluss an eine explorative Studie zur Operationalisierung und Konkretisierung des Konzepts wurden im Rahmen einer offenen qualitativen Untersuchung mit 140 Teilnehmern 556 Gesundheitsindikatoren erfasst und in sechs Dimensionen mit insgesamt 32 vertiefenden Aspekten zusammengefasst. Die Dimensionen umfassen die Körperfunktion, mentale Funktion und Wahrnehmung, spirituelle /existenzielle Dimension, Lebensqualität, soziale und gesellschaftliche Teilhabe und die Alltagsfunktionen. Im Rahmen einer folgenden quantitativen Untersuchung, bestätigten 78 % der Probanden, dass ihr Gesundheitsverständnis in dem neuen Konzepts gut abgebildet würde. Die nachstehende Abbildung 3 zeigt exemplarisch, inwiefern die Anpassungsressourcen einer fiktiven Person in einem Netzdiagramm verortet werden können (Huber et al., 2011, 2016).

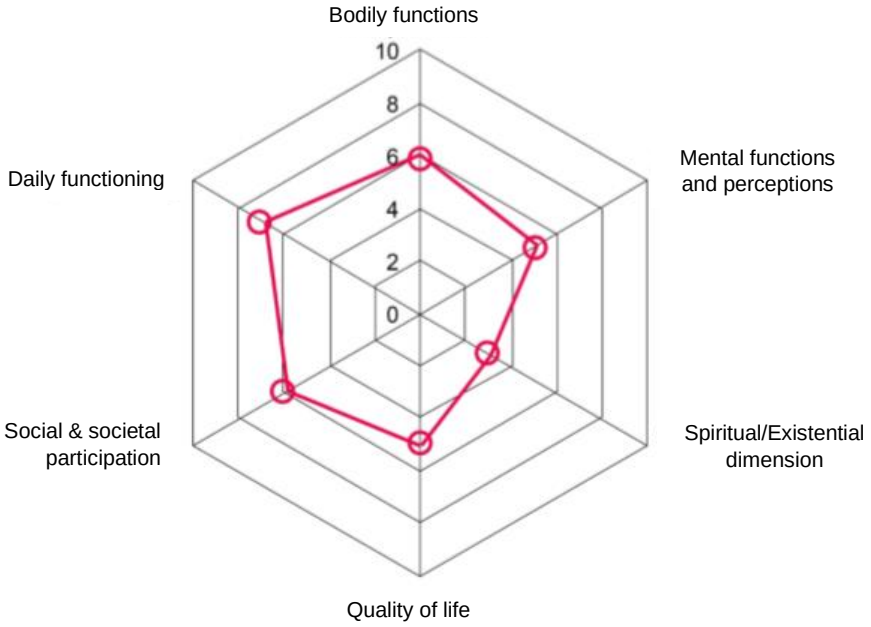


Abbildung 3: The six dimensions on a subjective scale, visualised for practical use, indicating a fictional estimation of a person's state of 'positive health' (entnommen aus Huber et al., 2016, S. 9).

Vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen berichteten von einem breiten Gesundheitsverständnis (Positive Health), während Akteure, insbesondere Politiker, über ein deutlich schmaleres Gesundheitsverständnis verfügten. Diese Diskrepanz gilt es nach Huber al. (2016) bei der Realisierung einer verstärkt „patientenorientierten Versorgung" zu berücksichtigen und eine ganzheitliche Sicht auf Gesundheit entsprechend zu unterstützen. „*For policymakers, the broad perception of ‚positive health' is valuable as it bridges the gap between healthcare and the social domain, and by that it may demedicalise societal problems*" (Huber et al., 2016, S. 1).

1.2.2.2 Gesundheitliche Lage älterer Menschen

Basierend auf dem Zuwachs der älteren Bevölkerung (Naegele, 2010; Statistisches Bundesamt, 2016; Tesch-Römer & Wurm, 2009; im Überblick s. Wirtz et al., 2018) muss der Gesundheit im Alter eine besondere Beachtung beigemessen werden. In den Jahren von 2015 bis 2050 wird sich der oben genannte Anteil laut WHO von etwa 12 % auf etwa 22 % fast verdoppeln, welches einer Gesamtanzahl von aktuell circa 900 Millionen auf schätzungsweise zwei Milliarden älterer Menschen im Jahr 2050 weltweit entspricht. Diese Entwicklung ist im Besonderen auf eine verbesserte medizinische Versorgung, vermehrte Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie bessere Lebensbedingungen zurückzuführen (im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter bei **guter Gesundheit** und hoher körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit (Wurm, 2012), dennoch sind die gewonnenen Lebensjahre im hohen Alter nicht frei von Beschwerden (Saß, Wurm & Scheidt-Nave, 2010). Während die Zeit

nach Eintritt in den Ruhestand („drittes Lebensalter“), meist in guter Gesundheit verbracht wird, steigt das Krankheitsrisiko im weiteren Verlauf deutlich an und die „alten Alten“ („viertes Lebensalter“) stellen eine zunehmend hochvulnerable Zielgruppe dar (Saß et al., 2010; vertiefend s. Kruse, 2017; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Dies ist insbesondere auf der geminderten Selbstregulationsfähigkeit des menschlichen Organismus (Homöostase) begründet. Im Zuge dessen steigen das Morbiditäts- sowie Mortalitätsrisiko im Alter deutlich an (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Neben chronischen Erkrankungen, die häufig die Bewältigung des Alltags erschweren (Bekhet & Zauszniewski, 2012), treten im Alter meist mehrere Erkrankungen gleichzeitig auf (Multimorbidität; WHO, 2017b; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Zu den typischen Alterskrankheiten zählen zum Beispiel Diabetes Mellitus, Herzinsuffizienz sowie demenzielle Erkrankungen (Robert Koch-Institut, 2016; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018).

Darüber hinaus sind ältere Menschen häufig von funktionalen Einschränkungen betroffen (Dapp, 2008; Dapp et al., 2018; Gerstorf, Ram, Lindenberger & Smith, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Dazu zählen u.a. eine Reduktion des Hör- oder Sehvermögens, die Abnahme der Handkraft (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018), der Muskelkraft im Allgemeinen sowie der Psychomotorik (Faltermaier et al., 2014). Im Falle einer Kumulation gesundheitsbeeinträchtigender Faktoren wird die funktionale Kompetenz negativ beeinflusst. Zudem sind neben einer erhöhten **Vulnerabilität** gegenüber weiterer Morbidität ein fortschreitender funktionaler Abbau, Pflegebedürftigkeit sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko die Folge. Diese ungünstige Form des Alterns, die durch den sukzessiven Abbau von Funktionen bestimmt ist, wird als Frailty (Gebrechlichkeit) bezeichnet (Bergman et al., 2004; Dapp et al., 2018; Etman, Kamphuis, van der Cammen, Burdorf & van Lenthe, 2015; Morley, Perry & Miller, 2002). Entsprechende Beeinträchtigungen resultieren überwiegend in einer zunehmend eingeschränkten Alltagskompetenz (Sass et al., 2010; WHO, 2017b; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018), die basale Fertigkeiten des alltäglichen Lebens (BADL; u.a. waschen, ankleiden) oder instrumentelle Alltagsaktivitäten umfassen kann (IADL; u.a. einkaufen, öffentliche Verkehrsmittel nutzen; Wettstein & Wahl, 2018). Ferner ist an dieser Stelle jedoch auf die Hypothese der **„Kompression von Morbidität“** hinzuweisen (Dapp et al., 2018; Fries, 1983, 1985; Fries et al., 2011). Danach führen chronische Erkrankungen erst im sehr hohen Lebensalter, insgesamt seltener oder gar nicht zu Behinderung, insofern günstige Faktoren der Gesundheitsförderung und Prävention zusammenwirken. Insgesamt stellt eine schlechte körperliche Gesundheit den größte Risikofaktor für eine gute psychische Gesundheit dar (Buber & Engelhardt, 2011).

1.2.2.3 Psychische Krankheiten im Alter

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter zählen demenzielle Erkrankungen und Depressionen (Bertossi Urzua et al., 2018; Buber & Engelhardt, 2011; Regan, 2016; Saß, Wurm & Ziese, 2009; vgl. Levenson & Jackson, 2006). Auf kognitive Einschränkungen (Mild cognitive impairment, MCI) wird aufgrund des Schwerpunktes der Arbeit nicht weitereingegangen, aber es ist zu betonen, dass nach Buber und Engelhardt (2011) kognitive Beeinträchtigungen mit einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit zusammenhängen. Laut WHO (2017b) sind 15 % der älteren Menschen ab 60 Jahren von psychischen Beeinträchtigungen betroffen. Werden neurologische Erkrankungen, wie eine **Demenz**, mit eingerechnet, so beläuft sich diese Zahl auf schätzungsweise 20 %. In der Gruppe ab 90 Jahren sind fast die Hälfte aller Personen an einer Demenz erkrankt (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) und weltweit leben derzeit mehr als 47 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Bis zum Jahr 2030 wird ein Anstieg auf etwa 75 Millionen Menschen prognostiziert (WHO, 2015). **Depressionen** stellen insgesamt die häufigste psychische Erkrankung dar (Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013). Während Castro-Costa et al. (2007) den Zusammenhang eines hohen Lebensalters und eines erhöhten Depressionsrisikos bestätigen, betonen Buber und Engelhardt (2011) im Rahmen des SHARE-Projekts, dass das Alter allein keine bedeutsame Determinante ist und die Gesundheit und Lebensumstände des älteren Menschen an Bedeutung gewinnen. Depressionen können isoliert, aber auch gemeinsam mit anderen Erkrankungen auftreten (Preuss, Siafarikas, Petrucci & Wong, 2009; Regan, 2016). Psychische Erkrankungen im Alter sind darüber hinaus für 6,6 % aller Behinderungen bei Menschen ab 60 Jahren verantwortlich, die u.a. als “DALY‘s“ (disability adjusted life years) bezeichnet werden. Dies meint die Lebensjahre, die mit eingeschränkter Gesundheit verbracht werden und dient als Maß der Quantifizierung einer Krankheitsbelastung. Problematisch ist ferner die Tatsache, dass viele psychische Erkrankungen gerade im fortschreitenden Alter nicht fachgerecht diagnostiziert werden und auch Stigmata stellen eine weitere Barriere bei der Suche nach Hilfe einer bedarfsgerechten Unterstützung und Versorgung dar (WHO, 2017b).

Zur Beschreibung **psychischer Erkrankungen** liegen verschiedene Erklärungsmodelle vor, die sich nicht klar voneinander abgrenzen lassen. Vielmehr implizieren sie unterschiedliche, aber sich ergänzende Herangehensweisen. Während nach dem derweil als überholt geltenden biomedizinischen Modell primär medizinische Handlungsansätze greifen (Regan, 2016; im Überblick s. McCulloch, 2006), stehen im Sinne des bio-psychosozialen Krankheitsmodells zudem psychologische Interventionen und die Berücksichtigung sozialer Aspekte, wie Lebensereignisse oder soziale Kontakte, aber auch mentale und emotionale Komponenten, wie individuelle Wahrnehmung oder Kognitionen,

im Vordergrund (im Überblick s. McCulloch, 2006). Des Weiteren liegen spirituelle Erklärungsansätze zur Beschreibung psychischer Störungen vor, welche jedoch im Vergleich zu vielen anderen Kulturen in westlichen Ländern eine eher untergeordnete Rolle spielen. Die Pluralität der Erklärungsansätze psychischer Erkrankungen spiegelt nach McCulloch (2006) die komplexe Herausforderung und Diversität der Herangehensweisen von Gesellschaften und Kommunen wider. McCulloch (2006) verweist vor allem auf den Erfolg ganzheitlicher Therapien, die neben der medizinischen Behandlung psychosoziale Aspekte und die soziale Umgebung des Einzelnen einbeziehen. Entsprechend eines Reviews im Auftrag der britischen Mental Health Foundation, gibt Regan (2016) an, dass präventive und risikoreduzierende Aspekte eine bislang unzureichende Rolle einnehmen und die Thematik „**Förderung der psychischen Gesundheit“** in politischen Strategien gestärkt werden sollte. Laut des Reviews hat das Thema Demenz im Gegensatz zur psychischen Gesundheit einen zentralen politischen Stellenwert. Das wachsende politische Interesse an der psychischen Gesundheit im europäischen Kontext bestätigen hingegen Buber und Engelhardt (2011).

1.2.3 Funktionale Kompetenz im Alter

1.2.3.1 Anpassungsleistungen älterer Menschen

Ältere Menschen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Lage, sondern auch in Bezug auf ihre funktionale Kompetenz (Dapp, 2017b; Dapp et al., 2018; Faltermaier et al., 2014; Fuchs et al., 2013). Die **funktionale Kompetenz** eines Menschen beschreibt insbesondere die Fähigkeit Alltagsanforderungen zu erfüllen, individuell bedeutsame Aktivitäten auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Menning & Hoffmann, 2009; WHO, 2015). Dies resultiert u.a. aus den reversiblen Übergängen der einzelnen Funktionsstadien des LUCAS Funktionsindexes (Dapp, Minder, Anders, Golgert & Renteln-Kruse, 2014), die im nachstehenden Abschnitt näher beschrieben werden. Entsprechend kann die funktionale Kompetenz nicht an einem bestimmten Lebensalter festgemacht werden (Dapp et al., 2014, 2018; Dapp, 2017b) und Funktionseinschränkungen sind vielmehr multifaktoriell bedingt (Fuchs et al., 2013). Entsprechend der Querschnittsergebnisse der ersten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) spielen Umweltfaktoren und das individuelle Gesundheitsverhalten über den Lebenslauf hinweg eine zentrale Rolle (Fuchs et al., 2013). Ferner verfügen ältere Menschen trotz altersassoziierter Veränderungen über **Kompensationsmöglichkeiten** und können resultierende Einschränkungen weitgehend ausgleichen (Dapp, 2008; Dapp et al., 2018; Wurm et al., 2010 vgl. Backes & Clemens, 2013; Wilkening et al., 2008). Laut Dapp (2008) resultiert dies u.a. aufgrund des meist

schrittweisen Verlaufs des Funktionsabbaus, sodass Bewältigungsstrategien zum Erhalt einer möglichst langen selbstständigen Lebensführung entwickelt werden können. Baltes (1990) beschreibt diesen Prozess mit dem Modell der **„Selektion, Optimierung und Kompensation“ (SOK-Modell)**. Selektion meint die Auswahl persönlich relevanter Ziele auf Basis der vorhandenen Ressourcen sowie den sukzessiven Abbau vorheriger Zielsetzungen. Unter Optimierung wird der Kompetenzerhalt und deren Verbesserung der Fähigkeiten verstanden, die für die Situationsbewältigung und Zielerreichung relevant scheinen. Reichen die vorhandenen Ressourcen dafür nicht mehr aus, bedarf es eines Ausgleichs des Verlusts, der Kompensation, indem neue Kompetenzen entwickelt oder Hilfsmittel zur Unterstützung eingesetzt werden (Baltes, 1990; Faltermaier et al., 2014; Reiterer & Amann, 2006; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018; Wirtz et al., 2018). Für einen erfolgreichen Einsatz der beschriebenen Prozesse bedarf es eines koordinierten Einsatzes aller drei Strategien (Baltes, 1990; Dapp, 2008; Freund & Nikitin, 2018; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018; Wirtz et al., 2018). Backes und Clemens (2013) verweisen hingegen auf die mangelnde Berücksichtigung sozio-struktureller Aspekte, wie dem Geschlecht, dem sozio-ökonomischen Status oder umweltbezogener Einflüsse. Es findet eine Überbetonung der individuellen Gestaltungsfreiheit statt und es sollten vielmehr verstärkt Gelegenheitsstrukturen und unterstützende Angebote geschaffen werden. *„Durch die individualisierende Identifikation von Problemlagen besteht die Gefahr, dass die zugrundeliegenden gesellschaftlichen Bedingungen übersehen werden und Interventionen nur auf Individuen bezogen eingeleitet werden*“ (vgl. Backes & Clemens, 2013, S. 186).

Backes und Clemens (2013) verweisen darauf, dass nach der **kognitiven Theorie des Alter(n)s** von Thomae (1971; zitiert nach Backes, 2013, S. 179) weniger objektive Einschränkungen das Erleben und Handeln älterer Menschen bestimmen, sondern vielmehr die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung altersbedingter Veränderungen von Relevanz sind. Daraus resultieren auch interindividuelle Unterschiede im subjektiven Wohlbefinden älterer Menschen trotz möglicherweise objektiv gleicher Situationen (vertiefend Abschnitt 1.2.4.2). Ihnen zufolge wäre es jedoch „*hinsichtlich einer Sozial- und Altenhilfepolitik (…) fatal, nur subjektiv als solche wahrgenommene Altersprobleme als solche zu benennen und zu kritisieren (…)*“ (Backes & Clemens, 2013, S. 179). Inwiefern mittels sozial- und gesundheitspolitischer Strategien und Interventionen altersbedingte Veränderungen positiv beeinflusst werden können, wird im nachstehenden Abschnitt beschrieben.

1.2.3.2 Funktionale Kompetenz älterer Menschen

Die WHO (2015, S. 28) beschreibt in ihrem Bericht zur Gesundheit im Alter ein gesundes und aktives Altern folgendermaßen: „*Healthy ageing as the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age*". Die funktionale Kompetenz kann entsprechend des **„WHO Public Health Rahmenprogramms für ein gesundes Altern"** durch die Interaktion der Person mit den umgebenden Umweltfaktoren positiv beeinflusst werden und trotz einer Abnahme der intrinsischen Kapazität weitgehend aufrechterhalten werden (WHO, 2015). Die **intrinsische Kapazität** umfasst die physischen und psychischen Kapazitäten einer Person und wird im Folgenden mit dem Begriff der personalen Anpassungsressourcen beschrieben. Zu den Umweltfaktoren (**extrinsische Faktoren**) zählen makro- wie mikrobezogene Faktoren, wie gesellschaftliche oder politische Rahmenbedingungen, aber auch soziale Netzwerke oder die räumliche Umwelt. Den **Umweltbedingungen** wird im Falle von Beeinträchtigungen oder Krankheit ein größerer Einfluss auf die funktionale Kompetenz zugesprochen als den personalen Anpassungsressourcen, da beispielsweise umweltbezogene Anpassungen die individuellen Möglichkeiten des Handelns grundlegend mitbestimmen können (WHO, 2015). „*Where the fit between people and their environments is good, they will enjoy the greatest opportunities to build and maintain both their intrinsic capacity and functional ability"* (WHO, 2015, S. 30). Jedoch wirken objektiv gleiche Umweltbedingungen nicht auf jeden Menschen gleich, da die Nutzung der Umgebungsfaktoren ebenfalls von personalen Anpassungsressourcen determiniert wird. Außerdem stellt die Auseinandersetzung einer Person mit der umgebenden Umwelt eine reziproke und dynamische Beziehung dar (WHO, 2015). Nähere Ausführungen zu umweltbezogenen Einflussfaktoren folgen im Abschnitt 1.4.2. Westerhof und Wurm (2015) verweisen in diesem Zusammenhang ferner auf den Einfluss des selbstwahrgenommenen Alters hinsichtlich der funktionalen Kompetenz älterer Menschen. Sie unterscheiden dabei zwischen psychologischen, verhaltensbezogenen und physiologischen Aspekten, allerdings liegen nur für die ersten beiden Faktoren Ergebnisse aus Längsschnittstudien vor. Ihnen zufolge wirkt sich ein positives zugrunde liegendes Altersbild aufgrund der optimistischen Erwartungen im Sinne der selbsterfüllenden Prophezeiung (self-fullfilling prophecy) positiv auf den Alterungsprozess aus. Eine positive Selbstwahrnehmung befördert zudem das Gesundheitsverhalten und Engagement im Allgemeinen (Westerhof & Wurm, 2015).

Die alltagsbezogene Auswirkung des funktionalen Abbaus einer alternden Person wird am Beispiel des Überquerens einer vielbefahrenen Straße von einer 20- und einer 80-jährigen Frau illustriert. Diese Aufgabe stellt für die ältere Frau aufgrund der geringeren Kraft des Bewegungsapparates und der Abnahme des Gleichgewichts sowie des eingeschränkten

Seh- und Hörvermögens eine deutlich größere Herausforderung dar. Interindividuelle Unterschiede in der Gruppe der Älteren sind in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, da insbesondere bis zum 80. Lebensjahr funktionale Einschränkungen meist gut kompensiert werden können (Lindenberger & Staudinger, 2018), wie auch das „WHO Public Health Rahmenprogramm“ darstellt. Charakteristisch für das Modell ist die Differenzierung zwischen drei Funktionsstadien, da diese innerhalb der älteren Bevölkerungsgruppe divergieren (WHO, 2015). Darüber hinaus sind diese nicht statisch, sondern scheinen reversibel (Dapp et al., 2014; Morley et al., 2002). Ähnlich wie die WHO differenziert der im Rahmen der LUCAS Langzeit-Kohortenstudie (N=3.326) entwickelte und dort eingesetzte Funktionsindex zwischen unterschiedlichen Funktionsstadien. Der **LUCAS Funktions-index (LUCAS FI)** ermittelt die funktionale Kompetenz mittels zwölf Markerfragen, die zu gleichen Anteilen funktionale Risikofaktoren (Frailty)und auch funktionale Reserven ermitteln (Dapp et al., 2014). Zur besseren Übersicht ist dieser nachstehend dargestellt (Abb. 4).

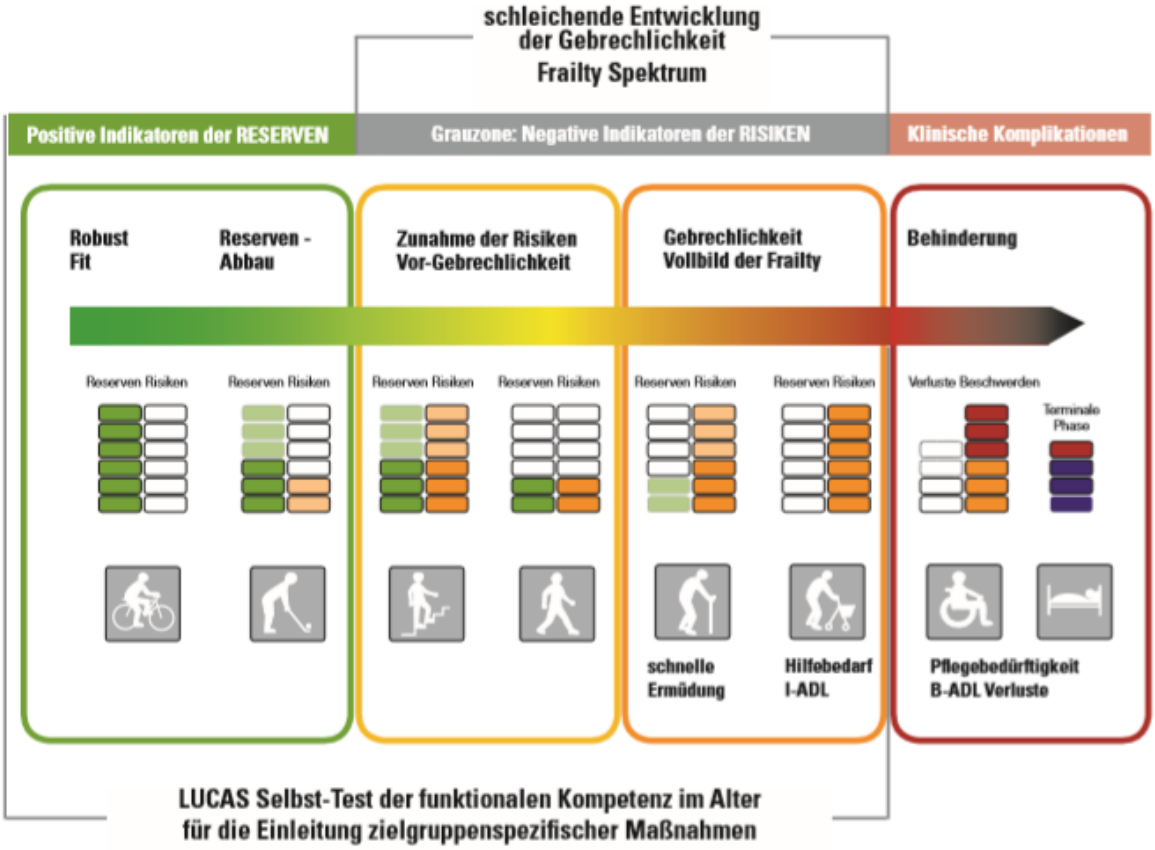


Abbildung 4: Geriatrisches Kontinuum von robust bis pflegebedürftig (Forschungsabteilung Albertinen Haus, 2018).

Zu den in einem Selbstbeurteilungs-Fragebogen ermittelten Risiken, denen Funktions-verluste vorausgehen, gehören beispielsweise die veränderte Art und Weise, Treppen zu steigen (z.B. Nutzung des Geländers) oder zu Fuß zu gehen (z.B. langsameres Gehen,

kürzere Strecke). Zu den sechs funktionalen Reserven zählen u.a. das ehrenamtliche Engagement, die körperliche Aktivität (z.B. mindestens 1x pro Woche mäßiger oder stark anstrengender Sport) sowie der individuelle Aktionsradius (Dapp et al., 2014; Dapp, 2017b). Dies ermöglicht die Einteilung in eine von vier Funktionsklassen: ROBUST (viele Reserven bei gleichzeitig kaum Risiken), postROBUST (viele Reserven bei gleichzeitig vielen Risiken), preFRAIL (kaum Reserven bei gleichzeitig kaum Risiken) oder FRAIL (kaum Reserven bei gleichzeitig vielen Risiken). Diese Aspekte werden im weiteren Verlauf näher erläutert und weisen darauf hin, dass nicht das Lebensalter, sondern die funktionale Kompetenz bedeutsam ist. Die Funktionsstadien des LUCAS Funktionsindexes (Dapp et al., 2014) sowie die Differenzierung nach der funktionalen Kapazität des "WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern" (WHO, 2015) sind in der nachstehenden Tabelle 1 gegenübergestellt.

Tabelle 1: *Gegenüberstellung des Funktionsstadion des "WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern und des LUCAS Funktionsindex (in Anlehnung an Dapp, 2014 & WHO, 2015).*

WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern	High and stable capacity		Declining capacity	Significant loss of capacity	
LUCAS Funktionsindex (vor Eintritt von Pflege-bedürftigkeit) sowie MDK-Assessment zur Messung des Grades von Pflegebedürftigkeit	ROBUST (viele Reserven und kaum Risiken)	Post-ROBUST (viele Reserven und viele Risiken)	preFRAIL (kaum Reserven und kaum Risiken)	FRAIL (kaum Reserven und viele Risiken)	DISABILTY Pflege-bedürftigkeit gemäß MDK Begutachtung Pflegegrad 1-5

Dapp et al. (2018) betonen im Rahmen einer Untersuchung zur Wirksamkeit des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter", dass mehr als zwei Drittel LUCAS-Kohortenteilnehmer viele funktionale Reserven aufwiesen (Funktionsstatus ROBUST oder postROBUST, n=1.617), während deutlich weniger Personen mit wenigen/kaum Reserven teilnahmen (preFRAIL/FRAIL; pFF, n=475). In der ersten Gruppe (ROBUST/postROBUST) wurde die Teilnahme durch soziodemografische Merkmale, wie Geschlecht, Lebensalter, Bildungsstand oder die soziale Lage, die Teilnahme beeinflusst. Allerdings wurden keine objektiven oder subjektiven gesundheitlichen Merkmale wie z.B. selbst berichteter gesundheitlicher Allgemeinzustand, Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr, Arztbesuche im letzten Jahr, chronische Krankheiten oder Vorhandensein einer Person, die im Bedarfsfall sorgt (Caregiver) festgestellt. Es zeigten sich hingegen keinerlei signifikante soziodemografische oder gesundheitliche Unterschiede in der zweiten Gruppe (preFRAIL/FRAIL). Diese Ergebnisse heben die besondere Relevanz einer zielgruppenorientierten Angebotsgestaltung sowie Identifikation und regelmäßiger Überprüfung des Funktionsstatus älterer Menschen hervor (Dapp et al., 2018). Dafür wird derzeit das auf

Basis von LUCAS Daten entwickelte Instrument, der **„LUCAS Navigator“**, der darauf abzielt die funktionale Kompetenz und das Wohlbefinden zu erhalten und Frailty (Gebrechlichkeit) und Pflegebedürftigkeit zu erkennen, in Hamburger Hausarztpraxen erprobt (Forschungsabteilung Albertinen Haus, 2018).

Insgesamt wird deutlich, dass die funktionale Kompetenz im Alter durch eine positive **Person-Umwelt-Interaktion** unterstützt werden kann (Dapp et al., 2009; Menning & Hoffmann, 2009; Neumann et al., 2017; WHO, 2015). Dies wird im weiteren Verlauf im Abschnitt 1.4.2 weiter erläutert. Nachstehend folgen Ausführungen zum Wohlbefinden im Alter.

1.2.4 Wohlbefinden im Alter

1.2.4.1 Definitionen: Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden

Psychische Gesundheit fokussiert die Fähigkeit individuelle Potentiale auszuschöpfen, den eigenen Alltag zu bewältigen und einen gesellschaftlichen Beitrag leisten zu können (Buber & Engelhardt, 2011; WHO, 2018). Laut der WHO (2005) umfasst das **Wohlbefinden** alle Lebensbereiche, die für ein sogenanntes ‚gutes Leben‘ relevant sind. Dazu zählt auch die gesundheitliche Lage eines Menschen, sodass der Einfluss von Gesundheit und Wohlbefinden vice versa vorliegt. Im Alter gewinnt die subjektive Einschätzung gegenüber der objektiven Gesundheit an Bedeutung (Gunzelmann et al., 2006; Tesch-Römer et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; Kocka & Staudinger, 2009), sodass dieser Aspekt nachstehend beschrieben wird. Aussagen zu Unterschieden im europäischen Kontext werden vernachlässigt, da laut einer Studie von Croezen, Burdorf und van Lenthe (2016) divergente Studiendesigns länderübergreifender Gesundheitsvergleiche (EU-SILC, SHARE, ESS) zu abweichenden Ergebnissen führten.

Die **subjektive Gesundheit** umfasst im Gegensatz zur objektiven Gesundheit (medizinisch messbare körperliche Gesundheit) Aspekte wie Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung, individuelle Kontrollüberzeugungen oder Bewältigungskompetenzen einer Person (Wurm & Tesch-Römer, 2006). Zum einen liefert die eigene Gesundheitsbeurteilung zuverlässige Vorhersagen hinsichtlich zu erwartender Funktionseinbußen sowie zu Morbidität und Mortalität (Erhardt, Wille & Ravens-Sieberer, 2006; Tesch-Römer & Wurm, 2006; Vogelsang, 2014; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) und kann nach Jylhä (2009) als robuster prospektiver Prädiktor angesehen werden. Dies bestätigen auch die Ergebnisse einer Metaanalyse von Westerhof et al. (2014), in der 19 Längsschnittstudien zum Zusammenhang vom subjektiven Altern und späterer Gesundheit und Lebens-erwartung verglichen wurden, und dieser Zusammenhang als statistisch bedeutsam

nachgewiesen wurde. Eine positive Einschätzung zum eigenen Älterwerden und ein subjektiv als jünger empfundenes Lebensalter sind demnach eng mit guter Gesundheit und Langlebigkeit verknüpft. Dementgegen steht ein negatives subjektives Selbst- bzw. Altersbild, da im Sinne der **„selbsterfüllenden Prophezeiung“** anzunehmen ist, dass nur wenig in die eigene Gesundheit investiert wird (Westerhof et al., 2014; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Auch Westerhof und Wurm (2015) verweisen auf die Gefahr einer „self-fullfilling prophecy“, wenn vorherrschende negative Altersbilder im eigenen Alterungsprozess selbst angenommen werden. Während die objektive Gesundheit „junger Alter“ („drittes Lebensalter“) und „alter Alter“ („viertes Lebensalter“) deutlich divergieren, unterscheidet sich die selbsteingeschätzte Gesundheit kaum. Der Zusammenhang von objektiver und subjektiver Gesundheit nimmt mit steigendem Alter ab, was darauf schließen lässt, dass die tatsächliche Gesundheit in Bezug auf die Einschätzung dieser an Bedeutung verliert. Diese Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit spiegelt sich in den Ergebnissen einer fünf Jahre andauernden Untersuchung von Wettstein et al. (2016) wider, im Rahmen derer 124 Probanden, die zu Beginn der Studie zwischen 87 und 97 Jahre alt waren, untersucht wurden. Es wurde ein deutlicher Abbau der gemessenen objektiven Gesundheit (u.a. Handkraft, Alltagskompetenz, Mobilität im Sinne des „Sitz-Steh-Tests“) verzeichnet, wohingegen Werte der subjektiven Gesundheit weitgehend stabil blieben oder nur geringfügig abnahmen. Das Erleben des dritten Alters in meist höherer Zufriedenheit als vor einigen Jahrzehnten wird u.a. auf den medizinischen und technologischen Fortschritt sowie der erfolgreicheren Anpassung des Individuums an altersspezifische Anforderungen zurückgeführt (vgl. Lindenberger & Staudinger, 2018; Wilkening et al., 2008).

Zudem sind soziale (Abwärts-)Vergleichsprozesse bedeutsam, wonach Ältere ihre eigene Gesundheit mit der Gleichaltriger vergleichen und sich entsprechend positiver bewerten (Vogelsang, 2014; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Ob sich ein Mensch aufgrund gesundheitlicher Beschwerden subjektiv eingeschränkt fühlt oder nicht, ist nach Wirtz et al. (2018) auch von dem individuellen Gesundheitsverständnis oder -empfinden abhängig. Gesundheitliche Einschränkungen werden zudem als „normativ“ und somit weniger belastend wahrgenommen, wie das folgende Zitat einer 78 Jahre alten Probandin einer qualitativen Studie mit älteren Arthritis Patienten verdeutlichen soll: „*When you´re this age and you have an ache, well so what? You expect to have aches when you´re this age*” Hudak et al. (2002, S. 274). Auch die Fähigkeit, das eigene Anspruchsniveau an verfügbare Ressourcen anzupassen („response shift“) im Sinne eines akkommodativen Herabsetzens der eigenen Erwartungshaltung, kann sich positiv auf die Bewertung der eigenen Gesundheit auswirken. Auch der „age-related positivy effect“ spielt eine Rolle. Demzufolge fokussieren ältere Menschen im Gegensatz zu Jüngeren primär positive Erlebnisse und Aspekte, sodass vorhandene Ressourcen hervorgehoben werden, wie beispielsweise

vorhandene Beweglichkeit trotz kognitiver Einbußen oder umgekehrt. Gesundheit oder Krankheit sollte nicht als gegebener Zustand verstanden werden, sondern vielmehr als Erlebens- und Verhaltensaspekt, der entscheidend beeinflusst werden kann (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018).

Das **subjektive Wohlbefinden** ist nach Tesch-Römer et al. (2010) ein zentraler Bestandteil eines ‚erfolgreichen Alterns". Es spiegelt zum einen die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation wider und unterstützt ferner ein gesundheitsförderliches Verhalten und soziale Interaktion. Charakteristisch ist die **Multidimensionalität**, da neben der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit, die die kognitive Bewertung der persönlichen Lebenssituation in Hinblick auf bestimmte Maßstäbe oder Ziele meint, emotionale Bestandteile wie positive oder negative Gefühlszustände dazu zählen. Letzteres wird in der vorliegenden Arbeit aufgrund des Forschungsinteresses weitgehend vernachlässigt. Tesch-Römer et al. (2010) ergänzen weiter, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit von spezifischen Bereichen abhängig ist und die Unzufriedenheit in einem Bereich durch anderweitige Zufriedenheit abgefedert werden kann (Tesch-Römer et al., 2010). Eine weitere Unterscheidung differenziert das Wohlbefinden in drei Typen: Lebenszufriedenheit (evaluative well-being / life satisfaction), hedonistisches Wohlbefinden (hedonic well-being) sowie eudämonistisches Wohlbefinden (eudemonic well-being). Während die Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit sich die aktuelle Lebenssituation bezieht, beschreibt das hedonistische Wohlbefinden die persönliche Stimmung und erlebte alltägliche Gefühle wie Glückseligkeit, Wut oder Traurigkeit. „Eudomenic well-being" meint übersetzt seelisches Wohlbefinden und umfasst insbesondere die Einschätzung der Sinnhaftigkeit und Bedeutung des eigenen Lebens (Lukaschek et al., 2017).

Häufige Synonyme des Wohlbefindens sind Zufriedenheit, Glück sowie Lebensqualität (Tesch-Römer et al., 2010). Erhardt et al. (2006) bestätigen Schwierigkeiten einer klaren Abgrenzung der Begriffe. Ferner heben Bullinger und Brütt (2018) die unterschiedlichen Ansatzpunkte und Anwendungsbereiche in unterschiedlichen Disziplinen hervor. Während Wohlbefinden primär der Soziologie und Psychologie zugeordnet wird, ist der Begriff der Lebensqualität originär in den Sozialwissenschaften verankert. Es wird ihnen zufolge zwischen dem Wohlbefinden als Mitglied einer Gesellschaft (Verankerung im sozialen Kontext) und dem Wohlbefinden als Ergebnis der Erfüllung individueller Bedürfnisse differenziert. Letzteres beinhaltet emotionale, körperliche, kognitive und soziale Komponenten. Die **Lebensqualität** kann mittels Indikatoren wie der medizinischen Versorgung, dem Bruttosozialprodukt oder der Mortalität innerhalb einer Bevölkerung operationalisiert werden. Darüber hinaus wird die individuelle Bewertung der Bevölkerung einbezogen. Weiter hat der Begriff der Lebensqualität mit der Einführung der

Gesundheitsdefinition der WHO und der zugrundeliegenden Differenzierung zwischen körperlicher, physischer und sozialer Gesundheit Eingang in die Medizin gefunden. Erstmals gewann nach Bullinger und Brütt (2018) die subjektive Bewertung der Funktionsfähigkeit und des subjektiven Wohlbefindens an Bedeutung. Entsprechend empfehlen sie Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden unter dem Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammenzufassen. Aufgrund der zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Sichtweise und des entsprechenden Einbezugs weiter Aspekte, die über die Gesundheit und Funktionsfähigkeit hinaus gehen, findet im weiterer Verlauf der umfassendere Begriff des Wohlbefindens Anwendung.

Untersuchungen zufolge variiert die Lebenszufriedenheit zwischen einzelnen westlichen Ländern mit einem hohen Einkommen, wohingegen kaum Altersunterschiede zu verzeichnen sind (Puvill, Lindenberg, Craen, Slaets & Westendorp, 2016). Auch Diener, Oishi und Lucas (2003) betonen Unterschiede im Wohlbefinden zwischen einzelnen Ländern. In wohlhabenden Nationen werden Menschenrechten, Gleichberechtigung und Chancengleichheit in der Regel eine höhere Bedeutung beigemessen und auch die Lebenserwartung fällt vergleichsweise hoch aus. Aufgrund unzureichender Langzeituntersuchungen können hingegen keine verlässlichen Aussagen getroffen werden, sodass dieser Aspekt weitgehend vernachlässigt wird. Im Fokus steht hingegen das **subjektive Wohlbefinden älterer Menschen**, welches nach Wirtz et al. (2018) neben der Gesundheit insbesondere durch die Fähigkeit des selbstbestimmten Handelns, die Pflege sozialer Beziehungen, das Erkennen eines Sinns im Leben und Selbstakzeptanz determiniert wird. Inwiefern diese Aspekte im Alter an Bedeutung gewinnen und welchen Einfluss Gesundheitsförderung auf das Wohlbefinden älterer Menschen nehmen kann, wird im weiteren Verlauf näher beschrieben.

1.2.4.2 Wohlbefinden im Alter

Der Erhalt des Wohlbefindens im Alter stellt eine zentrale globale Herausforderung dar (Rakhshani et al., 2014). Altersassoziierte Beeinträchtigungen lassen eine Abnahme des Wohlbefindens im Alter vermuten, welche jedoch häufig ausbleibt (Gunzelmann et al., 2006; Rakhshani et al., 2014; Staudinger & Kessler, 2012; Tesch-Römer et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; Kocka & Staudinger, 2009;). Während Staudinger und Kessler (2012) dies Phänomen als „**Wohlbefindensparadox**“ bezeichnen, nutzen Wettstein et al. (2016) den Begriff des „late-life-health-paradox“ und Lukaschek et al. (2017) die Bezeichnung des „age-paradox“.

> „*Insgesamt gesehen zeigen psychisches und soziales Wohlbefinden und subjektive Zufriedenheit im Alter eine bemerkenswerte Robustheit, da die subjektiven Ziele, die für die Lebenslage im Alter besonders wichtig sind, an die objektiven Gegebenheiten angepasst und relativiert werden*“ (Backes & Clemens, 2013, S. 286).

Das Wohlbefinden bleibt nach Puvill, Lindenberg, Craen, Slaets & Westendorp (2016) entsprechend verschiedener Studien etwa bis zum 70. Lebensjahr über den Lebenslauf hinweg stabil und wird erst dann schlechter bewertet. Dies unterstützt die bereits aufgeführte These des geringen Einflusses altersbedingter Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf das Wohlbefinden (Puvill et al., 2016). Während körperliche Beschwerden laut Lukaschek et al. (2017) kompensiert werden können, steigt die Bedeutung der Gesundheit mit dem fortschreitenden Lebensalter (Angelini et al., 2012; Steptoe et al., 2015). Dies ist insbesondere auf den Anstieg chronischer Erkrankungen zurückzuführen (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Steptoe et al., 2015). Puvill et al. (2016) argumentieren, dass dies zwar für die jüngeren Alten zutreffe, aber, aufgrund der steigenden Akzeptanz gegenüber altersbezogenen Einschränkungen und Krankheiten, nicht für die Hochaltrigen gelte. Dies treffe hingegen für die **Lebenszufriedenheit** zu, die im Gegensatz zu den weiteren Aspekten des individuellen Wohlbefindens (hedonistisches und eudämonistisches Wohlbefinden) nicht vorrangig den aktuellen Status bewertet, sondern die Zufriedenheit in Abhängigkeit zu den zukünftigen Erwartungen und eigenen Zielen. Diese werden im fortschreitenden Alter so adaptiert, dass sie individuell bedeutungsvoll, aber auch realistisch sind. Den geringeren Einfluss der körperlichen Gesundheit auf das Wohlbefinden älterer Menschen heben auch Gunzelmann et al. (2006) hervor, wonach im Rahmen einer Untersuchung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Alter mit dem Messinstrument SF-36 die Probanden zwar überwiegend schlechtere Werte für die körperliche Funktionsfähigkeit aufwiesen, aber die eigene Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden mehrheitlich positiv bewertet wurden.

Während der Einfluss der körperlichen Gesundheit je nach Studie variiert, wird die Bedeutung der **psychischen Gesundheit** für das Wohlbefinden mehrfach hervorgehoben (Lukaschek et al., 2017; Puvill et al., 2016). Eine gute psychische Gesundheit kann sich zudem positiv auf den Gesundheitszustand, den Bildungsstand, stabile soziale Beziehungen, ein positives Gesundheitsverhalten und die Lebensqualität des Einzelnen auswirken (Friedli, 2006; Steptoe et al., 2015). Puvill et al. (2016) bestätigen dies in ihrer Untersuchung zur Lebenszufriedenheit älterer Menschen in Abhängigkeit ihres Gesundheitszustands, die auf Daten von 559 Personen im Alter von 85 Jahren der repräsentativen Kohortenstudie (Leiden 85 Plus Studie) basierte. Die Lebenszufriedenheit

selbst sollte von den Probanden anhand einer 10-stufigen Skala eingestuft werden, wobei mögliche weitere Einflussfaktoren wie aktuelle kritische Lebensereignisse (critical life-events) und Umweltfaktoren nicht berücksichtigt wurden. Zur Beurteilung der körperlichen Gesundheit der Probanden zählten u.a. die Messung der Handkraft, das Gangbild, die Fähigkeit Alltagsaktivitäten umzusetzen (IADL und ADL) sowie kognitive Funktionen, die mittels des Mini-Mental-Status-Test gemessen wurden. Während rein körperliche Beschwerden oder Einschränkungen das Wohlbefinden nicht beeinflussten, wurde für die Funktionsfähigkeit ein geringfügiger Einfluss nachgewiesen, welches insbesondere dann zutraf, wenn depressive Symptome und subjektiv wahrgenommene Einsamkeit mit einbezogen wurden. Der bedeutsame Einfluss der psychischen Gesundheit auf das Wohlbefinden verbesserte sich auch bei guter körperlicher Gesundheit nicht. Dies Ergebnis ist insbesondere in Anbetracht dessen bedeutend, da die psychische Gesundheit lediglich durch das Depressivitätsniveau und die wahrgenommene Einsamkeit ermittelt wurden (Puvill et al., 2016).

Auch im Rahmen der CORA (Cooperative Health Research in the Region of Augsburg)-Age Studie (N=3602) wurden bei älteren Menschen (Durchschnittsalter: 73 Jahre, SD ± 6) Variablen zu Risikofaktoren für das subjektive Wohlbefinden im Alter erhoben. Den Ergebnissen zufolge gaben 79 % der Älteren zwischen 65 und 90 Jahren ein hohes Wohlbefinden an. Multimorbidität, körperliche Inaktivität sowie soziale Faktoren wie soziale Isolation und weniger ausgeprägte soziale Beziehungen wurden als bedeutsame Einflussfaktoren identifiziert, wohingegen auch in dieser Studie die psychische Gesundheit (Depressionen und Angststörungen) die größte Relevanz innehatte (Lukaschek et al., 2017). Darüber hinaus wirkt ein ausgeprägtes subjektives Wohlbefinden, welches meist mit einer guten psychischen Gesundheit korreliert, protektiv gegenüber dem altersbedingten Morbiditätsrisiko (Puvill et al., 2016). Entgegen der Annahme einer Reduzierung des Alters auf Behinderung und Krankheit (Expansionshypothese; siehe Abschnitt 1.2.2.2) wird in dieser Arbeit die **Kompression von Morbidität** nach Fries (1983, 1985) hervorgehoben, wonach die Erkrankungen im Alter bei steigender Lebenserwartung abnehmen. Diese Hypothese und das damit einhergehende Konzept des aktiven Alterns („**active ageing**“) haben laut der WHO die Schlüsselpriorität für das Wohlbefinden im Alter (Dapp et al., 2018; Fries et al., 2011; Kalache et al., 2002).

Darüber hinaus ist das Alter von **kritischen Lebensereignissen** (critical life-events) und einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber psychosozialen Stressoren gekennzeichnet, die auf das Wohlbefinden wirken. Diese sind im nachstehenden Kasten 1 exemplarisch dargestellt (Levenson & Jackson, 2006):

Kasten 1: Kritische Lebensereignisse im Alter (in Anlehnung an Levenson & Jackson, 2006).

- Körperliche Krankheit und chronische Schmerzen
- Trauer und Verlust
- Soziale Isolation
- Armut
- Verlust des Sinnes und der Bedeutung des Lebens

Aufgrund des Forschungsinteresses der Verfasserin wird im weiteren Verlauf auf das Risiko sozialer Isolation näher eingegangen. Kritische Lebensereignisse verändern die Lebenssituation einer Person stark und abrupt. Sie sind zudem von emotionaler Bedeutung und lösen eine Stressreaktion aus, die eine Anpassungsreaktion erfordern (Faltermaier et al., 2014; vgl. Backes & Clemens, 2013; Faltermaier, 2017). Dies resultiert aus dem Ungleichgewicht der internen Kongruenz (Backes & Clemens, 2013). Faltermaier et al. (2014) verweisen auf die Relevanz der Normativität des jeweiligen Lebensereignisses sowie die Bedeutung des Zeitpunktes, an dem dieses eintritt. Während der Verlust des Partners in jungen Jahren als *off-time* (unvorhersehbar) gilt, ist der Tod im höheren Lebensalter vorhersehbarer (*on-time*) und somit in der Regel besser zu verkraften. Auch der Umzug in ein Pflegeheim kann nach Faltermaier et al. (2014) ein kritisches Lebensereignis im Alter darstellen. Dem gegenüber stehen Schutzfaktoren, die sich kaum von anderen Altersgruppen unterscheiden. Ältere Menschen betonen insbesondere die Bedeutung, als vollwertiges Mitglied in der Gesellschaft und in der eigenen Familie anerkannt und respektiert zu werden (vgl. Levenson & Jackson, 2006). In weiteren Studien zum Wohlbefinden im Alter werden der Einfluss der gesundheitlichen Lage, des sozioökonomischen Status, sozialer Beziehungen und sozialen Rollen sowie des individuellen Aktivitätsniveaus (Steptoe et al., 2015) und psychosoziale Ressourcen hervorgehoben (Lukaschek et al., 2017). Die Beurteilung des Wohlbefindens ist für den Einzelnen, aber auch aus gesellschaftlicher Sicht relevant (Diener et al., 2003) und entsprechend dieser Kenntnisse wird der Stärkung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Alter eine besondere Bedeutung beigemessen.

1.2.5 Zusammenfassung der Befundlage

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die stetig wachsende ältere Bevölkerung keine in sich homogene Gruppe ist und das Altersbild einem stetigen Wandel unterliegt. Altersgrenzen geben eine normative Orientierung, aber selbst die Unterteilung in die sogenannten „jungen Alten“ und „alten Alten“ wird der Diversität nicht gerecht. Defizitorientierte Assoziationen gelten als überholt, aber obwohl ein Großteil der älteren Bevölkerung sich einer guten Gesundheit erfreut, nehmen altersbedingte Beeinträchtigungen und Krankheiten zu. Zudem treten kritische Lebensereignisse auf, wie der Eintritt in den Ruhestand oder der Verlust nahestehender Personen. Ältere Menschen verfügen über zahlreiche Anpassungsmechanismen, um die funktionale Kompetenz und ihr subjektives Wohlbefinden weitgehend aufrecht zu erhalten (u.a. Wohlbefindensparadox) und unterscheiden sich entsprechend hinsichtlich ihrer funktionalen Kapazität, wie das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) sowie der LUCAS Funktionsindex verdeutlichen (Dapp et al., 2014). „Active ageing“ stellt zudem die Schlüsselpriorität der WHO für das Wohlbefinden im Alter dar.

1.3 Lebenssituationen älterer Menschen im urbanen Raum

Aufgrund der vielfältigen Lebenssituationen älterer Menschen weist kaum eine Bevölkerungsgruppe in sich eine solch ausgeprägte Heterogenität auf (Voelcker-Rehage et al., 2006; Faltermaier et al., 2014). Neben zuvor beschriebenen Unterschieden der gesundheitlichen Lage und der funktionalen Kompetenz divergieren auch die Lebenslagen sowie daraus resultierende Bedürfnisse und das individuelle Gesundheitsverhalten (Faltermaier et al., 2014; vgl. Backes & Clemens, 2013). Auch die Pläne nach dem Eintritt in den Ruhestand sind sehr unterschiedlich (Levasseur, Richard, Gauvin & Raymond, 2010). Häufig ist die Lebenssituation älterer Menschen von einer sich reduzierenden sozialen Teilhabe und dem damit einhergehenden Risiko sozialer Isolation geprägt und entsprechende soziale Probleme resultieren meist in Benachteiligungen, wie ungleich verteilter materieller und immaterieller Ressourcen zur Alltagsbewältigung (vgl. Backes & Clemens, 2013). Neben dem individuellen Lebensstil oder verfügbaren finanziellen Ressourcen spielen objektive Rahmenbedingungen wie Ausgestaltung der urbanen Lebenswelt aufgrund des sich reduzierenden Aktionsradius im Alter eine wichtige Rolle (Dapp, 2008).

1.3.1 Interindividuelle Heterogenität im Alter

1.3.1.1 Soziale Lage

Ältere Menschen unterscheiden sich nach Backes und Clemens (2013) beispielsweise aufgrund ihrer sozialen Lage. Muster sozialer Ungleichheit setzen sich ihnen zufolge fort und prägen sich altersspezifisch aus, sodass meist eine Kontinuität im Lebenslauf zu verzeichnen ist, die in einer entsprechend differenziert ausgestalteten Bevölkerungsgruppe resultiert (Faltermaier et al., 2014; vgl. Backes & Clemens, 2013; Schirra-Weirich & Wiegelmann, 2017; Tesch-Römer, Engstler & Wurm, 2006; Voelcker-Rehage et al., 2006). Motel-Klingebiel et al. (2010) merken an, dass im mittleren Erwachsenenalter meist eine geringe Vielfalt vorliegt, die sich im „dritten Lebensalter“ ausprägt und aufgrund der Zunahme altersbedingter Beeinträchtigungen im hohen beziehungsweise „vierten Alter“ wieder abnimmt. Auch Backes und Clemens (2013) sowie Faltermaier (2005) und Faltermaier et al. (2014) postulieren altersbedingte Divergenzen zwischen den sogenannten „jungen Alten“ und „alten Alten“ und „*sowohl für wissenschaftliche Fragestellungen als auch für sozialpolitische Zwecke erscheint es notwendig, die sehr heterogene Gruppe der älteren Menschen in ‚verschiedene Subgruppen‘ aufzugliedern*“ (Faltermaier et al., 2014, S. 233). Aus der **Heterogenität** resultieren zudem Divergenzen im Wohlbefinden älterer Menschen. Diese unterscheiden sich insbesondere in Abhängigkeit von der Gesundheit, dem Geschlecht, sozialen Beziehungen, dem individuellen Bildungsstand, der Beschäftigungslage und dem Einkommensstatus über den Lebenslauf hinweg (WHO, 2014; vgl. Backes & Clemens, 2013). Sogenannte **defizitäre Lebenslagen** können nach Backes und Clemens (2013) zu **sozialen Problemen** führen. Diese werden insbesondere dann, wenn sie mehrere ältere Menschen betreffen, auch im öffentlichen Diskurs als veränderungsbedürftig angesehen. Insgesamt bedarf es insbesondere in Hinblick auf die Entwicklung und Etablierung sozial- und gesundheitsbezogener Maßnahmen einer Berücksichtigung der Vielfalt (vgl. Backes & Clemens, 2013), um möglichst gleichberechtigte Zugangsvoraussetzungen zu schaffen und eine bestmögliche Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in späten Lebensphasen zu erhalten (Motel-Klingebiel et al., 2010). „*Dem Paradigma der Inklusion folgend erfordert dies passgenaue und ebenenübergreifende Anpassungsleistungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen*“ (vertiefend s. Schirra-Weirich & Wiegelmann, 2017, S. 8).

Sozialstrukturelle Ungleichheiten. Zu den klassischen soziostrukturellen Merkmalen zählen insbesondere **vertikale Aspekte** wie beispielsweise die Bildung, der Beruf oder der sozio-ökonomische Status einer Person (vgl. Backes & Clemens, 2013), wie auch Motel-Klingebiel et al. (2010, S. 23) beschreiben: „*Benachteiligungen entstehen oftmals vor dem*

Hintergrund von Unterschieden in der Sozialstruktur, also sozialer und räumlicher Herkunft, Bildung, beruflichen Tätigkeiten, sowie Unterschieden in den verfügbaren wirtschaftlichen Ressourcen wie Einkommen und Vermögen". Eine unzureichende Bildung führt nach Etman et al. (2015) beispielsweise zu einem erhöhten Gebrechlichkeitsrisiko (Frailty; siehe Abschnitt 1.2.3.2), welches u.a. aus einem schlechteren Gesundheitszustand, -verhalten und geringerer sozialer Teilhabe resultiert. Aber auch **horizontale Aspekte**, wie Divergenzen in der Wohnumwelt, Möglichkeiten sozialer und kultureller Partizipation und allgemeine Umwelteinflüsse zählen dazu, sodass vertikale und horizontale Aspekte sozialer Ungleichheit gemeinsam berücksichtigt werden sollten. So kann ein verfügbares Einkommen beispielsweise im Zusammenhang mit subjektiven Aspekten wie umgebenden Gelegenheitsstrukturen oder sozialen Beziehungen betrachtet werden. Kohli et al. (2005) und Schaeffer et al. (2018) betonen eine Fortsetzung sozialer Ungleichheiten (Kontinuitätsthese), obwohl sich die Ungleichheit in einigen Bereichen verstärkt (Kumulationsthese) beziehungsweise abgemildert wird (Destrukturierungsthese). Soziale Ungleichheiten werden insbesondere hinsichtlich der materiellen Lage fortgesetzt, wenngleich mit fortschreitendem Lebensalter die gesundheitliche Lage an Bedeutung gewinnt (vgl. Backes & Clemens, 2013).

Schaeffer et al. (2018) betonen in diesem Zusammenhang, dass 78 % der Menschen mit einem niedrigen sozialen Status über eine unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz verfügen, die wiederum **soziale und gesundheitliche Ungleichheit** befördern kann. Entsprechend der Angaben des fünften Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung liegt das Armutsrisiko der älteren Bevölkerung unter dem der Gesamtbevölkerung. Es wird jedoch die meist konstante Weiterentwicklung von Armut über den Lebenslauf hinweg hervorgehoben, sodass bestehende Ungleichheiten im Alter fortgesetzt werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017). Naegele (2010) weist in diesem Zusammenhang auf sogenannte Kohorteneffekte hinsichtlich eines erhöhten Niveaus des Alterseinkommens und der Bildung hin. Auch Backes und Clemens (2013) betonen, dass Altersarmut unterdurchschnittlich vorliegt, aber dennoch stellt es die Betroffenen und auch die Gesellschaft aufgrund unzureichender Teilhabemöglichkeiten vor schwerwiegende Probleme. Vor allem die daraus resultierende Abhängigkeit ist meist nur schwer zu bewältigen und erhöht das Risiko psychischer Erkrankungen (Buber & Engelhardt, 2011; vgl. Backes & Clemens, 2013;). Dies bestätigt auch Mielck (2005), der vor allem den Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die gesundheitliche Lage, den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und dem Gesundheitsverhalten hervorhebt, sodass u.a. ein niedriger sozioökonomischer Status in gesundheitlichen Ungleichheiten resultiert. Perna et al. (2010) unterstreichen den Zusammenhang von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten insbesondere für die ältere Bevölkerung und verweisen neben dem

erhöhten Morbiditäts- vor allem auf das erhöhte Mortalitätsrisiko. Insgesamt hat die soziale Lage einen bedeutsamen Einfluss auf die Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Kilian et al. (2008) weisen in diesem Zusammenhang auf den Bedarf einer besonderen Ansprache sozial benachteiligter Zielgruppen hin. Laut der WHO (2014) können insbesondere einkommensbedingte Ungleichheiten durch verschiedene Maßnahmen beeinflusst und im Alter reduziert werden (WHO, 2014). Kilian et al. (2008) betonen, dass eine zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung vor allem gesellschaftliche Rahmenbedingen und weniger individuumsbezogene Aspekte berücksichtigen sollte.

Ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund. Die zunehmende ethnische Vielfalt innerhalb der Bevölkerung trifft auch auf die ältere Bevölkerung zu und wird zukünftig an Bedeutung gewinnen (Naegele, 2010), welche das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen stellt (Schaeffer et al., 2018). Es ist zu betonen, dass ein vorliegender Migrationshintergrund nicht automatisch mit Problematiken einhergeht und es sich, je nach Nationalität, Religion und weiterer kultureller Einflüsse um eine in sich sehr heterogene Gruppe handelt. Dennoch sind viele ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund aufgrund meist unregelmäßiger Erwerbsbiografien häufiger von Altersarmut betroffen. Dies resultiert meist in schlechteren Wohnverhältnissen und einer schlechteren gesundheitlichen Versorgung. Auch Sprachbarrieren und kulturelle Divergenzen (u.a. Geschlechterrollen, Altersbilder) können Spannungen erzeugen und sich entsprechend negativ auf ein „erfolgreiches“ Altern auswirken.

Insbesondere mit dem Eintritt in den Ruhestand gewinnen innerethnische soziale Beziehungen hinsichtlich des psychosozialen Wohlbefindens an Relevanz. Dies ist weniger auf den Wegfall beruflicher Kontakte, sondern vielmehr auf den Bedeutungszuwachs der ethnischen Zugehörigkeit im Alter zurückzuführen sowie die Altersbilder, mit denen die Menschen entsprechend ihres Migrationshintergrunds sozialisiert wurden, zurückzuführen. Insbesondere der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung wird als soziale Abwertung verstanden (vgl. Backes & Clemens, 2013). Auch Levenson und Jackson (2006) verweisen auf die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen mit einem Migrationshintergrund und heben das erhöhte Risiko gegenüber der Entwicklung psychischer Störungen aufgrund der Migration selbst oder der Erfahrung von Rassismus hervor. Auch kulturell bedingte Divergenzen hinsichtlich subjektiver Krankheits- und Gesundheitskonzepte (Schaeffer et al., 2018; vgl. Levenson & Jackson, 2006) unterstreichen den Bedarf **interkultureller** Informationen und Interventionen (vgl. Backes & Clemens, 2013; Levenson & Jackson, 2006). Auch im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ stellen u.a. die Schaffung interkultureller Begegnungsmöglichkeiten, verbesserter Teilhabe- und

Mitwirkungsmöglichkeiten und Verbesserung des kultursensiblen Gesundheits- und Pflegeangebots zentrale Ziel dar (Böhme & Franke, 2010).

Pflegende Angehörige. Trotz des beschriebenen Zugewinns an gesunden Lebensjahren und den Anpassungsleistungen älterer Menschen, die eine selbstständige Lebensweise bis in das hohe Alter ermöglichen, steigt auch die Zahl derer, die hilfe- oder pflegebedürftig sind (Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016; Wetzstein et al., 2015). Im Zuge dessen nimmt auch die informelle Pflege durch Angehörige zu, die überwiegend von den ab 70-jährigen geleistet wird (13,4 Stunden/Woche). Die Last verteilt sich meist auf mehrere Beteiligte, aber überwiegend übernehmen weibliche Familienmitglieder diese Pflege. Dies unterstreicht die Zahlen, nach denen sich 39,2 % der Frauen und 20,3 % der Männer durch die Pflege belastet fühlen. Insbesondere klassische pflegerische Aufgaben, die überwiegend von älteren pflegenden Angehörigen übernommen werden, werden als **Belastung** empfunden, sodass pflegende Angehörige zukünftig stärker unterstützt werden sollten (Nowossadeck et al., 2016). Dies wird durch Angaben zu einem schlechteren Gesundheitsverhalten pflegender Frauen im Vergleich zu nicht-pflegenden Frauen gestützt. Pflegende Angehörige weisen nach Wetzstein et al. (2015) zum einen eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie ein erhöhtes Risiko psychisch zu erkranken auf, wenngleich die Pflege einer nahestehenden Person auch mit positiven Gefühlen assoziiert wird. Insgesamt überwiegen jedoch die Risiken, die auch aus der Abnahme sozialer Kontakte und dem damit einhergehenden Risiko sozialer Isolation resultieren (Wetzstein et al., 2015). Während dieser Aspekt in Abschnitt 1.3.2.1 vertieft wird, folgen Ausführungen zur Gesundheitskompetenz und zum Gesundheitsverhalten im Alter.

1.3.1.2 Gesundheitskompetenz- und verhalten im Alter

Gesundheitskompetenz. Mehr als die Hälfte (54 %) der Deutschen weisen eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf, d.h. das Finden, Verstehen und Beurteilen gesundheitsbezogener Informationen fällt ebenso wie die Übertragung dieser auf die eigene Person schwer (Schaeffer et al., 2018). Dies trifft insbesondere auf den Bereich der Gesundheitsförderung zu (über 60 %), wohingegen 47 % Schwierigkeiten haben, mit Informationen zur Krankheitsprävention umzugehen. In Bezug auf die Krankheitsbewältigung und Versorgung trifft dies nur auf 41 % zu und speziell für die ältere Bevölkerung ab 75 Jahren sogar auf 75 %. Entsprechend bleiben passende Hilfsangebote verwehrt und auch im Alltag werden weniger gesundheitsförderliche Entscheidungen getroffen (Schaeffer et al., 2018). Der bedeutsame Einfluss des **Lebensstils** auf die Gesundheit und das Wohlbefinden sind nachgewiesen und Lebensstilfaktoren daher ein klassischer Gegenstand gesundheitsbezogener Interventionen (im Überblick s. Wettstein &

Wahl, 2018). Die Förderung der **Gesundheitskompetenz** und des **Gesundheitsverhaltens** stellt auch für die WHO (1986) ein zentrales Handlungsfeld dar und gewinnt im Allgemeinen an Bedeutung (Rakhshani et al., 2014; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemens, 2013). Die Relevanz, individuell wertvolle Entscheidungen zu treffen, ist vor allem aufgrund der steigenden Lebenserwartung, wachsenden Ungleichheit sowie dem Anstieg chronischer Erkrankungen bedeutsam. Auch eine sich verändernde Patientenrolle (u.a. shared decision making) und die zunehmende Komplexität des Gesundheitssystems und digitale Informationsflut tragen dazu bei (Schaeffer et al., 2018). Ein gesunder Lebensstil verhindert oder verzögert das Risiko altersbedingter Krankheiten und auch berufs- oder freizeitbezogene Aktivitäten können den Alterungsprozess verlangsamen (vgl. Backes & Clemens, 2013). Das Gesundheitsverhalten älterer Menschen sollte insgesamt gefördert werden, da zum einen die Vulnerabilität gegenüber Krankheiten steigt (Dapp et al., 2018) und das Gesundheitsverhalten maßgeblich von der subjektiv wahrgenommenen Bedrohung oder eigenen Widerstandfähigkeit beeinflusst wird (im Überblick s. Wirtz et al., 2018).

Körperliche Aktivität. Die Förderung der körperlichen Aktivität zählt aufgrund der Risiken eines Bewegungsmangels zu den zentralen gesundheitsfördernden Maßnahmen dieser Lebensphase (Boudiny, 2013; Krug et al., 2013; Wurm et al., 2010). Bluthochdruck, Kurzatmigkeit sowie eine verringerte Muskelmasse und -kraft bergen ein allgemeines Gesundheitsrisiko und führen u.a. aufgrund resultierender Unsicherheit und Steifheit zu einem erhöhten Sturzrisiko (vertiefend s. Vidik, 2006). Kenntnissen der LUCAS-Telefonbefragung (N=1.098) des geriatrischen Forschungsinstituts des Albertinen Hauses zufolge stellt mit 77 % das Spazierengehen die häufigste Form der täglichen Bewegung dar (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2010). Während sich ältere Menschen eigenen Angaben zufolge zu wenig bewegen (Rakhshani et al., 2014; vertiefend s. Kruse, 2007;), bewegen sich entsprechend der Ergebnisse der Studie des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS-Studie) hingegen mehr als ein Drittel der befragten Personen ausreichend. Jedoch ist an dieser Stelle zu betonen, dass die Studie (N=8.152) nur Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren einschloss (Krug et al., 2013). Wettstein und Wahl (2018) weisen in diesem Zusammenhang auf den weiteren Bedarf an Angeboten zur Bewegungsförderung hin, die vor allem die bislang inaktive ältere Bevölkerung adressiert.

Dahingegen betonen Krug et al. (2013) das im Alter zunehmende Gesundheitsbewusstsein, welches durch das wachsende Angebot gesundheitsorientierter Bewegungsangebote unterstützt wird. Eine mangelnde Mobilität kann bei zusätzlicher Reizarmut im Wohnumfeld zudem zu Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit führen (vertiefend s. Vidik,

2006). Zudem ist der positive Einfluss auf kognitive Fähigkeiten hervorzuheben (Colcombe & Kramer, 2003; Fuchs et al., 2013; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Laut Colcombe und Kramer (2003) kann die kardiovaskuläre Gesundheit durch Fitnesstraining verbessert werden und den Alterungsprozesse im Allgemeinen verlangsamen. Das Mantra ***„What is good for your heart, is good for your brain“*** stellt zudem eine der Schlüsselbotschaften des Welt-Alzheimerreports 2014 dar (Prince, Albanese, Guerchet & Prina, 2014), welches auch auf Depressionen zutrifft (Buber & Engelhardt, 2011; Regan, 2016). Auch der Ausbau persönlicher Ressourcen und sozialer Kontakte wird durch körperliche Aktivität befördert (Krug et al., 2013) und eine selbstständige Lebensführung unterstützt (Dapp, 2008; Fuchs et al., 2013; Reichert & Lis, 2009; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). In diesem Zusammenhang ist neben der körperlichen ebenfalls die geistige Aktivität bedeutsam (Fuchs et al., 2013). Darüber hinaus wird das Wohlbefinden älterer Menschen positiv beeinflusst (Haider et al., 2016; Rödjer et al., 2016; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Rödjer et al. (2016) konnten in ihrer Studie, in der schwedische Hausarztpatienten über einen Zeitraum von zwei Jahren an einem vom Hausarzt verschriebenen Bewegungsprogramm teilnahmen, eine Steigerung der Lebensqualität nachweisen, die darüber hinaus bis zu zwei Jahre nach Beendigung der Intervention anhielt.

Ganzheitliche Gesundheitsförderung. Im Sinne einer ganzheitlichen Sicht auf Gesundheit sind in dem mehrfach ausgezeichneten Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, deren Zielgruppe ältere Menschen mit einer hohen funktionalen Kapazität darstellen, neben der **Bewegungsförderung** die Themen **Ernährung**, **soziale Teilhabe** und gesundes Altern verankert. In einer Mischung aus theoretischem Input und interaktiver Kleingruppenarbeit werden gemeinsam individuelle Empfehlungen erarbeitet (Empowerment) sowie passgenaue wohnortnahe Angebote identifiziert (Dapp, 2008, 2016; Dapp et al., 2018). Allein der Aktivität innerhalb einer Gruppe an sich wird eine besondere Bedeutung beigemessen (Kruse, 2017, S. 274), „*da das Individuum in (fachlich kompetent betreuten oder geleiteten) Gruppen vom Verarbeitungs- und Bewältigungsprozess anderer Menschen lernen, zudem Teilhabe erfahren und Mitverantwortung verwirklichen kann*“.

Eine kürzlich veröffentliche Untersuchung zur Wirksamkeit des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (Beobachtungszeitraum: 13,8 Jahre) ergab, dass die Teilnehmer, die zu Beginn (im Jahr 2001) viele funktionalen Reserven aufwiesen (ROBUST/postROBUST, siehe Abschnitt 1.2.3.2), zum einen signifikant später von Behinderung gemäß MDK-Pflegebedürftigkeits-Assessment betroffen waren und signifikant länger lebten als die Teilnehmer mit zunehmenden Beeinträchtigungen (Kompression von Morbidität). Entsprechend konnte die Wirksamkeit in Bezug auf die Kompression von

Morbidität bestätigt werden (Dapp et al., 2018). Auch Rakhshani et al. (2014) empfehlen neben der Bewegungsförderung auch den Umgang mit Stress im Alter in entsprechenden gesundheitsbezogenen Interventionen zu berücksichtigen. Ein Fokus auf Aktivität und die Ressourcen älterer Menschen im Sinne des „**active ageing**“ Konzepts, birgt indes die Gefahr einer sogenannten „Überbetonung“ der Potentiale. Personen, die beispielsweise nicht der Mittel- oder Oberschicht angehören und über weniger Ressourcen verfügen, werden möglicherweise ausgegrenzt (Naegele, 2010). Auch Kollewe (2015) kritisiert die Gefahr einer Ausgrenzung sozialbenachteiligter Personengruppen im Konzept des „active ageing“. Laut Naegele (2010) sollte das Konzept „active ageing“ verbreitet werden, insofern es die von Walker und Zaidi (2016) postulierten sieben Dimensionen einschließt, die sicherstellen, dass auch Ältere unabhängig ihrer Einschränkungen und Herkunft integriert und präventive Aspekte über den Lebenslauf hinweg unterstützt werden. Zudem sollen die Solidarität und der Kontakt zwischen den Generationen gestärkt und Angebote partizipativ entwickelt werden. Weiter unterstützt das Konzept des „active ageing“ die soziale Sicherung und Naegele (2010) hebt ferner hervor, dass die Kernidee des Konzepts in der Verbindung des „für sich und für andere etwas Tun“ liegt.

1.3.2 Soziale Isolation und Teilhabe im Alter

1.3.2.1 Soziale Isolation

Nachstehend werden die Risiken sozialer Isolation für das Wohlbefinden sowie die damit einhergehende Relevanz der Förderung sozialer Teilhabe dargestellt. Zuvor erfolgt eine notwendige Differenzierung der Begriffe sozialer Isolation und Einsamkeit, die vor allem im höheren Alter immer weniger selbstverständlich miteinander einhergehen.

Werden die Begriffe sozialer Isolation und Einsamkeit als sich beeinflussende, aber auch eigenständige soziale Zustände betrachtet, beschreibt ersteres die objektiv sichtbare Trennung von anderen Menschen. **Einsamkeit** meint hingegen den Zustand eines ungewollten Ungleichgewichts zwischen dem individuellen Bedürfnis sozialer Interaktion und der tatsächlichen Qualität und Quantität dieser und wird als subjektives Mangelempfinden bezeichnet (Cornwell & Waite, 2009; Tomaka, Thompson & Palacios, 2006; vgl. Backes & Clemens, 2013). Einsamkeit resultiert demnach aus den individuellen Erwartungen an soziale Beziehungen, die zwischen unterschiedlichen Persönlichkeitstypen divergieren. Unterschiede sind zudem von dem sozioökonomischen Status, der gesundheitlichen Lage sowie der Wohnsituation einer Person abhängig und auch Langeweile kann Einsamkeitsgefühle auslösen (vgl. Backes & Clemens, 2013). Das individuelle Bedürfnis nach sozialer Einbindung unterscheidet sich ferner in Abhängigkeit der Gene sowie auf Basis der Lebenserfahrungen (Cacioppo & Patrick, 2011) und resultiert

in unterschiedlichen subjektiven Bewertungen des Alleinseins (Bekhet & Zauszniewski, 2012). Zudem liegen in der Fachliteratur verschiedene Erklärungsansätze für den Begriff der sozialen Isolation vor. Beispielsweise wird zwischen emotionaler (Mangel an Bindungen) und sozialer Isolation, die einen Mangel an Kontakten und Integration beschreibt, unterschieden (van Baarsen, Snijders, Smit & van Duijn, 2016). Wiederum andere Erklärungsansätze verstehen Isolation als Gegenteil von Integration und Einsamkeit als Gegenteil sozialer Einbettung (Gierveld & Hagestad, 2016) oder differenzieren zwischen struktureller und funktionaler Isolation (Tomaka et al., 2006). Cornwell und Waite (2009) unterschieden wiederum zwischen objektiver (social disconnectedness) und subjektiver Isolation (perceived isolation). Diese Definition ist in der Abbildung 5 visualisiert. Objektive Isolation meint demnach den Mangel sozialer Kontakte, eine unregelmäßige Teilnahme an sozialen Aktivitäten, das fehlende Vorhandensein kleiner sozialer Netzwerke und eine eingeschränkte soziale Interaktion. Ferner werden der Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen, Transportmöglichkeiten und zu emotionaler Unterstützung sowie das individuelle Gesundheitsverhalten beeinflusst. Subjektive Isolation beschreibt wiederum die eigene Wahrnehmung mangelnder sozialer Unterstützung sowie das Gefühl einsam zu sein (Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006).

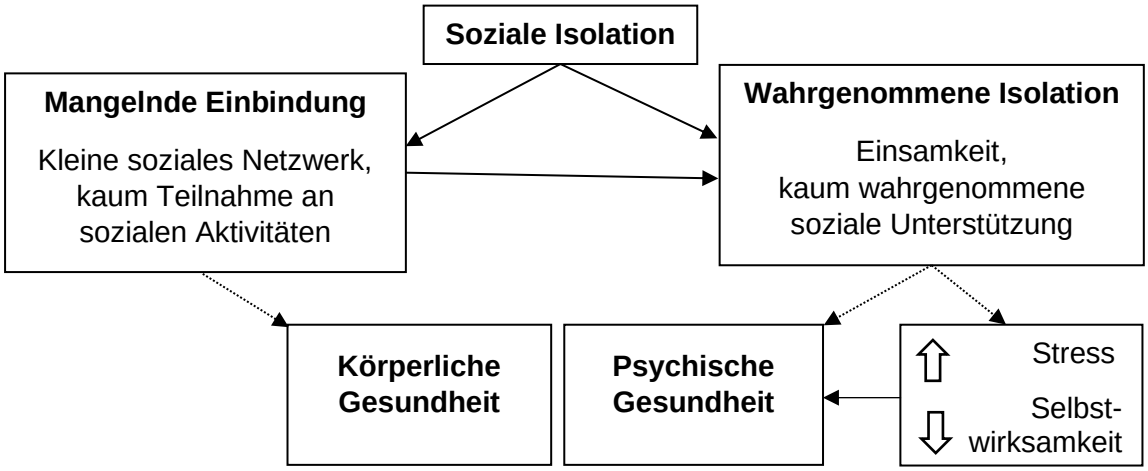


Abbildung 5: Einfluss sozialer Isolation auf die Gesundheit (in Anlehnung an Cornwell & Waite, 2009, S. 34).

Eine mangelnde Quantität sozialer Kontakte ist somit nicht unausweichlich mit dem Gefühl von Einsamkeit verknüpft (Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006; WHO, 2014). Zur weiteren Untersuchung der interindividuellen Unterschiede im Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit haben Cornwell und Waite (2009) in einer Studie mit selbstständig lebenden älteren Menschen (57 bis 85 Jahre; N=3005) im Rahmen des National Social Life, Health and Aging Projekts (NSHAP) den Einfluss objektiver und subjektiver Isolation auf die psychische und physische Gesundheit älterer Menschen untersucht. Den Ergebnissen zufolge fällt die Korrelation zwischen objektiver und subjektiv wahrgenommener sozialer Isolation nur schwach aus ($r=.25$, $p < .001$). Den Ergebnissen zufolge haben insbesondere

alleinlebende Menschen, die sich einsam fühlen, kaum soziale Kontakte haben und nur selten an sozialen Aktivitäten teilhaben, ein hohes Gesundheitsrisiko. Die subjektive Wahrnehmung geringer sozialer Unterstützung und das resultierende Einsamkeitsgefühl haben dabei einen stärkeren Einfluss auf die **psychische Gesundheit** als die tatsächliche Größe eines sozialen Netzwerkes (Cornwell & Waite, 2009). Böger et al. (2017) ergänzen, dass eine geringe Bildung und Armut zudem das Einsamkeitsrisiko erhöhen. Sie weisen zudem darauf hin, dass sich zwischen den Jahren 1996 und 2014 die Zahl der einsamen Menschen bei den über 71-jährigen reduziert hat und sich der Großteil der älteren Bevölkerung nicht als einsam wahrnimmt. Sie nehmen an, dass dies auf die vermehrte Aktivität und bessere Gesundheit der Altersgruppe zurückzuführen ist (Böger et al., 2017). Auch Kruse (2017) betont, dass das Einsamkeitsrisiko im Alter meist überschätzt wird, aber weist darauf hin, dass nicht die quantitative Dimension relevant ist, sondern die qualitative Dimension, da Vereinsamung zu zahlreichen Problemlagen führt (u.a. Risiko physischer und psychischer Erkrankungen, Einbuße der Selbstständigkeit). Das subjektive Wohlbefinden ist nach Bekhet und Zauszniewski (2012) vor allem aufgrund eines mangelnden Selbstvertrauens gefährdet und auch das Risiko depressiver Erkrankungen steigt (Böger et al., 2017; Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009; WHO, 2014). Es kann festgehalten werden, dass Einsamkeitsgefühle im Alter **multifaktoriell** bedingt sind und neben einer schlecht eingeschätzten subjektiven Gesundheit, körperliche Einschränkungen, chronische Erkrankungen und auch ein kognitiver Abbau das Risiko erhöhen (Bekhet & Zauszniewski, 2012).

Das Risiko sozialer Isolation kann insbesondere durch umweltbezogene Maßnahmen in der Umgebung reduziert werden, die außerdem eine als sinnvoll erlebte aktive und selbstbestimmte Alltagsgestaltung unterstützen können. Demzufolge sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine Kompensation altersbezogener Einschränkungen unterstützen, da dies das Wohlbefinden älterer Menschen beeinflusst (Oswald & Konopik, 2015). Trotz der überschätzten Anzahl isolierter und einsamer älterer Menschen werden präventiven Maßnahmen (Vermeidung von Isolation und Einsamkeit) und entsprechenden Interventionen im Falle von Isolation oder Einsamkeit eine hohe Relevanz beigemessen (vgl. Backes & Clemens, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Backes und Clemens (2013) weisen darauf hin, dass zwischen aktuellen Auslösern wie altersassoziierten funktionalen Einschränkungen und langfristigen Entwicklungen differenziert werden muss, da auch ein geringes Engagement, wenig soziale Aktivität und Partizipation über den Lebenslauf hinweg ein erhöhtes Risiko im Alter darstellen. Im Folgenden wird die Bedeutung sozialer Beziehungen und sozialer Aktivität im Alter vertieft.

1.3.2.2 Soziale Interaktion

In der Dissertation werden vor allem die **soziale Interaktion** und **soziale Aktivität** als Teil sozialer Teilhabe verstanden. Im Rahmen einer Übersichtsarbeit und anschließenden qualitativen Analyse von Levasseur et al. (2010) wurden 43 vorliegende Definitionen „sozialer Teilhabe“ erfasst und untersucht. Danach meint dies insbesondere die Beteiligung an Aktivitäten, die eine soziale Interaktion mit anderen Mitgliedern der Gemeinschaft oder Gesellschaft ermöglichen (Levasseur et al., 2010; Pinto & Neri, 2016). Kruse (2017) hebt die Bedeutung der sozialen Umwelt für eine gelingende Bewältigung und Verarbeitung der zunehmenden Vulnerabilität im Alter hervor. Entsprechend stellt die soziale Teilhabe eine bedeutsame Gesundheitsdeterminante dar und hat eine zentrale Bedeutung für die Formulierung gesundheitsbezogener Ziele (Levasseur et al., 2010; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Insbesondere in der Gerontologie wird soziale Teilhabe überwiegend im Zusammenhang mit der Teilhabe innerhalb einer Gemeinschaft oder Gesellschaft assoziiert, während in der Rehabilitation vor allem die Ausübung der Aktivität (Performance) im Vordergrund steht (Levasseur et al., 2010; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Zudem gilt die Förderung sozialer Teilhabe als eines der Kernziele der WHO in Bezug auf die ältere Bevölkerung (Levasseur et al., 2010) und auch entsprechend des prominenten Konzepts des „active ageing“ gehört „*die aktive Teilhabe Älterer zum Kern der Alten- und Sozialpolitik*“ (Naegele, 2010, S. 101).

In der Gerontologie umfasst der Begriff des sozialen Netzes alle verwandtschaftlichen und nicht-verwandtschaftlichen Kontakte einer Person sowie die Quantität und Qualität dieser (Huxhold et al., 2010). Insgesamt hat die Qualität sozialer Beziehungen einen größeren Einfluss als die Anzahl der Kontakte. Soziale Netze sind obendrein nicht statisch (Huxhold et al., 2010), sondern unterliegen einem stetigen Wandel, der im Alter insbesondere durch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit charakterisiert ist. Während der Kontakt zu vielen Arbeitskollegen abbricht, werden häufig soziale Kontakte in der Familie, dem Freundes- oder Bekanntenkreis oder der Nachbarschaft intensiviert. Außerhalb der Familie wird zwischen eben aufgeführten informellen und formellen sozialen Beziehungen (z.B. professionelle Helfer) unterschieden (vgl. Backes & Clemens, 2013). Aufgrund des vermehrten Aufbrechens traditioneller Familienstrukturen (Künemund & Hollstein, 2005; vgl. Backes & Clemens, 2013) gewinnen die sogenannten nicht-verwandtschaftlichen Beziehungen im Alter an Bedeutung. Diese sind meist multifunktional, d.h. dass sie gleichzeitig soziale Unterstützung bieten, aber auch die soziale Teilhabe fördern. Zudem können diese durch den Erhalt oder das Leisten von Unterstützung charakterisiert sein (vgl. Backes & Clemens, 2013). Huxhold et al. (2010) verweisen hier auf zwei Thesen, die in diesem Zusammenhang diskutiert werden. Während der These der hierarchischen

Kompensation zufolge unabhängig vom Unterstützungsbedarf in erster Linie enge familiale Beziehungen herangezogen werden, greifen Netzwerkpartner wie Freunde oder Nachbarn erst im Falle des Ausfalls verwandtschaftlicher Unterstützung. In diesem Fall kann die soziale Integration beim Verlust familialer Beziehungen durch das weitere Umfeld gewährleistet werden. Im zweiten Fall (These der funktionalen Spezifität) ist die Art der Unterstützung jedoch an bestimmte Bezugspersonen bzw. Beziehungsformen gebunden und entsprechend schwer ersetzbar. Dies kann insbesondere im Zuge des Wandels der sozialen Beziehungen im fortschreitenden Alter zu sozialer Desintegration führen (Huxhold et al., 2010). Kricheldorff und Oswald (2015) verweisen auf den Bedeutungszuwachs neuer Gemeinschaftsformen und **sozialer Netzwerke**, die im Rahmen nachbarschaftlicher Bezüge verwandtschaftsähnliche Beziehungen simulieren. Während die meisten Älteren von mindestens einer Person berichten, der sie helfen, erhalten die meisten ebenso häufig Unterstützung. Mit dem steigenden Alter verringert sich zum einen die Anzahl derer, die von einem engen Freund oder bedeutsamen nachbarschaftlichen Kontakten berichten und auch das Verhältnis des Helfens nimmt gegenüber dem Erhalt von Unterstützung ab (Huxhold et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013). Hinsichtlich der familiären Unterstützung ist zu betonen, dass diese innerhalb von Kleinfamilien meist stärker ausgeprägt ist, als in kinderreichen Familien und darüber hinaus weisen partnerlose deutlich mehr Unterstützungspotential auf als kinderlose Ältere (Künemund & Hollstein, 2005). Verwitwete oder ledige Personen sind ebenso wie hochaltrige Menschen im Allgemeinen einem erhöhten Risiko ausgesetzt (vgl. Backes & Clemens, 2013), allerdings verlagert sich der Zeitpunkt der Verwitwung gemäß Böger et al. (2017) nach hinten.

Entsprechend der **sozio-emotionalen Selektivitätstheorie** reduziert sich zwar die Anzahl sogenannter peripherer Kontakte und emotional bedeutsame soziale Beziehungen gewinnen an Bedeutung, aber es gilt zu berücksichtigen, dass entsprechende Rückzugstendenzen möglicherweise altersbedingten Funktionseinschränkungen geschuldet sind (Huxhold et al., 2010; vertiefend s. Kruse, 2017). Es ist festzuhalten, dass ältere Menschen trotz des Versterbens nahestehender Personen meist in der Lage sind, diese Verluste mittels der Intensivierung bestehender sozialer Beziehungen auszugleichen. Zudem können sie Erwartungen an soziale Beziehungen so adaptieren, dass eine Verkleinerung des sozialen Netzwerkes nicht unbedingt in dem Gefühl mangelnder sozialer Unterstützung oder wahrgenommener Einsamkeit mündet (Cornwell & Waite, 2009).

Auf der anderen Seite wird eine ausgeprägte soziale Integration als zentraler Moment eines „**erfolgreichen Alterns**“ verstanden (Havighurst, 1972; Huxhold et al., 2010), da vorhandene soziale Beziehungen zum einen das individuelle Zugehörigkeitsbedürfnis erfüllen und eine stabile Lebenssituation sowie die Anpassung an altersbedingte

Lebensereignisse und Einschränkungen unterstützen. Angesichts dessen wird der positive Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter untermauert (Huxhold et al., 2010). Cornwell und Waite (2009) empfehlen, dass neben dem Angebot zur Förderung sozialer Teilhabe und Aktivität ältere Menschen dazu befähigt werden sollten, mit Verlusten sozialer Beziehungen umzugehen. Dies und eine Adaption der individuellen Erwartungshaltung können dazu beitragen, dass Gefühle wie Einsamkeit oder mangelnde soziale Unterstützung seltener auftreten und somit das Risiko einer psychischen Erkrankung reduziert wird. Dazu bedarf es eines besseren Verständnisses der Anpassungsmechanismen älterer Menschen bezüglich veränderter und reduzierter sozialer Beziehungen und inwiefern umweltbezogene, psychologische oder sogar genetische Faktoren entsprechende Erwartungshaltungen beeinflussen können (Boomsma, Willemsen, Dolan, Hawkley & Cacioppo, 2005; Cornwell & Waite, 2009).

Soziale Beziehungen werden zudem von der Gesundheit einer Person beeinflusst und wirken sich vice versa insbesondere auf die psychische Gesundheit und funktionale Kompetenz älterer Menschen aus (vgl. Backes & Clemens, 2013). Während soziale Isolation und Einsamkeit Risiken darstellen, unterstützen stabile Bindungen, eine soziale Eingebundenheit und die subjektive Wahrnehmung sozialer Unterstützung die Gesundheit eines Menschen (Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006). Sie gelten als Schutzfaktoren gegenüber Stressoren und steigern beispielsweise die Qualität und Quantität individueller Copingstrategien sowie das Selbstwertgefühl und das Gefühl der Kontrollierbarkeit (Cornwell & Waite, 2009). Laut Huxhold et al. (2010, S. 218) „*ist es sozialpolitisch von zentraler Bedeutung, ob Menschen in der zweiten Lebenshälfte, die über keine stabilen familialen Netzwerke verfügen, mit einem ungedeckten kognitiven und emotionalen Unterstützungsbedarf konfrontiert sind und inwiefern es ihnen gelingt, Freunde und Nachbarn in ihr persönliches soziales Netz einzubinden und dort die nötige kognitive und emotionale Unterstützung zu finden*“. Bislang fokussieren sozialpolitische Interventionen jedoch Maßnahmen zur praktischen Unterstützung älterer Menschen. Die empirisch belegte Relevanz emotionaler Belange hebt den Bedarf hervor „*Angebote und Strukturen zu schaffen, die einem emotionalen Austausch insbesondere der Älteren förderlich sind*“ (Huxhold et al., 2010, S. 232). Auch Kricheldorff und Oswald (2015) betonen, dass **Gelegenheitsstrukturen** zur Förderung wohnortnaher sozialer Netzwerke geschaffen werden sollten. Kruse (2017) verweist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutsamkeit von Gesprächskreisen, Besuchsdiensten, Bildungseinrichtungen, Bürgerzentren und Mehrgenerationenhäusern im Sinne einer förderlichen Gestaltung der sozialen Umwelt. Auch Kricheldorff et al. (2015) schließen sich dem an und betonen ferner, dass Bewohner einer Nachbarschaft nicht weiter isoliert voneinander leben, sondern im Sinne einer **sorgenden Gemeinschaft** mehr aufeinander achten und Verantwortung

übernehmen sollten. Dazu bedarf es nach Kricheldorff et al. (2015) der Entwicklung eines humanistisch geprägten Menschenbilds und der achtsamen Haltung gegenüber den Bedürfnissen anderer, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der individuellen Selbstbestimmung. Ferner verweist Kruse (2017) in diesem Zusammenhang auf die wachsende Bedeutung nachbarschaftlicher Sorgestrukturen im Alter.

1.3.2.3 Soziale Aktivität

Es wird zwischen subtiler sozialer Teilhabe (sozialer Austausch/soziale Partizipation) und institutionalisierter gesellschaftlicher Teilhabe (z.B. politisches Engagement/politische Partizipation) unterschieden (Dienel & Blanckenburg, 2010; Heite, Rüßler & Stiel, 2015; Kollewe, 2015; Oswald & Konopik, 2015). Heite et al. (2015) heben die enge Verknüpfung beider Formen hervor, die eine klare Trennung erschwert und postulieren einen Partizipationsbegriff, der die **soziale und politische Teilhabe** umfasst. Letztere wird im Alter bedeutsamer, denn „*Ältere haben weniger Vertreter in den parlamentarischen Organen, als es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht*“ (Dienel & Blanckenburg, 2010, S. 78). Auch der soziale Austausch und eine Teilhabe am Leben im Stadtteil (Kricheldorff & Oswald, 2015) gewinnen ebenso wie Übernahme freiwilliger oder **ehrenamtlicher Aufgaben** zur Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen im Alter an Bedeutung (Kricheldorff et al., 2015; WHO, 2017b). Naegele (2010) verweist auf eine insgesamt erhöhte Aktivität der älteren Bevölkerung und ihre Bereitschaft sich ehrenamtlich zu engagieren. Dies ist nach Dienel und Blanckenburg (2010) u.a. auf ihre ausgeprägte Gemeinwohlorientierung zurückzuführen. Zudem stehen ihnen aufgrund der Berentung mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung (Cornwell & Waite, 2009; Faltermaier et al., 2014) und die Bereitschaft unterscheidet sich maßgeblich von jüngeren Menschen (Levasseur et al., 2010). Lehr (2003) kommt zu dem Schluss, dass der Eintritt in den Ruhestand bei etwa einem Drittel mit negativen Gefühlen, wie Sinnverlust, Einsamkeit oder Langeweile verbunden ist. Faltermaier et al. (2014) verweist hingegen auf die Chancen der persönlichen Weiterentwicklung unabhängig von beruflichen Zwängen und der Möglichkeit vermehrt Tätigkeiten auszuüben, die Freude bereiten.

Die Reduzierung des Alters auf Leistungsabbau und Lernunfähigkeit wurde ebenfalls in der mittlerweile überholten Defizittheorie postuliert (vgl. Wilkening et al., 2008). Eine ähnliche negative Sichtweise wird in der **Disengagementtheorie** vertreten, wonach das Alter mit dem Bedürfnis nach Rückzug und Isolation verknüpft und lediglich als „Restzeit“ des Lebens verstanden wird. Diese Perspektive wird vielfach kritisiert (Voelcker-Rehage et al., 2006; vgl. Martin & Kliegel, 2014) und entsprechend auch im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit nicht weiter aufgegriffen. Basierend auf der Kritik an den vorherigen

Theorien entwickelte Havighurst (1972) die deutlich positivere Aktivitätstheorie, nach der ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Aktivität und Interaktion und einer hohen Lebenszufriedenheit vorliegt. Aktuell wird das prominente Konzept des „active ageing“ mehrfach postuliert und aber gleichzeitig teilweise kritisiert (siehe u.a. Abschnitt 1.2.1.1).

Problematiken im Alter sind demnach insbesondere auf die fortschreitenden Funktionseinschränkungen zurückzuführen, während sich die psychischen und sozialen Bedürfnisse gegenüber der vorherigen Lebensphase nicht ändern. Entsprechend gelten Ältere, die in der Lage sind Einschränkungen auszugleichen und soziale Kontakte und Aktivitäten auch im Ruhestand weiterhin aufrechtzuerhalten, als glücklicher und zufriedener (Weltzien, 2004). Auch die WHO spricht dem aktiven Altern (**active ageing**) im Sinne der Kompressionshypothese, eine Schlüsselrolle für das Wohlbefinden im Alter zu (Dapp et al., 2018; Fries et al., 2011; Kalache et al., 2002). Ferner ist es wichtig zu betonen, dass ältere Menschen in der Lage sind Neues zu lernen, wenngleich sich die Art des Lernens verändert. Einen positiven Einfluss auf die **Bildung im Alter** haben eine stimulierende Lernumgebung, unterstützende soziale Kontakte sowie das Selbstbild der Älteren und die subjektive Einschätzung der Leistungsfähigkeit. Lernen wird in diesem Zusammenhang nicht nur als Wissenserwerb, sondern ebenfalls als Erfahrungsgewinn verstanden und schließt auch die Anpassung an veränderte Umweltbedingungen und altersbedingte Anforderungen ein (Faltermaier et al., 2014). Insgesamt wirkt ein bereits bestehendes hohes Bildungsniveau unterstützend auf die soziale Aktivität (vgl. Backes & Clemens, 2013) und kann u.a. körperliche oder kognitive Einschränkungen vermindern sowie Behinderung und frühzeitige Mortalität hinauszögern (Pinto & Neri, 2016).

Martin und Kliegel (2014) fassen zusammen, dass nicht alle altersbezogenen Verluste oder Einschränkungen durch ein möglichst hohes Aktivitätsniveau ersetzt werden können und soziostrukturelle Unterschiede meist vernachlässigt werden. Wie bereits aufgeführt, besteht insbesondere für Menschen mit weniger Ressourcen die Gefahr einer Ausgrenzung (Kollewe, 2015; Naegele, 2010). Insgesamt zeigen „*ältere Menschen mit einem höheren Sozialstatus eher Interesse (…) ehrenamtlich tätig zu werden oder an Bildungsmaßnahmen unterschiedlicher Art teilzunehmen. Sie haben daher bessere Voraussetzungen zur Entwicklung von (…) Fähigkeiten und Fertigkeiten, die als Grundlagen eines relativ selbstbestimmten und ‚erfolgreichen‘ Alterns notwendig werden“* (Backes & Clemens, 2013, S. 275). Nach Backes und Clemens (2013) können materielle Ressourcen die steigende Morbiditätsrate insbesondere im hohen Alter jedoch nur noch unzureichend ausgleichen. Ein sich entsprechend reduzierendes Aktivitätsniveau ist die Folge, welches sie als ‚soziales Altern‘ bezeichnen. Ältere Menschen können vor allem durch eine **finanzielle Unterstützung** (z.B. kostengünstiger öffentlicher Nahverkehr) und eine freundliche und

sichere Gestaltung der Lebensumwelt, die zu sozialer Begegnung anregt, in ihrer sozialen Aktivität unterstützt werden. Auch der Aufbau neuer und der Erhalt bestehender sozialer Beziehungen wird gefördert (WHO, 2014). In diesem Zusammenhang hat die urbane Lebenswelt eine besondere Bedeutung, die im Folgenden weiter erläutert wird.

1.3.3 Urbane Lebenswelten im Alter

1.3.3.1 Ressourcencharakter des Lebensumfelds

Neben der zuvor beschriebenen sozialen Umwelt gewinnt auch die räumliche Umwelt im fortschreitenden Alter an Bedeutung (vertiefend s. Kruse, 2017), da bis zum Jahr 2050 werden mehr als 68 % der Gesamtbevölkerung in Städten leben werden (WHO, 2019a). Etwa 73 % der deutschen Bevölkerung lebt derzeit im **urbanen Raum**, womit der Anteil so hoch ist wie nie zuvor. Aufgrund der Tatsache, dass mehr als 95 % der älteren Menschen über 65 Jahren selbstständig in Ein- bzw. Zweipersonenhaushalten wohnen, wird das Verbleiben im Quartier insgesamt bedeutsamer. Auch in der Altersgruppe der über 80-jährigen beträgt diese Zahl noch 89 %, von denen etwa die Hälfte keinen Hilfe- oder Pflegebedarf aufweist (Oswald & Konopik, 2015). Aufgrund des Zuwachses der älteren Bevölkerung im städtischen wie ländlichen Raum hat die WHO beispielsweise das Programm „**Age-friendly cities**“ konzipiert (Dapp, 2017a; vertiefend Abschnitt 1.4.3.2).

Ältere Menschen bestimmen zunehmend das innerstädtische Bild und dies stellt Kommunen vor zahlreiche Herausforderungen. Neben der Versorgung im Alltag und die Ausgestaltung des Wohn- und Lebensumfelds meint dies die Mitgestaltung und Mitverantwortung älterer Menschen (Klie, 2010; Piorkowsky, 2010). Auch für die älteren Menschen selbst gewinnt der Stadtteil als alltagsweltlicher Sozialraum an Bedeutung (Böhme & Franke, 2010; Heite et al., 2015; Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Kricheldorff & Oswald, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017), wie im weiteren Verlauf ausgeführt wird. Das Altern ist aus Sicht der ökologischen Gerontologie insbesondere durch Person-Umwelt-Austausch-Prozesse geprägt (Kricheldorff & Oswald, 2015; Oswald & Konopik, 2015; vgl. Backes & Clemens, 2013). Als Lebensumwelt wird in diesem Zusammenhang die Umgebung des älteren Menschen, aber vor allem die Wohnung und das direkte Wohnumfeld verstanden, in der neben klassischen Unterstützungsmöglichkeiten immer häufiger „neue Technologien“ zur Alltagsunterstützung eingesetzt werden. Der Bedeutungszuwachs der **Person-Umwelt-Interaktion** wird durch die steigende Berücksichtigung im deutschen Forschungskontext sichtbar. Es untersuchen immer mehr Soziologen, Psychologen sowie Ingenieurswissenschaftler und Architekten die Gestaltung sogenannter „altersfreundlicher“ Lebensumwelten, das Wohnen im Alter oder Chancen und Grenzen neuer Technologien (vgl. Backes & Clemens, 2013).

Ausgehend vom „**Empowerment-Ansatz**“ sollten ältere Menschen zu einer möglichst selbstbestimmten und selbstorganisierten Lebensweise im sozialräumlichen Kontext befähigt werden (Kricheldorff & Oswald, 2015). „*Alte Menschen sind zudem nicht nur ‚Opfer‘ von Lebensbedingungen, sondern in der Lage, konstruktiv ihre Person-Umwelt-Relation gemäß ihren eigenen Zielen anzupassen. Sie werden als selbst- und qualitätsbewusste Konsumenten gesehen, wobei diese Sichtweise allerdings bei somatisch und psychisch eingeschränkten Gruppen an Grenzen stößt*“ (Backes & Clemens, 2013, S. 188). Zudem werden die Älteren selbst als Ressource für die Gestaltung ihres außerhäuslichen und sozialen Umfelds (z.B. aktive Gestaltung nachbarschaftlicher Strukturen) verstanden (Tesch-Römer et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013). Zum einen kennen sie die Stadtteilgeschichte aufgrund jahrelanger Lebenswohnzeit meist sehr gut und können ferner aufgrund ihres Erfahrungswissens und zeitlicher Ressourcen einen wichtigen Beitrag zur Gemeinwesenarbeit leisten. Ihr „**Sozialkapital**“ kann insbesondere in benachteiligten Stadtteilen mit losen sozialen Netzwerken unterstützend wirken, sodass an dieser Stelle von einem wechselseitigen Bedeutungskontext zwischen älteren Menschen und dem Quartier, in dem sie leben, gesprochen werden kann (Böhme & Franke, 2010).

1.3.3.2 Kommunale Infrastruktur

Das unmittelbare Wohnumfeld wird insbesondere im Zuge des sich **reduzierenden Aktionsradius** wichtiger (Kricheldorff & Oswald, 2015; Oswald & Konopik, 2015; vgl. Backes & Clemens, 2013), da der soziale Nahraum neben der Teilhabe auch die Lebensqualität und das Wohlbefinden älterer Menschen beeinflusst (Kricheldorff & Oswald, 2015). Etwa 70 % aller Aktivitäten finden in einem Radius von etwa fünf Kilometern rund um die die eigenen vier Wände statt (Oswald & Konopik, 2015) und laut Renteln-Kruse (2004) verringert sich der alltägliche Radius bereits ab 55 Jahren auf drei Kilometer um die Wohnumwelt herum. Nach Backes und Clemens (2013) werden nur noch drei Stunden täglich außerhalb der eigenen Wohnung verbracht. Bei alleinlebenden Älteren erhöht sich diese Zahl um etwa eine Stunde am Tag und es gilt Backes und Clemens (2013) zufolge darüber hinaus Einkommens-, Bildungs- oder gesundheitsbezogene Divergenzen zu berücksichtigen. Entsprechend der Ergebnisse des Projekts „‚Hier will ich wohnen bleiben!‘ – Zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern“ (BEWOHNT; N=595) gehen die meisten älteren Menschen zu Fuß (54 %) und lediglich 23 % der Wege werden mit dem Auto, 17 % mit öffentlichen Verkehrsmitteln und 8 % mit dem Fahrrad absolviert. Die Wege dienen überwiegend dem Einkauf (37 %) und der Erholung (26 %) und lediglich 14 % der Gesundheit, 13 % dem sozialen Austausch sowie nur 7 % kulturellen Aktivitäten (Oswald & Konopik, 2015). Der Stadtteil gewinnt somit als Ort des Wohnens, der Versorgung sowie hinsichtlich der sozialen Kontakte für ältere Menschen an Bedeutung

und „*die Wohnung und das Wohnumfeld sowie die Einrichtungen der sozialen und kulturellen Infrastruktur im Quartier können für sie in erheblichem Maße zu persönlicher Lebenszufriedenheit beitragen*“ (Böhme & Franke, 2010, S. 87). Inwiefern die **funktionale Kompetenz** einer Person ihre **soziale Teilhabe** beeinflusst, verdeutlichen die nachstehenden Abbildungen für die Bereiche „sich versorgen“ (Abb. 6) und „Freizeit“, die auf Basis von LUCAS-Daten (Abb. 7) generiert wurden (Dapp, 2017a). Es wird ersichtlich, dass der individuelle Funktionsstatus persönliche Ziele (z.B. Einkauf im Supermarkt, Besuch eines Seniorentreffs) beeinflusst und die meisten sich selbst versorgen und auch ihre Freizeit aktiv gestalten können. Schwierigkeiten wurden hingegen im Zusammenhang mit einer zunehmenden Gebrechlichkeit (Frail) deutlich.

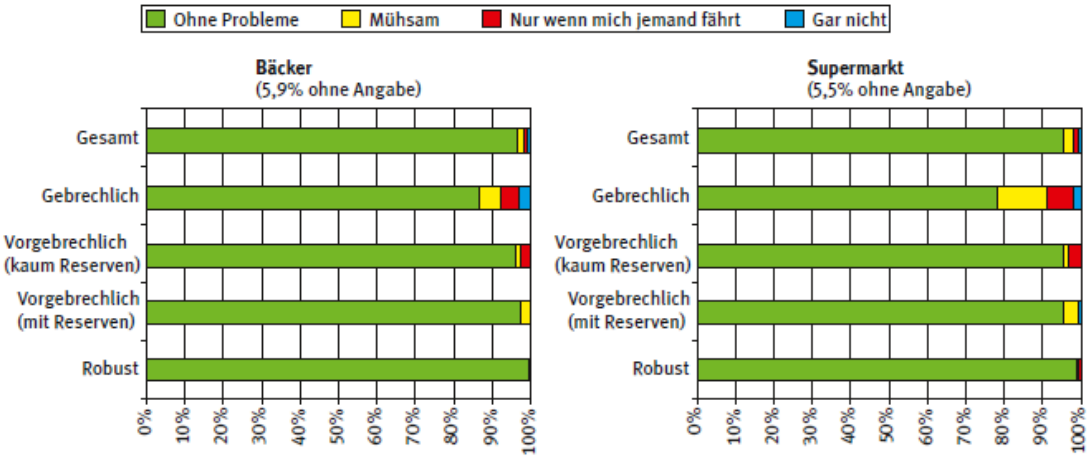


Abbildung 6: Zusammenhänge zwischen Aktivitäten-Ausübung (sich Versorgen) im selbst gewählten Aktionsraum und funktionaler Kompetenz: „Welche Ziele in Ihrem Umfeld erreichen Sie aus eigener Kraft – ggf. auch mit Hilfsmitteln wie z. B. Auto, Fahrrad, Gehwagen – noch regelmäßig z. B. wöchentlich oder einmal im Monat?“ (entnommen aus Dapp, 2017a, S. 79).

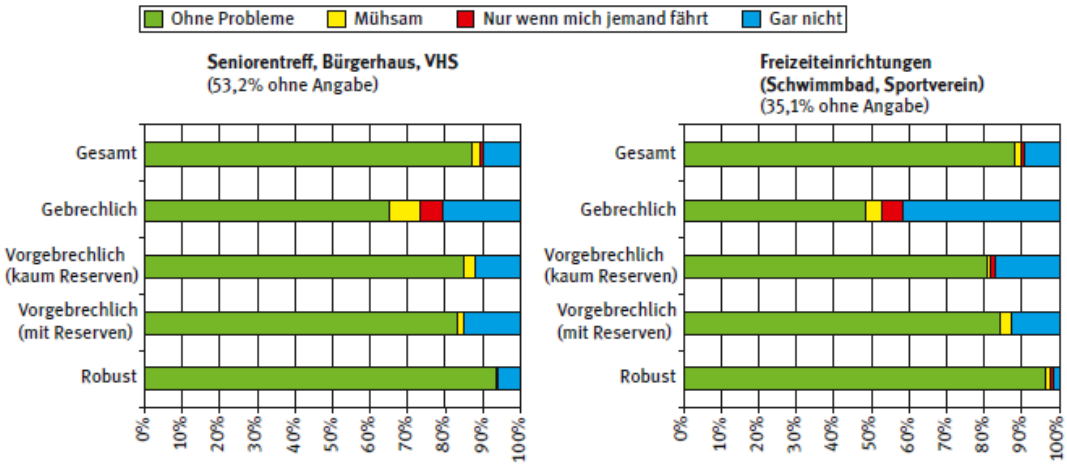


Abbildung 7: Zusammenhänge zwischen Aktivitäten-Ausübung (Freizeit) im selbst gewählten Aktionsraum und funktionaler Kompetenz: „Welche Ziele in Ihrem Umfeld erreichen Sie aus eigener Kraft – ggf. auch mit Hilfsmitteln wie z.B. Auto, Fahrrad, Gehwagen – noch regelmäßig z.B. wöchentlich oder einmal im Monat?“ (entnommen aus Dapp, 2017a, S. 80).

Zudem wird die **Ausgestaltung des Stadtteils** aufgrund einer zunehmend eingeschränkten und verlangsamten Psychomotorik und daraus resultierenden verlängerten „Schrecksekunden“ wichtiger, da das rasche Überqueren einer Straße beispielsweise der sensorischen Wahrnehmung eines herannahenden Autos und einer daraus resultierenden Verhaltensanforderung bedarf (Faltermaier et al., 2014). Auch ist die **Reduzierung von Mobilitätsbarrieren** bedeutsam. Neben einer Nivellierung von Höhenschwellen, dem Abbau von Angsträumen sowie der Schaffung von ausreichend Querungs- und Orientierungspunkten, kann dies mittels eines gut ausgebauten öffentlichen Nahverkehrs erreicht werden. Auch wünschen sich Ältere vielfältig nutzbare private und öffentliche Freiflächen sowie **Ruhe- und Begegnungsgelegenheiten** in ihrem Wohnumfeld (Böhme & Franke, 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013). Zentrale Aspekte des Wohlbefindens im Alter sind eine gut ausgebaute **Infrastruktur**, die eine alltägliche Nahversorgung ermöglicht, aber auch gesundheitsbezogene Dienstleistungen sowie Orte der Teilhabe, wie Seniorentreffs, Gemeindezentren oder öffentliche Sportvereine beinhaltet (Böhme & Franke, 2010). Piorkowsky (2010) ermittelte in seiner Studie zur Zufriedenheit mit dem Umfang und der Qualität der kommunalen Infrastruktur von Senioren elf zentrale Faktoren. Zusammenfassend weisen diese darauf hin, dass die Lebensqualität vor Ort sich erhöht, je mehr freie Träger sozial- und gesundheitsbezogene Angebote schaffen, je sicherer die Zugänge und Gehwege im öffentlichen Raum sind und je umfangreicher das Angebot zur täglichen Nahversorgung ist. Backes und Clemens (2013) betonen, dass ältere Menschen mit zunehmenden Einschränkungen aufgrund von Angeboten, wie der ambulanten Pflege oder Tagespflege, länger in ihrem eigenen **Zuhause wohnen bleiben** können. In der Regel organisieren sie dies ihnen zufolge auch zunehmend eigenständig und selbstbewusst. Dennoch leben viele Ältere mit einem Bedarf an Unterstützung und Hilfe in Wohnungen, die nicht ihren Bedürfnissen entsprechen und sind in ihrer **Selbstständigkeit** einschränkt (Motel-Klingebiel, Künemund & Bode, 2005). Eine Anpassung der Wohnbedingungen an die altersbedingten Bedürfnisse kann eine selbstständige Lebensführung und somit das Wohlbefinden hingegen unterstützen (Motel-Klingebiel et al., 2005; Oswald & Konopik, 2015). An Bedeutung gewinnt auch das Angebot vielfältiger Wohnmöglichkeiten (u.a. Wohngemeinschaften, Mehrgenerationen-Wohnprojekte, barrierefreie Wohnungen) sowie individuell wählbarer Serviceleistungen (Böhme & Franke, 2010). Zu den wichtigsten Bedürfnissen in Bezug auf das Wohnen zählen der Wunsch nach einer unabhängigen und selbstständigen Lebensführung, Sicherheit, die Nähe zur Familie und Räumen und Orten, die soziale Interaktion fördern (vgl. Backes & Clemens, 2013).

1.3.3.3 Zugehörigkeit im Stadtteil

Auch objektiv schlechte Wohnbedingungen können mit einer Zufriedenheit für den Einzelnen einhergehen, wenn diese zum einen vertraut sind und ein möglicher Umzug in eine Pflegeeinrichtung vergleichsweise schlechter bewertet wird (Motel-Klingebiel et al., 2005). Oswald und Konopik (2015) bestätigen dies, da objektive Barrieren in der Wohn- und Lebensumwelt keinen statistisch nachweisbaren Einfluss auf das Wohlbefinden haben. Während dies im Rahmen der Studie für das Erleben von sozialer Zusammengehörigkeit, außerhäusliche Aktivität und die stadtteilbezogene Identität bestätigt wurde (Oswald & Konopnik, 2015). Sie unterscheiden diesbezüglich zwischen den Begriffen „Agency“ und „Belonging“. Als „**Agency**“ werden handlungsbezogene Prozesse, wie die Nutzung, Gestaltung und Auseinandersetzung mit der objektiven Wohnumwelt innerhalb und außerhalb der eigenen vier Wände beschrieben. „**Belonging**“ meint hingegen erlebensbezogene Prozesse, wie die Bedeutung und Bewertung und der eigenen Wohnumwelt, sowie das **Zusammengehörigkeitsgefühl** und die **Verbundenheit** damit, die im weiteren Verlauf als **Zugehörigkeitsgefühl** beschrieben wird. Oswald & Konopnik (2015) unterscheiden in Bezug auf die Bedeutung einer barrierefreien Stadtgestaltung zwischen der älteren Bevölkerung mit einem hohen (70-79 Jahren) und einem sehr hohen Alter (80-89 Jahren). Das Wohlbefinden wird bei den jüngeren Alten insbesondere durch „Agency“-Aspekte bestimmt, während im sehr hohen Alter vor allem die erlebte soziale Zusammengehörigkeit in der Nachbarschaft und eine stadtteilbezogene Identität bedeutsamer werden (**Belonging**; Oswald & Konopik, 2015). Es wird deutlich, dass es ein altersdifferenzielles Verständnis von Person-Umwelt-Austauschprozessen bedarf und neben einer altersgerechten Stadtgestaltung, die zum sozialen Austausch anregt, das Zusammengehörigkeitsgefühl in der eigenen Nachbarschaft gefördert werden sollte (Oswald & Konopik, 2015). Auch Bertossi Urzua et al. (2018) schreiben dem **Zugehörigkeitsgefühl** im Alter, insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, eine Relevanz zu.

1.3.4 Zusammenfassung der Befundlage

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich ältere Menschen neben ihrer gesundheitlichen Lage und ihrer funktionalen Kompetenz auch hinsichtlich ihrer sozialen Lage unterscheiden. Besonders hervorzuheben sind soziale und gesundheitliche Ungleichheiten über den Lebenslauf hinweg, die sich im Alter fortsetzen und erst im hohen Alter aufgrund der wachsenden Bedeutung der Gesundheit angleichen. Um soziale Ungleichheiten zu reduzieren, sollten vor allem ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund, pflegende Angehörige und jene, die von Altersarmut betroffen sind, verstärkt berücksichtigt werden. Insgesamt bedarf es einer Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie einer Förderung körperlicher Aktivität im Alter. Einer besonderen Bedeutung wird zudem der sozialen Teilhabe, die soziale Beziehungen sowie soziale Aktivität einbezieht, beigemessen. Neben dem gesundheitsförderlichen Einfluss wird das Risiko sozialer Isolation und Einsamkeit reduziert, wobei der Vereinsamung ein größeres Gesundheitsrisiko zugeschrieben wird. In diesem Zusammenhang sind jedoch altersassoziierte Rückzugstendenzen älterer Menschen zu berücksichtigen. Zudem engagieren sich ältere Menschen vermehrt ehrenamtlich und ihr Sozialkapital ist für die Gemeinwesenarbeit von hoher Bedeutung. Aufgrund eines reduzierten Aktionsradius wird die Ausgestaltung der urbanen Lebenswelt im Alter bedeutsamer. Eine positive Person-Umwelt-Interaktion beeinflusst u.a. eine selbstständige Lebensführung und die soziale Teilhabe älterer Menschen. Neben einer altersgerechten Stadtgestaltung (z.B. Infrastruktur), können auch Gelegenheitsstrukturen zur Förderung sozialer Interaktion (z.B. Bürgerzentren) und sozialer Aktivität (z.B. kostengünstige Freizeitangebote) dazu beitragen. In diesem Zusammenhang ist die funktionale Kompetenz älterer Menschen bedeutsam, da diese das Ausmaß ausgeübter Aktivität zentral beeinflusst. Es ist jedoch festzuhalten, dass das Zugehörigkeitsgefühl im Stadtteil (Belonging) gegenüber „Agency“-Aspekten, der direkten Auseinandersetzung mit der objektiven Wohnumwelt, relevanter wird. Dies geht mit dem Wunsch nach einem möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit einher.

1.4 Kommunale Gesundheitsförderung im Alter

Entsprechend des postulierten Paradigmenwechsels in der kommunalen Sozial- bzw. Altenpolitik, beschränkt sich diese nicht mehr alleinig auf die Altenhilfe. Sie wird vielmehr als Querschnittsaufgabe verstanden (Klie, 2010; Naegele, 2010), die zunehmend den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter einschließt (Fuchs et al., 2013). Nach einer Definition grundlegender Begriffe werden Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung für die Zielgruppe älterer Menschen aufgeführt. Es folgt ein kurzer Exkurs in die europäische Gesundheitspolitik mit dem Fokus auf die Gesundheitsförderung und eine Vorstellung entsprechender exemplarischer gesundheitsbezogener Strategien und Aktionspläne. Abschließend werden Qualitätskriterien der Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung dargelegt.

1.4.1 Gesundheitsförderung und Prävention

1.4.1.1 Definition von Gesundheitsförderung und Prävention

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention weisen hinsichtlich ihrer Anwendungsbereiche große Schnittmengen auf und sind teilweise nicht eindeutig voneinander abgrenzbar. Sie divergieren jedoch hinsichtlich ihrer Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit, sodass es einer Differenzierung bedarf.

Gesundheitsförderung basiert auf einem durchgehend positiven Gesundheitsverständnis. Entsprechende Maßnahmen zielen darauf ab, mittels der Stärkung gesundheitsbezogener Ressourcen die Gesundheit zu fördern oder zu erhalten (im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Neben einer Förderung der individuellen Gesundheitschancen durch eine Stärkung des selbstbestimmten Handelns (Empowerment) wird eine **gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebenswelten** fokussiert (Robert-Koch-Institut, 2015a). Dadaczynski und Paulus (2018) ergänzen, dass die Partizipation ebenfalls zu den Grundwerten der Gesundheitsförderung zählt. Maßnahmen der Gesundheitsförderung setzen vor dem Auftreten von Risiken oder Einschränkungen an und berücksichtigen neben dem Verhalten einer Person auch die umgebenen Verhältnisse. Entsprechend der zugrunde liegenden Multidimensionalität steht die positive Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten sowie die Stärkung individueller Ressourcen im Fokus (Kilian et al., 2008).Gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten im Lebenslauf bestenfalls frühzeitig ansetzen und kontinuierlich über die Lebensspanne hinweg wirken sowie in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung angemessen berücksichtigt werden. Als Basis gilt ein ganzheitliches bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis, welches durch körperliche Gesundheit, psychisches Wohlbefinden und dem Grad sozialer Unterstützung und Eingebundenheit sowie Selbstbestimmung und das Vorliegen von Stressoren gekennzeichnet ist (Wirtz et al., 2018).

Insbesondere hinsichtlich der Komplexität vorliegender Krankheiten und des Anstiegs chronischer Erkrankungen ist eine primär auf Kuration und Therapie ausgerichtete Versorgungslandschaft zu kritisieren und der bisherige Stellenwert von Gesundheitsförderung nicht ausreichend (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2014). Eine Darstellung einer möglichen Integration der Gesundheitsförderung in klassische Versorgungselemente visualisiert die nachstehende Abbildung 8.

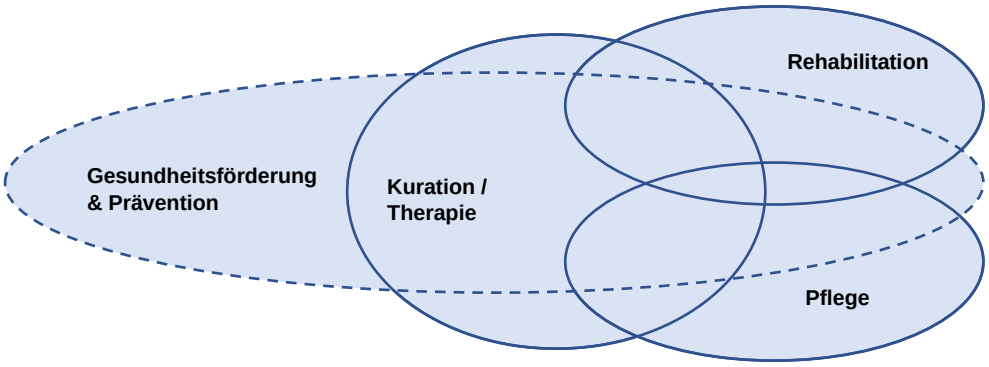


Abbildung 8: Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungselemente des Gesundheitssystems (modifiziert nach Hurrelmann et al., 2014, S. 21).

Der Begriff der **Krankheitsprävention** basiert auf einer **pathogenen Sichtweise** und zielt insbesondere darauf ab, Risikofaktoren zu reduzieren und Krankheiten zu verhindern oder abzumildern. Auch präventive Maßnahmen zielen heutzutage weniger auf Abschreckung, sondern auf die **Vermittlung von Lebenskompetenzen**. Dieser Wandel beruht auf der Kenntnis, dass das alleinige Wissen um ein Risiko nicht automatisch zu einer Einstellungs- und einer entsprechenden Verhaltensänderung bei dem Individuum führt (intention behavior gap), wie es lange Zeit basierend auf dem KAP-Modell (engl.: K=Knowledge, A=Attitude, P=Practice) angenommen wurde (Dadaczynski & Paulus, 2018; Sniehotta, Scholz & Schwarzer, 2005). Entsprechend des Gesundheitszustandes gelten unterschiedliche Zielsetzungen und es greifen unterschiedliche Maßnahmen (Bullinger & Brütt, 2018). Präventive Maßnahmen werden beispielsweise in Abhängigkeit des Zeitpunktes, an dem sie ansetzen, unterschieden. Während primärpräventive Maßnahmen darauf abzielen die Inzidenz einer Krankheit zu verhindern (z.B. Schutzimpfungen), soll Sekundärprävention Krankheiten möglichst früh erkennen (z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen), um diese entsprechend zu behandeln und den Verlauf somit positiv zu beeinflussen. Tertiäre Prävention dient der positiven Beeinflussung bereits manifestierter Erkrankungen durch die Vermeidung von Chronifizierung, Progredienz und Komorbidität sowie Rückfallprophylaxe (im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Laut Leppin (2014) wird zudem unterschieden, ob die Gesamtbevölkerung (Universelle Präventionsmaßnahmen, wie z.B. Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen, Restaurants) oder nur ausgewählte Gruppen (Zielgruppenspezifische

Prävention) erreicht werden sollen. Personen, die zu einer Risikogruppe gehören, aber noch keinen Schaden aufweisen, werden mittels selektiver Präventionsmaßnahmen erreicht, während die indizierte Prävention sich an Zielgruppen richtet, bei denen bereits Vorstufen einer Erkrankung sichtbar sind (z.B. Bluthochdruck). Zudem kann zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen unterschieden werden, wie nachstehend beschrieben wird.

1.4.1.2 Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen

International wie auch bundesweit haben sich zwei zentrale Strategien zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention etabliert. Neben klassischen verhaltenspräventiven Maßnahmen, die mittels individueller Wissensvermittlung sowie Einstellungs- oder Verhaltensveränderungen die Gesundheit des Einzelnen positiv beeinflussen möchten, stellt die Veränderung der Strukturen und Rahmenbedingungen, innerhalb denen Menschen arbeiten und leben, eine zentrale Strategie dar (Dadaczynski & Paulus, 2018). Dadaczynski und Paulus (2018) gehen dabei, ähnlich wie in dem Modell der Determinanten der Gesundheit von Dahlgren und Whitehead (2007) dargestellt, davon aus, dass unterschiedliche Faktoren auf verschiedenen Ebenen auf den Menschen wirken, und verorten präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen auf drei Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene).

Verhaltenspräventive Maßnahmen gelten als der populärere Ansatz und basieren immer auf einer Interaktion mit dem Individuum und werden ebenso wie demografische und genetische Determinanten (u.a. Alter, Geschlecht, Erbanlagen) der **Mikroebene** zugeordnet. Dies meint insbesondere die gesundheitsbezogene Lebensweise einer Person sowie die Teilnahme an Kursangeboten u.a. zur Förderung eines gesunden Ernährungs- oder Bewegungsverhaltens. Auch Lebenskompetenztrainings sowie psychologische Verhaltens- und Selbstmanagementtrainings (z.B. Stressmanagement) zählen dazu. Letztlich gehören psychoedukative Maßnahmen zu den individuellen Maßnahmen, die mittels persönlicher Information und Beratung nach Leppin (2014) auf Einsicht, Veränderungsmotivation und Kompetenzförderung des Einzelnen abzielen. Zu der **Mesoebene** zählen nach Dadaczynski und Paulus (2018) Einflüsse des sozialen Umfelds (z.B. Nachbarschaft, Familie) einer Person, aber auch die Gestaltung der Lebenswelt, die eine Person umgibt. Neben Angeboten im Setting zum Mitmachen, wie Laufwettbewerben oder Gesundheitstagen, die auf eine Veränderung des Verhaltens abzielen. Auch auf der **Makroebene** kann beispielsweise mittels unpersönlicher medialer Aufklärung (u.a. Kampagnen, TV-Beiträge), die sich an die Bevölkerung oder Teile dieser richtet, auf eine Verhaltensänderung abgezielt werden. Zu den Vorteilen verhaltensbezogener Maßnahmen

zählt, dass durch den Fokus auf bestimmte Verhaltensweisen zum einen auf fundierte gesundheitsbezogene Theorien und Kenntnisse zur zumindest kurzfristigen Wirksamkeit zurückgegriffen werden kann. Entsprechend können Interventionen detailliert geplant und evaluiert werden. Kritisch ist hingegen die Gefahr des sogenannten **Präventionsdilemmas** zu betrachten, wonach insbesondere Menschen, die ohnehin aktiv sind, an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen teilnehmen (Dadaczynski & Paulus, 2018). Jordan und Lippe (2013) bestätigen dies, da Erkenntnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (GEDA) zufolge insbesondere Personen mit einem niedrigen Sozialstatus und Männer nur selten zu den Teilnehmern von Stresspräventions-, Ernährungs- oder Bewegungsangeboten zählen. Zudem ist es wichtig, dass dem Individuum nicht immer die alleinige Verantwortung zugeschrieben wird, weil das Gesundheitsverhalten auch von umgebenden Faktoren beeinflusst wird (u.a. ausreichende finanzielle Mittel, Ausgestaltung der Wege; Dadaczynski & Paulus, 2018).

Verhältnisbezogene Ansätze zielen entsprechend darauf ab, das Gesundheitsverhalten einer Person durch eine Veränderung der sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen positiv zu beeinflussen (Dadaczynski & Paulus, 2018). Gesundheitsförderung findet auch entsprechend der WHO vor allem in den Lebenswelten des Einzelnen statt (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; WHO, 1986). Dadaczynski und Paulus (2018) zählen strukturelle Ansätze der Verhältnisprävention dazu, die versuchen, auf der Ebene einzelner Systeme, einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen, wie beispielsweise städtebauliche Maßnahmen, die Schaffung von Erholungsflächen oder von Rad- und Wanderwegen. Die Aktivitäten zielen zwar auf eine Verhaltensänderung ab, die aber mittels der Schaffung eines verhältnisbezogenen strukturellen Angebots erfolgen soll. Dieses Phänomen wird als **kontextorientierte „verhältnisgestützte“ Verhaltensprävention** bezeichnet. Dies kann beispielsweise auf der Ebene sozialer Gruppen oder Systeme (z.B. Selbsthilfevereine) erfolgen, insofern diese initiiert werden, um beispielsweise mittels eines regelmäßig stattfindenden gemeinsamen Frühstücks oder Lauftreffs des Nachbarschaftsvereins einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen (Dadaczynski & Paulus, 2018). Entsprechende Beispiele zeigen, wie „*eng Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammenwirken und dass eine exklusive Betrachtungsweise einzelner Umsetzungsstrategien nicht sinnführend ist. Verhältnispräventive Maßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung und Prävention und zentrales Mittel der Gesundheitspolitik*“ (Dadaczynski & Paulus, 2018, S. 263).

Besonders positiv hervorgehoben wird eine **ganzheitliche settinggestützte Prävention und Gesundheitsförderung**, da diese darauf abzielt, das Gesundheitsverhalten zu

unterstützen und gleichzeitig die sozialen, physischen und kulturellen Umwelten entsprechend zu gestalten. Verhältnisbezogenen Maßnahmen werden insgesamt eine große gesundheitspolitische Bedeutung beigemessen, da sie „*einen großen Bevölkerungskreis und somit auch jene mit dem höchsten Präventionsbedarf*“ erreichen (Dadaczynski & Paulus, 2018, S. 265). Während bisher meist vom Settingansatz die Rede war, etabliert sich seit der Einführung des **Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG)** im Jahr 2015 in Deutschland der Begriff der Lebenswelt stärker (Deutscher Bundestag, 2015). International wird dahingegen meist weiter vom **Setting** gesprochen (Dadaczynski & Paulus, 2018), wenn von anerkannten sozialen Systemen die Rede ist, die durch gezielte Maßnahmen gestaltet werden können, um die Gesundheit Einzelner positiv zu beeinflussen (Dadaczynski, Baumgarten & Hartmann, 2016). Insbesondere die u.a. von Wirtz et al. (2018) postulierte **Ganzheitlichkeit** und die Berücksichtigung der individuellen Lebenswelt ist für die vorliegende Dissertation von großer Relevanz, denn „*das bio-psycho-soziale Modell betont die Wichtigkeit der Eingebundenheit des Menschen in seinen sozialen Kontext und die Fähigkeit des Menschen, am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren (…)*“ (Wirtz et al., 2018, S. 24). Es wird deutlich, dass eine exklusive Anwendung verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen der Komplexität der im Setting wirkenden Gesundheitsdeterminanten nicht gerecht wird und Interventionen, die beide Komponenten berücksichtigen, entsprechend empfohlen werden (Dadaczynski et al., 2016; Dadaczynski & Paulus, 2018; Kilian et al., 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018).

1.4.2 Kommunale Gesundheitsförderung

1.4.2.1 Ansatzpunkte kommunaler Gesundheitsförderung

Während der Betrieb oder die Schule zu den klassischen Settings der Prävention und Gesundheitsförderung gehören, stellt die Kommune ein sogenanntes „**Dachsetting**“ dar (z.B. „healthy cities“; Dadaczynski & Paulus, 2018), unter dem einzelne Settings bzw. Lebenswelten gefasst werden (Hartmann, Baumgarten & Dadaczynski, 2016). Trotz dessen, dass dieses Handlungsfeld in Deutschland bereits im Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenkassen verankert ist und in diesem Sinne kein neues Setting darstellt, gestaltet sich die Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung oft schwierig (Hartmann et al., 2016). „*Eine Problematik besteht darin, dass die gesetzlichen Krankenkassen im engeren Sinne nicht zu den kommunalen Akteuren gehören und dem kommunalen Gesundheitsmanagement die finanziellen Mittel, eine entsprechende Infrastruktur und das Personal fehlen*“ (Hartmann et al., 2016, S. 204). Insgesamt wurden nach Dadaczynski und Paulus (2018) im Jahr 2015 mehr als 5,5 Millionen Menschen durch präventive und

gesundheitsfördernde Maßnahmen erreicht, davon 1,7 Millionen Menschen mittels verhaltensbezogener Präventionsangebote und 3,8 Millionen in der Kita, der Schule oder dem Betrieb. Eine theoretische Grundlage für das Zusammenwirken zahlreicher Einflussfaktoren auf die Gesundheit des Einzelnen haben Dahlgren und Whitehead (2007, S. 11) in ihrem Modell der „**Determinanten der Gesundheit**“ (Abb. 9) visualisiert. Dort sind fünf übergeordnete Bereiche dargestellt, die entweder positiv oder negativ auf die Gesundheit wirken können.

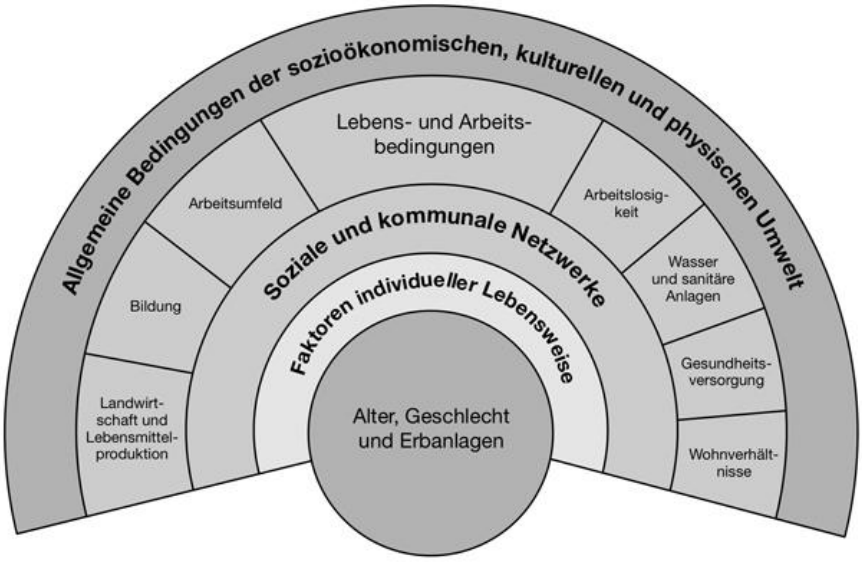


Abbildung 9: Determinanten der Gesundheit (entnommen aus Dahlgren & Whitehead, 2007, S. 11).

Trotz der Systematisierung stehen die einzelnen Determinanten in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Sie können als ein ineinandergreifendes Netz von einzelnen Einflussfaktoren verstanden werden, die entweder einen direkten oder indirekten bzw. vermittelnden Einfluss auf die Gesundheit haben. Während der innere Kreis (Alter, Geschlecht und Erbanlagen) festgelegt ist, können die weiteren Kreise entweder individuell (z.B. Gesundheitsverhalten) oder von außen (z.B. Wohnbedingungen) beeinflusst werden (Dahlgren & Whitehead, 2007; Kilian et al., 2008; Richter & Hurrelmann, 2018; vgl. Hurrelmann et al., 2014). In der vorliegenden Arbeit spielen vor allem die funktionale Kompetenz und soziale Teilhabe im Alter eine Rolle, sodass Aspekte, die damit in Verbindung stehen, besonders fokussiert werden. Das individuelle Gesundheitsverhalten und die Ausprägung sozialer Beziehungen wird beispielweise durch die vorherrschenden Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die gesundheitliche Versorgung beeinflusst. Und auch diese sind wiederum von den übergeordneten Faktoren, wie den sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen determiniert (Kilian et al., 2008; Richter & Hurrelmann, 2018; vgl. Hurrelmann et al., 2014). Diese sogenannten **Makrooperatoren** werden von Richter und Hurrelmann (2018) als „Ursachen der Ursachen“ hinsichtlich

gesundheitlicher Risiken und Einschränkungen bezeichnet. Aufgrund ihrer direkten und indirekten Wirkung haben umweltbezogene Aspekte einen weitaus höheren Einfluss auf Gesundheit als das Gesundheitsverhalten allein (Richter & Hurrelmann, 2018). *„So sind die Lebensgewohnheiten eng mit den tagtäglichen Arbeits-, Wohnungs- und Kulturgewohnheiten verbunden. Sie stellen so etwas wie das subjektive Spiegelbild der objektiven gesellschaftlichen Verhältnisse dar“* (Richter & Hurrelmann, 2018, S. 2).

Kommunen stellen in Deutschland die kleinste politische Verwaltungsebene dar und werden als geografischer Mittelpunkt des Einzelnen sowie als zentraler Ort für Zugehörigkeit und Zusammenhalt verstanden (Schaeffer et al., 2018). In Deutschland sind sie in erster Linie für die Daseinsvorsorge und Gestaltung der Infrastruktur vor Ort zuständig und aktuell steigt die kommunale Pflegeverantwortung aufgrund der Übertragung entsprechender Aufgaben, wie Naegele (2010) betont, welches zudem auf die Gestaltung der Lebensverhältnisse im Allgemeinen zutrifft (Reichert & Lis, 2009). Der wachsende Anteil der älteren Bevölkerung stellt Kommunen vor neue **sozialpolitische Herausforderungen**, da sich dieser Prozess insbesondere dort im direkten Wohnumfeld vollzieht (Amrhein & Backes, 2012). Entsprechend widmet sich der nachstehende Abschnitt vertiefend der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter.

1.4.2.2 Kommunale Gesundheitsförderung im Alter

Ältere Menschen stellen eine zentrale Zielgruppe für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung dar (Dapp et al., 2018; Deutscher Bundestag, 2015; Robert Koch-Institut, 2015b; WHO, 2015; im Überblick s. Mir, 2018). Insbesondere im Zuge zunehmender chronischer Erkrankungen im Alter und damit verbundenen langfristigen Einschränkungen des subjektiven Wohlbefindens, steigt die Bedeutung **präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen** über den Lebenslauf hinweg (Dadaczynski & Paulus, 2018), die auch Friedli (2006) hervorhebt. Mit dem Erhalt der funktionalen Kompetenz wird eine selbstständige Lebensweise sowie die soziale Teilhabe unterstützt und das Wohlbefinden im Alter positiv beeinflusst. Auch das Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation (siehe Abschnitt 1.2.3.1) verdeutlicht, dass Alterungsprozesse multidimensional beeinflussbar sind. Dabei steht insbesondere die Förderung vorhandener Ressourcen zur aktiven Alltagsgestaltung im Vordergrund (Baltes, 1990; im Überblick s. Mir, 2018). Mir (2018) fasst zusammen, dass die **Kompensationsfähigkeit** älterer Menschen die Grundlage für gesundheitsfördernde Maßnahmen darstellt. Ähnlich wie das Modell der Determinanten der Gesundheit von Dahlgren und Whitehead (2007), postuliert auch die WHO (2014) den positiven Einfluss eines guten sozio-ökonomischen Status, guter psychischer Gesundheit sowie eines

stabilen sozialen Netzwerks und einer sicheren und bewegungsfördernden Umgebung, wie die nachstehende Abbildung 10 („**Determinants of Active Ageing**“, WHO, 2007) visualisiert. Diese beeinflussen die Gesundheit über den Lebenslauf hinweg und bestimmen später die Ausprägung eines aktiven Alterns (**active ageing**) (WHO 2007). Aktivität im Alter hat wiederum einen bedeutsamen Einfluss auf das **Wohlbefinden** im Alter (Dapp et al., 2018; Fries et al., 2011; Kalache et al., 2002).

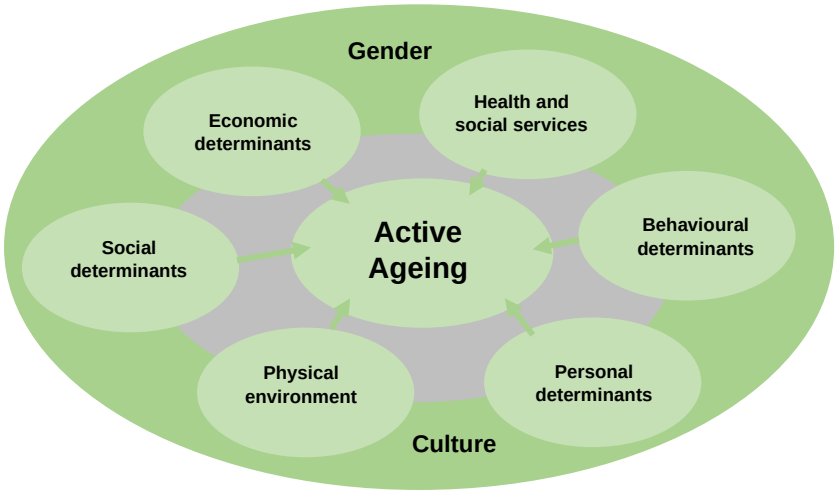


Abbildung 10: Determinants of Active Ageing (modifiziert nach WHO, 2007, S. 5).

Die Auseinandersetzung mit den Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden im Alter ist nicht nur für den älteren Menschen selbst, sondern auch für professionelle Akteure oder Politiker bedeutsam, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und der Zufriedenheit dieser Zielgruppe abzielen (Puvill et al., 2016; Steptoe et al., 2015). Politische Strategien zur Förderung des Wohlbefindens wirken sich nicht nur positiv auf diejenigen auf, die sich (noch) guter psychischer Gesundheit erfreuen, sondern unterstützt auch all jene, die sich auf einem Kontinuum von wechselnden Perioden psychischer Gesundheit und Krankheit bewegen (Friedli, 2006).

Hierbei verweist Naegele (2010) auf einen **Paradigmenwechsel**, demzufolge traditionelle und hilfeorientierte Altenhilfe nur noch einen Teilbereich der modernen kommunalen Senioren- und Altenpolitik darstellt. Während sich die Förderung der körperlichen Gesundheit im Alter nach Friedli (2006) stärker etabliert, wird die psychische Gesundheit in erster Linie mit der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen verknüpft und entsprechend unzureichend berücksichtigt. Ferner ist diese Thematik ungenügend in politischen Rahmenplänen verankert und die klassische Daseinsvorsorge sowie die Versorgung älterer Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Behinderungen oder einem Migrationshintergrund steht noch immer im Fokus. Es besteht demzufolge der Bedarf einer kommunalen Doppelorientierung, wonach die umfassenden

Lebensbereiche im Sinne einer Politik für ein gutes Leben im Alter bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden sollten (Naegele, 2010). Bei älteren Menschen gilt es zum einen „*dem Wunsch nach selbstbestimmter, aktiver und als sinnvoll erlebter Alltagsgestaltung, kommunaler Partizipation sowie nach möglichst langem Verbleib in der gewohnten Umwelt nachzukommen. Andererseits gilt es, drohenden Hilfebedarf frühzeitig zu erkennen, um ihm angemessen zu begegnen“* (Oswald & Konopik, 2015, S. 401). Insbesondere im städtischen Raum ist die Kommunalpolitik mit neuen Zielgruppen und Zielsetzungen konfrontiert. Dazu zählen neben der gesundheitlichen Versorgung u.a. die Beteiligung, Mobilität oder Freizeitgestaltung älterer Menschen. Seniorenarbeit sollte entsprechend als politische **Querschnittsaufgabe** verstanden werden, die weniger auf den Einzelfall, sondern vielmehr auf Gemeinwesenorientierung und Reduzierung von Benachteiligungen setzt. Aufgrund der Heterogenität der Älteren akzeptiert dies ferner keine Standardlösungen (Naegele, 2010). Neben einer altersgerechten Nahversorgung und kurzen Wegen zwischen Wohnen, Versorgungs- und Freizeiteinrichtungen sollten Begegnungsangebote für ältere Menschen geschaffen werden. Auch die Organisation von Betreuungsdienstleistungen sowie eine ausreichende medizinische Versorgung zählen zu den kommunalen Herausforderungen (Kocka & Staudinger, 2009). In Bezug auf die Nachbarschaft oder Gemeinde zählen beispielsweise Lärmschutzregelungen, das Angebot von Grünflächen sowie Initiativen zur Verbesserung der Sicherheit dazu (Friedli, 2006). Resultierend aus der steigenden Bedeutung der Lebenswelt sollten Strategien zur **Förderung des Wohlbefindens im Alter** neben **verhaltensbezogenen Aspekten** insbesondere **Umweltfaktoren** berücksichtigen (WHO, 2015).

Insgesamt stellt ein aktives Altern und die damit einhergehende Kompression von Morbidität ein zentrales Moment des Wohlbefindens im Alter dar (Dapp et al., 2018; Fries et al., 2011; WHO, 2015) und kann entsprechend durch ein positives Zusammenspiel von Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt werden. Neben der Ressourcenstärkung (**Gesundheitsförderung**) können primärpräventive Maßnahmen (**Reduzierung von Krankheitsrisiken**) sowie eine frühzeitige Behandlung (**Sekundärprävention**) oder Rehabilitation im Sinne der tertiären Prävention eingesetzt werden (Dapp et al., 2018; Fries et al., 2011). Zahlreiche Ansatzpunkte zur Aufrechterhaltung der funktionalen Kompetenz, trotz einer altersbedingten Verschlechterung der personalen Anpassungsressourcen, sind in dem nachstehenden „**WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern**“ der WHO (2015) dargestellt (Abb. 11).

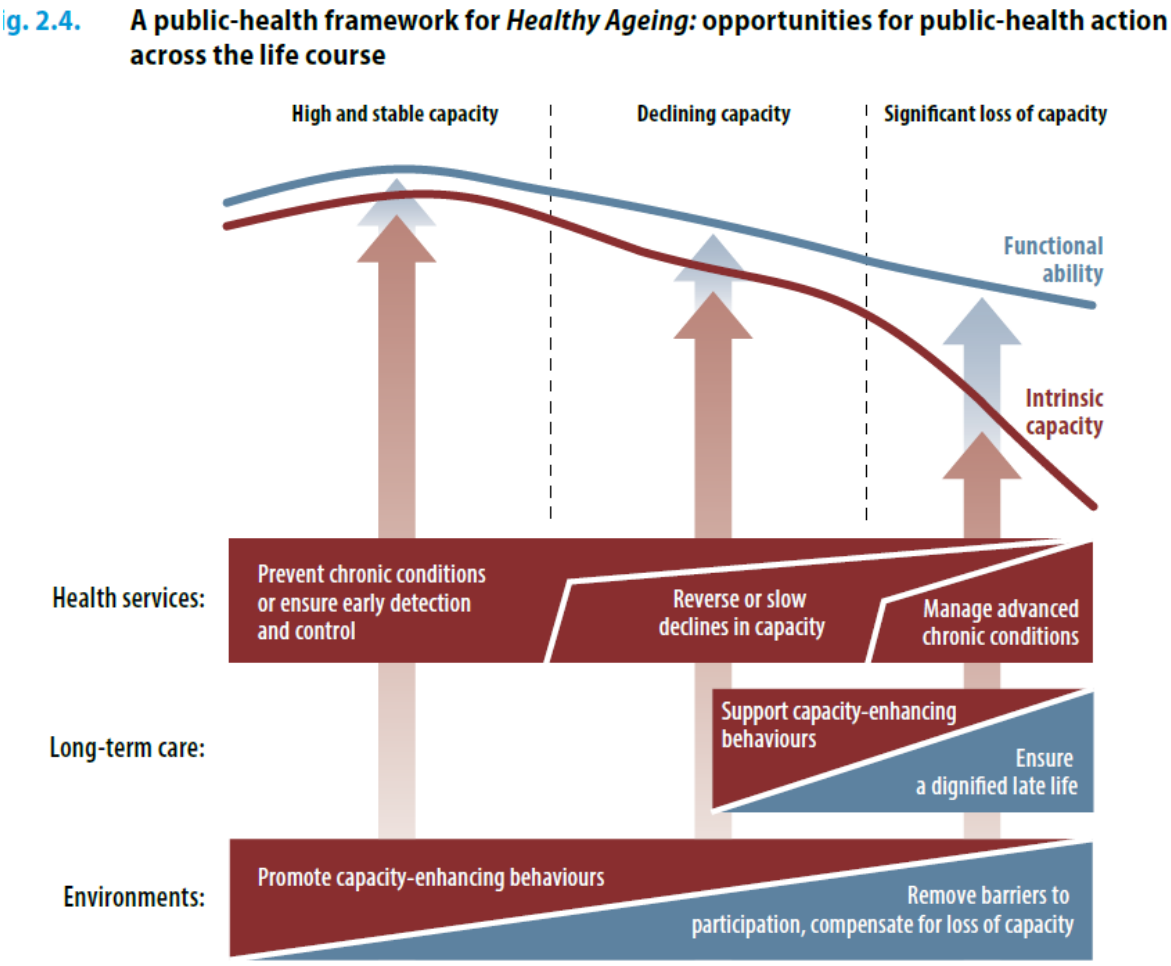


Abbildung 11: WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern (entnommen aus WHO, 2015, S. 33).

Wie bereits im Abschnitt 1.2.3.2 näher beschrieben, werden ältere Menschen in drei Gruppen differenziert. In der ersten Spalte sind ältere Menschen mit ausgeprägten personalen Anpassungsressourcen und guter funktionaler Kompetenz dargestellt **(high and stable capacity**; WHO, 2015), die der Gruppe ROBUST des **LUCAS Funktionsindex** entspricht (Dapp et al., 2018). Bei dieser Zielgruppe sind insbesondere eine Stabilisierung und Förderung sowie der Erhalt von Gesundheit von hoher Relevanz. Auf Ebene der Gesundheitsdienste (**health sevices**) stehen vor allem die Prävention, Identifizierung und frühzeitige Behandlung möglicher chronischer Erkrankungen im Vordergrund, während auf Ebene der umweltbezogenen Faktoren (**environments**) vor allem Angebote zur Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens, aber auch verhältnisbezogene Aspekte wie der Abbau von Barrieren verortet sind. Die zweite Spalte (**declining capacity**) schließt Ältere ein, bei denen der körperliche und kognitive Abbau voranschreitet, sodass die Verlangsamung entsprechender Krankheiten und der Umgang damit an Bedeutung gewinnen (WHO, 2015). Das entsprechende Pendant des LUCAS FI stellen die Gruppe preFRAIL und die Gruppe FRAIL dar (Dapp et al., 2014; 2018). Zudem rückt die

Ausgestaltung der Lebensumwelt in den Fokus, da beispielsweise die Kompensation des fortschreitenden altersbedingten Abbaus durch den Abbau von Barrieren erhöht und die soziale Teilhabe unterstützt werden. All jene Faktoren können trotz einer Reduktion der personalen Anpassungsressourcen eine im Vergleich bessere funktionale Kompetenz befördern. Diese Aspekte sind auch in der dritten Spalte (**significant loss of capacity**) von Relevanz. Hier gewinnt die Ebene der pflegerischen Leistungen (**long-term care**) sowie ein würdevolles Lebensende im Vergleich zur zweiten Phase an Bedeutung (WHO, 2015). Diese Gruppe der pflegebedürftigen Älteren wird nicht mehr über den LUCAS FI ermittelt, da bereits Funktionsverluste bestehen, die die Selbstständigkeit massiv einschränken. Hier setzt das Assessment des MDK an zur Ermittlung des Grades von Pflegebedürftigkeit an (Dapp et al., 2014; 2018).

Nachdem Menschen mit einem Pflegebedarf lange Zeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung nahezu vernachlässigt wurden, rücken sie in Deutschland insbesondere mit dem Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG; Deutscher Bundestag, 2015) stärker in den Mittelpunkt. Älteren Menschen werden jedoch insbesondere in Hinblick auf ihre psychische Gesundheit häufig nicht die gleichen gesundheitsbezogenen Leistungen angeboten wie jüngeren Menschen (vgl. Levenson & Jackson, 2006). So haben Angebote zur psychologischen Unterstützung oft eine Altersbegrenzung und ältere Menschen werden beispielsweise gebeten eine Tagespflege für Ältere zu nutzen (vgl. Levenson & Jackson, 2006). Auch eine gesunde Lebensweise sowie eine Verbesserung der Lebensbedingungen kann das Auftreten chronischer Erkrankungen im Alter vermeiden, verzögern oder deren Folgen abmildern (Böhme & Franke, 2010). Insgesamt ist ein Zuwachs präventiver Angebote, die insbesondere die Förderung körperlicher Aktivität fokussieren, zu beobachten (Jordan & Lippe, 2013; Krug et al., 2013). Dazu zählen beispielweise wohnortnahe Sportgruppen, Treffpunkte für Bewegung und Stuhlgymnastik, Gesundheitstage sowie Gesundheitssprechstunden für ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund (Böhme & Franke, 2010). Auch Friedli (2006) betont die Bandbreite vielfältiger Maßnahmen, mittels denen direkt oder indirekt auf das Wohlbefinden älterer Menschen Einfluss genommen werden kann. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf Kunst- und Bildungsangebote sowie regelmäßige Hausbesuche, die das Risiko sozialer Isolation reduzieren und sinnhafte Aufgaben bieten. Pröfener et al. (2016) zufolge ist die Akzeptanz eines präventiven Hausbesuches unabhängig vom Lebensalter insbesondere bei den Älteren, die als „FRAIL“ klassifiziert wurden, besonders hoch. Entsprechend wird eine Identifizierung dieses scheinbar günstigen Moments mittels eines Funktionsscreenings empfohlen. Zudem sollten die Hausbesuche von einem fachkundigen Personal durchgeführt werden (Pröfener, 2017), wie es beispielsweise aktuell in Hamburg im Rahmen des „**Hamburger Hausbesuchs für**

Seniorinnen und Senioren“ praktiziert wird (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 2017). Auch Beratungsangebote zum Umgang mit Krisensituationen und altersbedingten Veränderungen sowie eine bessere Bekanntmachung und Förderung von Seniorengruppen zur Stärkung freundschaftlicher Beziehungen (Huxhold et al., 2010) zählen dazu, deren Relevanz auch Levenson und Jackson (2006) betonen.

Eine ganzheitliche Adressierung des aktiven Alterns in politischen Strategien sollte auch nach Boudiny (2013) nicht nur deren Leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität umfassen, sondern insbesondere die Anpassungsfähigkeit älterer Menschen stärken und emotionale Beziehungen fördern. Mittels der Beseitigung von strukturellen Barrieren kann zudem die Teilhabe am sozialen Leben gefördert werden. Insgesamt wird Altern als dynamisches Konzept verstanden und ältere Menschen sollten für eine adäquate Erreichbarkeit in **Subgruppen** unterteilt werden. Nach Jordan und Lippe (2013) stellt die **schlechte Erreichbarkeit** älterer Menschen eine häufige Problematik dar, denn sie sind u.a. im Gegensatz zu Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen nicht über Institutionen, wie Schule oder Betriebe erreichbar. Dementsprechend bedarf es einer Verbesserung der Zugangswege (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Ferner werden primär Personen mit einem ohnehin ausgeprägten Gesundheitsverhalten erreicht und Zielgruppen mit einem hohen Bedarf nehmen nur selten an Angeboten teil (Jordan & Lippe, 2013). Dazu trägt u.a. eine unzureichende Gesundheitskompetenz bei, da trotz dessen heutzutage mit dem Internet mehr Informationsquellen als je zuvor Verfügung stehen, werden diese meist nicht produktiv genutzt. Die unübersichtliche Menge kann zum einen überfordern und eine mangelnde Qualitätssicherung resultiert häufig in mangelndem Vertrauen, welches die ältere Bevölkerung mit einschließt (Schaeffer et al., 2018). Damit präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht zu einer Verstärkung sozialer und somit auch gesundheitlicher Ungleichheit beitragen, muss insbesondere die Zielgruppe **sozial benachteiligter Personen** (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Jordan & Lippe, 2013) sowie die Gruppe älterer Menschen, die entsprechende Angebote bislang nicht nutzen, durch gemeindebezogene Maßnahmen motiviert und aktiviert werden (Wiesmann et al., 2006). Um insbesondere älteren Menschen, die dem **Risiko sozialer Isolation** ausgesetzt sind, die Teilnahme an einem Sport- oder Freizeitangebot zu erleichtern, braucht es neben einem niedrigschwelligen Zugang einen gut ausgebauten öffentlichen Nahverkehr. Auch die Förderung der sozialen Teilhabe in der Nachbarschaft und ein niedrigschwelliger Zugang kann das Wohlbefinden im Alter unterstützen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Oswald & Konopik, 2015; vgl. Heusinger et al., 2015).

Um den Stellenwert der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter zu erhöhen, wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Umfrage zur senioren-

bezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene durchgeführt (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Mittels der Bestandsaufnahme sollten der **Stellenwert kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen** identifiziert und bestehende Strategien und Angebote sowie struktureller Voraussetzungen in Bezug auf die Umsetzung aufgezeigt werden (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Die Rücklaufquote der schriftlichen Befragung, die vorher mit drei kommunalen Spitzenverbänden (Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Städtetag) abgestimmt wurde, lag bei 57,7 % (N=570). Entsprechend der Ergebnisse steigt die Relevanz der älteren Bevölkerung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention für diese Zielgruppe mit der Größe der Stadt. Dies trifft insbesondere bei einer Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk zu. Mitglieder haben häufiger einen kommunalen Altenhilfeplan (43 %) und fast ein Drittel bieten Angebote für sozialbenachteiligte Zielgruppen an (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Es kann festgehalten werden, dass die seniorenbezogene Gesundheitsförderung zwar an Bedeutung gewonnen hat, aber ein aktuell mittlerer Stellenwert unzureichend ist. Dieser steigt in Verbindung mit einer Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk, aber insgesamt bedarf es einer weiteren Sensibilisierung relevanter Akteure und struktureller Veränderungen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Der in der Studie verwendete Fragebogen wurde aufgrund der thematischen Nähe und der Berücksichtigung gesundheitsbezogener Strategien im Alter mit dem Schwerpunkt auf den Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung für die Konzeption des Messinstruments der Dissertation herangezogen und dient somit als Vorbild für die eigene Untersuchung (vertiefend Abschnitt 2.2.2).

Exemplarische Beispiele zu gesundheitsbezogenen Strategien, die in Bezug auf die kommunale Gesundheitsförderung zur Förderung des Wohlbefindens im Alter einen Einfluss haben, sind nachstehend aufgeführt. Vorerst folgt ein kurzer Exkurs zur europäischen Gesundheitspolitik, um die Divergenzen hinsichtlich der Umsetzung nachvollziehen und besser einordnen zu können.

1.4.3 Gesundheitsförderung im europäischen Kontext

1.4.3.1 Europäische Gesundheitspolitik – ein Exkurs

Nachstehend werden exemplarische Unterschiede im Gesundheitswesen der Städte beschrieben, die im Rahmen der Dissertation untersucht wurden. Insgesamt verfügen alle europäischen Länder über hochentwickelte **Gesundheitssysteme**, in denen der Staat eine angemessene Gesundheitsversorgung entweder selbst übernimmt oder die Erbringung entsprechender Leistungen plant und finanziert. Die Hilfen und Maßnahmen sind jedoch unterschiedlich ausgestaltet und organisiert. Im europäischen Vergleich wird das

Gesundheitswesen zumeist nach dem Bismarck- beziehungsweise Beveridgemodell divergiert. Laut dem **Bismarck Modell** werden entsprechend des Sozialversicherungsprinzips Beiträge über das Lohneinkommen gezahlt, woraus ein individueller Leistungsanspruch im Krankheitsfall resultiert. Dabei erhalten alle Versicherten unabhängig ihrer zuvor eingezahlten Beiträge eine bedarfsgerechte und angemessene Gesundheitsversorgung. Der Staat nimmt durch die Gestaltung des rechtlichen Rahmens nur eine indirekte Rolle ein, während die Steuerung im Sinne der Selbstverwaltung von den Krankenkassen und die Leistungserbringung überwiegend durch private Krankenhäuser oder Ärzte übernommen wird. Das **Beveridge-Modell** hingegen steht insbesondere für eine universelle Basissicherung. Dem Versorgungsprinzip entsprechend sollen im Bedarfsfall der ganzen Bevölkerung notwendige medizinische Leistungen zugesichert werden, die über Steuern finanziert werden. Dem Staat kommt eine zentrale Rolle zu, indem die medizinische Versorgung nicht nur koordiniert, sondern zudem meist direkt selbst erbracht wird. Entgegen dem klassischen britischen Vorbild wurde dies Modell von anderen Ländern dezentralisiert und insbesondere in dem Sinne adaptiert, dass Kommunen mehr Verantwortung zugeteilt wurden (Schölkopf & Pressel, 2014). Diese dichotome Typologie wird der Heterogenität der vorliegenden Gesundheitssysteme jedoch nicht annähernd gerecht, sodass Tabelle 2 eine weitere Unterscheidung zwischen den teilnehmenden Städten, beziehungsweise den jeweiligen Ländern, aufzeigt.

Grundstruktur	**Land**
Sozialversicherungssystem	Deutschland / Frankreich
Nationaler Gesundheitsdienst	Großbritannien
Kommunaler Gesundheitsdienst	Norwegen / Finnland
Regionaler Gesundheitsdienst	Italien
Kopfpauschale	Niederlande
Eine staatliche Krankenversicherung	Polen
Beitragsfinanzierte Pflichtversicherung	Tschechien
Mischsystem	Litauen

Tabelle 2: *Gesundheitssysteme in Europa (in Anlehnung an Schölkopf & Pressel, 2014).*

Im Allgemeinen verfolgen die europäischen Mitgliedsstaaten die **gleichen abstrakten gesundheitspolitischen Ziele**. Dazu zählt beispielsweise der bevölkerungsweite Zugang zu medizinischer Versorgung, eine effiziente Ressourcennutzung, Qualitätssicherung und die Berücksichtigung der Patientensicht. Schwierig und unterschiedlich gestaltet sich hingegen die praktische Umsetzung aufgrund divergenter gesundheitspolitischer Voraussetzungen, wie unterschiedliche Gesundheitssysteme, Handlungsbedarfe oder verfügbare Ressourcen. Diskussionen hinsichtlich erfolgreicher oder gescheiterter Systeme nahmen in den letzten Jahren insbesondere im Zuge zahlreicher europaweiter Gesundheitsreformen zu (vgl. Figueras, McKee, Mossialos & Saltman, 2007). Im Rahmen des europäischen Zusammenschlusses **„European Observatory on Health Systems and**

Policies" wurden die europäischen Gesundheitssysteme mit dem Fokus auf psychische Gesundheit untersucht und die Vielfalt und Diversität aufgezeigt. Es wird deutlich, dass der Fokus auf der Darstellung **Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten** bereits erkrankter Menschen liegt und Maßnahmen zur **Förderung psychischer Gesundheit** in der Analyse eine untergeordnete Rolle einnehmen (European Observatory on Health Systems and Policies, 2018). Allerdings betonen Jané-Llopis und Gabilondo (2008) einen Bedeutungszuwachs der psychischen Gesundheit älterer Menschen im europäischen Raum. Der thematische Fokus in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention lag im internationalen Kontext in den vergangenen Jahren u.a. auf der **Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit** sowie Bestrebungen zur **Qualitätsentwicklung** und -sicherung. Neben der Verbreitung von Beispielen guter Praxis wird die Entwicklung internationaler Standards angestrebt (im Überblick s. Reemann et al., 2015). Vorerst folgt eine Vorstellung exemplarischer politischer Rahmenprogramme im nationalen wie europäischen Kontext.

1.4.3.2 Exemplarische Darstellung politischer Rahmenprogramme

Aufgrund der weltweiten Alterung der Bevölkerung verabschiedete die WHO eine globale Altersstrategie (**WHO Global strategy and action plan on ageing and health**), die auf die Sicherung eines langen und gesunden Lebens mittels der Implementierung evidenzbasierter Kenntnisse zur Förderung der funktionalen Kompetenz im Alter abzielt. Im Fokus stehen dabei fünf zentrale Ziele, die sich an den folgenden Prinzipen orientieren: Menschenrechte, Gleichberechtigung, Vermeidung von Diskriminierung und intergenerationaler Solidarität. Neben der Entwicklung einer altersfreundlichen Umwelt und Verbesserung der pflegerischen und medizinischen Versorgung soll eine evidenzbasierte Praxis etabliert und zur Förderung des gesunden Alterns verpflichtet werden (WHO, 2017a, 2017b, 2017d). Auch auf europäischer Ebene existiert eine entsprechende Strategie (WHO, 2012), deren Ziele sich an der globalen Strategie orientieren. Die **WHO Global Age Friendly Cities** (WHO, 2007), **WHO Age Friendly Environments in Europe** (WHO, 2017a) sowie das altersunabhängige das **WHO European Healthy Cities Network** (WHO, 2017c) widmen sich konkret der altersfreundlichen Stadtgestaltung. Der nachstehende Kasten zeigt die zentralen Themen des WHO Global Age Friendly Cities Projects (Kasten 2; WHO, 2007) und die Themen wurden zudem für die Leitfadenkonzeption der Dissertation herangezogen (vertiefend Abschnitt 2.2.2).

Kasten 2: Zentrale Themen des WHO Global Age Friendly Cities Projects (in Anlehnung an WHO, 2007).

- Outdoor spaces and buildings
- Transportation and mobility
- Housing
- Community support and health services
- Communication and information
- Social participation
- Civil participation and employment
- Respect and social inclusion

In Deutschland hat sich das **Gesunde-Städte Netzwerk** im Rahmen der WHO „Gesunde-Städte"-Bewegung etabliert und zielt insbesondere darauf ab, in allen Bereichen der Daseinsvorsorge Gesundheitsförderung nachhaltig zu verankern (Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 2019). Ferner wird das Ziel verfolgt relevante Akteure zusammenzuführen, da diese meist unterschiedliche Interessen sowie Wertekulturen und Kommunikations- und Arbeitsstile verfolgen (Trojan, 2003). Die Förderung der psychischen Gesundheit soll mittels des **WHO Mental Health Action Plan 2013 - 2020** unterstützt werden. Es sollen vor allem das Wohlbefinden und die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen geschützt und der Zugang zu relevanten Dienstleistungen verbessert werden. Dazu zählt neben der Erreichbarkeit und Zugänglichkeit dieser auch die Sicherstellung bezahlbarer Interventionen und Leistungen (WHO, 2013). Auch dieses Dokument wurde für die Leitfadenentwicklung des Promotionsvorhabens herangezogen. Hinsichtlich der europäischen Zusammenarbeit im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen werden von der Europäischen Kommission vermehrt Gemeinschaftsaktionen (Joint Actions), befördert. Diese richten sich maßgeblich an nationale Akteure (im Überblick. s. Reemann et al., 2015).

Aufgrund des Fokus auf der Stadtebene werden entsprechende Entwicklungen nicht weiter ausgeführt und der Fokus ist insbesondere auf Strategien im deutschen Raum gerichtet. In Deutschland soll das Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere mit dem 2015 in Kraft getretenen **Gesetzes zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG)** gefördert werden (Deutscher Bundestag, 2015). Neben der Verdopplung der finanziellen Mittel sind weitere strukturelle Veränderungen an die Gesetzeseinführung geknüpft, wie ein regelmäßiger Präventionsbericht, die Gründung einer Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und eines begleitenden und beratenden Präventionsforums, in dem vor allem Akteure aus dem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung sowie wissenschaftliche Institutionen vertreten sind (Hartmann et al., 2016). Es ist besonders hervorzuheben, dass die ältere Bevölkerung verstärkt berücksichtigt ist. Dies wird vor allem durch den Einbezug der Pflegeversicherung in die Finanzierung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote für die Zielgruppe ersichtlich, wenngleich dies nur für

den geringen Anteil der pflegebedürftigen Älteren zutrifft. Ferner hat sich der Fokus von verhaltens- auf verhältnisbezogenen Maßnahmen verlagert, sodass von einem Paradigmenwechsel gesprochen werden kann. Zudem stehen trotz einer zunehmenden Vernetzung noch immer wettbewerbliche Konkurrenz und Interessen einzelner Sozialversicherungsträger im Vordergrund. Erste Erfahrungen zeigen zudem, dass trotz des Anspruchs kassenbezogener Setting-Leistungen, häufig nur einzelne Kassen aktiv werden. Auch ein zielorientiertes Zusammenwirken wird aufgrund der Aufgliederung in einzelne Kooperationsvereinbarungen meist nicht erreicht (Geene & Reese, 2017). „*Bilanzierend zeigt sich, dass kleine Vorboten einer soziallagenbezogenen und kassenübergreifenden Orientierung zu sehen sind, und zwar jeweils dort, wo öffentliche Diskussionen bestehen und Präventionsakteure konkrete Lösungen fordern*“ (Geene & Reese, 2017, S. 150). Nach Geene und Rosenbrock (2015) sollte zur Stärkung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und einem sozialen Ressourcenaufbau, statt Problemabbau, ein eigenständiges 13. Sozialgesetzbuch zur Gesundheitsförderung verabschiedet werden, dessen Erfolg an Indikatoren zur gesundheitlichen Chancengleichheit gemessen wird. Aktuell haben die Bundesländer über die Landesrahmenvereinbarungen einen Spielraum hinsichtlich der Ausgestaltung der Ziele, Handlungsfelder sowie in Bezug auf die Koordinierung des Prozesses, die sich jedoch an den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz orientieren sollen (Geene & Reese, 2017). In Hamburg gestaltet auf Landes- bzw. Stadtebene (Hamburg als Stadt-Staat) der **„Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!“** die Landesrahmenvereinbarungen des Präventionsgesetzes mit. Danach wird er angehört, ist beratend tätig und an der Berichterstattung beteiligt. Dieser wurde Jahr 2010 als eigenständiges Landesprogramm zur Gesundheitsförderung und Prävention von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz etabliert (Dapp, 2017a; Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2016) und die zugrunde liegende Kooperationsvereinbarung bislang von 122 Akteuren unterzeichnet. Charakteristisch sind die bisherigen drei lebensphasenbezogenen Rahmenprogramme vom gesunden Aufwachsen, ein gesundes Leben und Arbeiten bis zum gesunden Alt werden, die jeweils für ein Jahr im Zentrum standen. Das Rahmenprogramm „Gesund alt werden in Hamburg!“ unterteilt sich in drei Handlungsfelder, die sich gegenseitig ergänzen (Kasten 3; Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012):

Kasten 3: Handlungsfelder des Rahmenprogramms "Gesund alt werden in Hamburg!" des Pakts für Prävention (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012).

- Zuhause im Quartier: Kurze Wege, soziale Kontakte – Lebensqualität und Selbstständigkeit bis ins hohe Alter
- Bewegungsförderung und Gesunderhaltung
- Gesundheitsförderung in Pflege- (nahen) Situationen

Insgesamt zeichnet sich der Pakt für Prävention durch die starke partizipative Einbindung, Daten- und Evidenzbasierung sowie eine interdisziplinäre Ausrichtung und Vernetzung aus, die es ermöglicht aktuelle Themen aufzugreifen, diese ganzheitlich zu bearbeiten und die Empfehlungen aus den einzelnen Foren in Kooperation in Modellregionen praktisch umsetzen (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2016). Auf Bundesebene wurde der „**Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz**“ (NAP) zur gezielten Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz in Deutschland 2018 verabschiedet (Schaeffer et al., 2018). Dieser sowie nationale Aktionspläne in anderen Ländern heben den politischen Stellenwert der Thematik hervor, die als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet wird und einer systematischen Zusammenarbeit der relevanten Akteure aus Politik, Wissenschaft und Praxis bedarf. Entsprechend der zentralen Umsetzungsprinzipien stehen folgende Schwerpunkte im Vordergrund (Kasten 4; Schaeffer et al., 2018).

Kasten 4: Schwerpunkte des "Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz" (Schaeffer et al., 2018).

- Förderung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit
- Ermöglichung sozialer Teilhabe
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen
- Schaffung einer gesundheitsförderlichen und aktivierenden Lebensumwelt

Neben der Schaffung von Gelegenheitsstrukturen zur Teilhabe sowie zur Selbst- und Gruppenerfahrung wird auf eine verbesserte Nutzung der Digitalisierung sowie eine bessere intersektorale Zusammenarbeit abgezielt. Letztere hat auch für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung eine hohe Relevanz.

1.4.4 Qualitätssicherung in der kommunalen Gesundheitsförderung

Qualität in der Gesundheitsförderung meint nach Kilian et al. (2008) insbesondere die positive Einflussnahme eines Angebots hinsichtlich der Erreichung eines gewünschten Interventionsziels bei gleichzeitiger Berücksichtigung des *aktuellen state of the art.* Hinsichtlich der Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung gibt es unterschiedliche Gelingensfaktoren, aber auch Hindernisse, die ebenfalls zum Gelingen beitragen können, wenn sie rechtzeitig reflektiert und entsprechend ausgeräumt werden (Heite et al., 2015). Das Vorhandensein eines politischen Auftrags wirkt sich insgesamt positiv auf erfolgreiche Umsetzung aus (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1995), wenngleich nach Friedli (2006) häufig Diskrepanzen zwischen den politischen Forderungen und der praktischer Umsetzung vorliegen. Mittels der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung soll die Qualität von Angeboten verbessert, gesichert und erhalten werden (Tempel et al., 2014). Etablierte Bewertungskriterien liefert u.a. der „Good-Practice-

Ansatz“ des „**Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit**“ (Kilian et al., 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Tempel et al., 2014). Dieser bietet eine gute Orientierung zur Entwicklung qualitativ hochwertiger Angebote in der Gesundheitsförderung und kann beispielsweise mit weiteren Ansätzen (z.B. partizipative Qualitätsentwicklung nach Wright) kombiniert werden (Kilian et al., 2008). Die zwölf „**Good-Practice-Kriterien**“ des Ansatzes, der sich in Deutschland in der Praxis der Gesundheitsförderung etabliert hat, sind im nachstehenden Kasten 5 dargestellt (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b).

Kasten 5: Zwölf Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b).

- Konzeption
- Zielgruppenbezug
- Settingansatz
- Multiplikatorenkonzept
- Nachhaltigkeit
- Niedrigschwellige Arbeitsweise
- Partizipation
- Empowerment
- Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung
- Qualitätsmanagement
- Dokumentation/Evaluation
- Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis

In der Gesundheitsförderung hat sich vor allem der **Settingansatz** etabliert, welcher insbesondere durch die partizipative Einbindung der Zielgruppe bei der Bedarfsermittlung, Planung und Durchführung der Intervention sowie Feststellung der Wirksamkeit gekennzeichnet ist. Auch sollten neben der Förderung individueller Kompetenzen auch die gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen verbessert werden (Dadaczynski & Paulus, 2018; Kilian et al., 2008; Abb. 12).

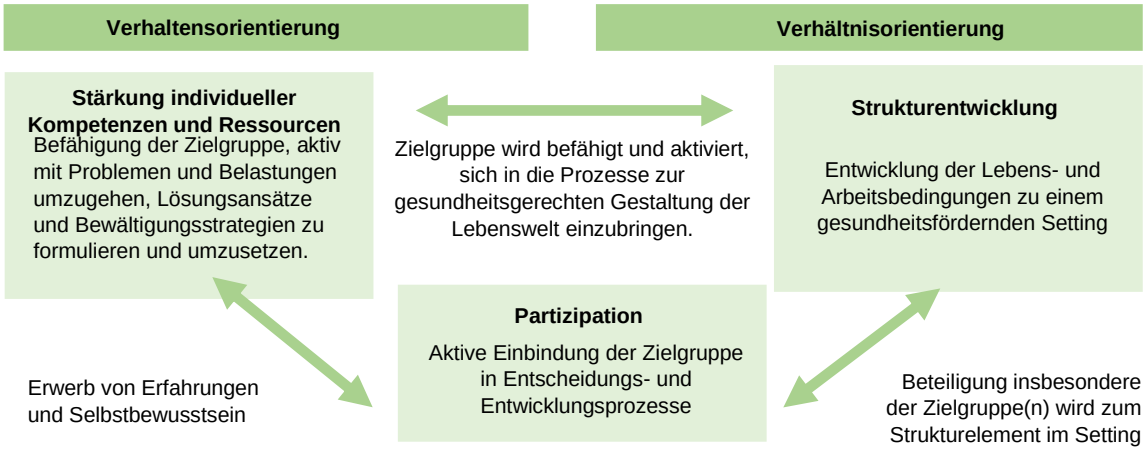


Abbildung 12: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes (Kilian et al. 2008, S. 20).

Eine entsprechende **ganzheitliche Praxis der Gesundheitsförderung** ist mit einem hohen Koordinationsaufwand verbunden, der u.a. aus dem Aufbau interdisziplinärer und intersektoraler Kooperationen sowie der Organisation nachhaltiger Finanzierungsstrukturen resultiert. Der ganzheitliche und komplexe Ansatz ist zum einen die Stärke des Setting-Ansatzes, aber verhindert auch eine flächendeckende Umsetzung und erschwert den Nachweis von Wirksamkeit (Kilian et al., 2008). Settingbezogene Ansätze sind in der kommunalen Gesundheitsförderung besonders relevant, da ältere Menschen vor allem im Quartier erreicht werden sollen und dort eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure an der Umsetzung entsprechender Maßnahmen beteiligt ist. Die einzelnen Aspekte werden nachstehend vertieft.

Eine bedeutsame Datengrundlage, um beispielsweise die gesundheitliche Lage der älteren Bevölkerung oder regionale Handlungsbedarfe zu ermitteln, stellen lokale **Gesundheitsberichterstattungen** dar (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Auch im Rahmen des Hamburger Pakt für Prävention wurden zwei Gesundheitsberichterstattungen, die insbesondere die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg beleuchten, als Arbeitsgrundlage herangezogen (Dapp, 2017a). Wirtz et al. (2018) betonen, dass eine Basierung auf Theorien, Erfahrungen und Evidenz die Transparenz, Reflexion und Qualität in der Praxis der Gesundheitsförderung sichert. Ferner wirkt sich nach Friedli (2006) die vermehrte Forschung zur psychischen Gesundheit positiv auf den Stellenwert der Förderung der psychischen Gesundheit im Alter aus. Eine Voraussetzung für einen erfolgreichen Wissenstransfer setzt eine beidseitige vorurteilsfreie Haltung voraus, die nicht immer vorliegt und auch Prosser, Clark, Davey und Parker (2013) verweisen auf häufig divergente Erwartungen und Prioritäten seitens Politik und Wissenschaft, was insbesondere für Evaluationen Herausforderungen birgt. Die Bedeutung von **Evaluationen** wird zahlreich bestätigt (Hartmann et al., 2016; Kilian et al., 2008; King & Ehlert, 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Taut, 2008; Tempel et al., 2014; Wallace & Alkin, 2008). Bullinger und Brütt (2018) empfehlen, dass das Wohlbefinden und die Lebensqualität in der settingorientierten Gesundheitsförderung vermehrt als Indikator zur Bedarfsbestimmung und Zielformulierung herangezogen wird. Settingbezogene Ansätze basieren im Vergleich zur klassischen Verhaltensprävention hingegen seltener auf evidenzbasierten Kenntnissen und auch entsprechende Aussagen lassen sich nur schwer ableiten, da insbesondere normativ-regulatorische Maßnahmen nur schwer zu evaluieren sind (Dadaczynski & Paulus, 2018; Kilian et al., 2008). Obwohl zahlreiche nationale wie internationale Erfahrungen zur Gesundheitsförderung im Setting vorliegen, gibt es bislang kein adäquates theoretisches Konzept (Hartmann et al., 2016).

Gesundheitsförderung wird zudem als Querschnittsaufgabe verstanden (Kilian et al., 2008) und es sollten unterschiedliche relevante Akteure einbezogen werden (Kilian et al., 2008; King & Ehlert, 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Dazu gehören all jene Personen und Institutionen, die in dem Prozess involviert oder daran interessiert sind (Schaeffer et al., 2018). Aufgrund der vielfältigen Handlungsfelder und des gegenseitigen Ineinandergreifens ist eine **gelingende intersektorale Zusammenarbeit** nach Böhme und Franke (2010) auch für eine altengerechte Quartiersentwicklung bedeutsam, wie auch Naegele (2010) bestätigt. Entsprechend der Good-Practice Kriterien des Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015b) bedarf es aufgrund der Komplexität u.a. eines integrierten Handlungskonzeptes und einer Vernetzung. Im besten Fall fügt sich diese in die bereits existierende Angebots- und Versorgungsstruktur ein und bildet oder befördert **Präventionsketten** oder integrierte kommunale Gesundheitsstrategien (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b). Die Vielfalt und Vielzahl der interdisziplinären Akteure können entsprechende Prozesse jedoch auch behindern, da nicht nur die Interessen, sondern auch die Fachkenntnisse divergieren (z.B. Durchführung von Evaluationen). Eine entsprechende Schulung sowie eine begleitende Moderation werden als unterstützend benannt (King & Ehlert, 2008; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008). Wallace und Alkin (2008) heben ferner den Vorteil einer systematischen Organisation und Integration entsprechender Prozesse in bestehende Routinen hervor. Backes und Clemens (2013) verweisen in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit, der Komplexität einer positiven Person-Umwelt-Interaktion gerecht zu werden, die vor allem im Alter an Bedeutung gewinnt. Im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ wird die **Vernetzung und verbesserte Kooperation** beispielsweise durch die Einführung eines lokalen Quartiersmanagements angestrebt, welches die Belange älterer Menschen bisher jedoch unzureichend berücksichtigt (Böhme & Franke, 2010). Neben der Intensität divergiert auch die Verbindlichkeit der Kooperation stark (z.B. informelle Treffen und Absprachen, Kooperationsvereinbarungen, offizielle Verträge; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b). Entsprechend der Untersuchung der BZgA (siehe Abschnitt 1.4.2.2) steigt die Verbindlichkeit bei der Zugehörigkeit im Gesunde-Städte-Netzwerk und eine konsequente Steuerung und Koordination der Prozesse wird empfohlen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007).

„*Nothing about us without us*“ (Kollewe, 2015, S. 198) steht ursprünglich für die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen, aber wurde später auch auf die Rechte der älteren Bevölkerung übertragen. Die **Partizipation** älterer Menschen zielt zum einen auf eine Bedürfniserfassung ab, soll aber insbesondere **sozialbenachteiligte Zielgruppen** im Sinne des Empowerment-Ansatzes unterstützen (Kollewe, 2015). Dazu bedarf es eines

weiteren Einbezugs älterer Bürger in politischen Gremien, der Öffnung von Institutionen für qualifiziertes Engagement sowie einer geregelten Finanzierung (Dienel & Blanckenburg, 2010; Naegele, 2010). Zudem muss die Verwaltung bereit sein, gemeinsame Aktivitäten im Sinne trisektoraler Kooperationen zu moderieren und weniger als Alleinverantwortlicher zu agieren (Dienel & Blanckenburg, 2010). Naegele (2010) hebt weiter die Bestrebungen der Enquête-Kommission-Bürgerschaftliches-Engagement hervor, die Bürger an für sie relevanten Entscheidungsprozessen vermehrt zu beteiligen und dabei die Verfahren so zu gestalten, dass eine bestmögliche Beteiligung erreicht wird. Neben etablierten und formellen Grundlagen der Partizipation (z.B. Seniorenmitwirkungsgesetz) werden in Deutschland aktuell zahlreiche **innovative Formen der Beteiligung** (user involment) erprobt (Kollewe, 2015). Als geeignet haben sich beispielsweise niedrigschwellige lokale runde Tische und Stadtteilkonferenzen erwiesen (Naegele, 2010). Die Beteiligung älterer Menschen kann auch durch die Planung und Durchführung konkreter Projekte realisiert werden (Böhme & Franke, 2010) oder mittels eines verstärkten bürgerschaftlichen Engagements erfolgen (Kricheldorff et al., 2015). Es liegen verschiedene Ansätze zur Beschreibung der unterschiedlichen Beteiligungsstufen vor (Arnstein, 1969; Wright, 2010; Wright, Unger & Block, 2010). In der aktuellen Praxis der Gesundheitsförderung hat sich insbesondere das Modell der **Stufen der Partizipation** etabliert, welches aufgrund des Schwerpunkts der Arbeit nicht weiter vertieft wird (Wright, 2010; Wright et al., 2010;). Ein etabliertes Instrument zum Aufbau und zur Sicherung entsprechender Prozesse ist die partizipative Qualitätsentwicklung (Kilian et al., 2008; Tempel et al., 2014; Wright, 2010; Wright et al. 2015, 2010). Es zielt auf eine gleichberechtigte Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure, inklusive der Zielgruppe ab und orientiert sich dabei an den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung: Partizipation, Kompetenzentwicklung und Empowerment (Tempel et al., 2014). Darüber hinaus wird der Einbindung relevanter Stakeholder eine bedeutsame Rolle beigemessen (King & Ehlert, 2008; Wallace & Alkin, 2008), darf aber, wie auch für die Zielgruppe älterer Menschen, nicht als **Scheinpartizipation** instrumentalisiert werden, um Entscheidungen nachträglich zu legitimieren (Heite et al., 2015; Kollewe, 2015). Partizipative Prozesse benötigen in Bezug auf die Zielgruppe (Heite et al., 2015) sowie relevante Akteure finanzielle und zeitliche Ressourcen (King & Ehlert, 2008; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008).

Auch erfolgreiche Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen scheitert häufig an unzureichenden zeitlichen, personellen oder finanziellen Ressourcen (Kilian et al., 2008). Die bislang unverbindliche und unklare **Finanzierung** gesundheitsförderlicher Maßnahmen (Kilian et al., 2008) soll in Deutschland mit dem Präventionsgesetz verbessert werden, da die eigenständige Akquise von finanziellen Mitteln die Umsetzung erschweren kann. Öffentliche Gelder der Länder oder Kommunen stellen für etwa die Hälfte der Maßnahmen

der bundesweiten Praxisdatenbank „**Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten**“, in der auch zahlreiche Beispiele guter Praxis der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter vorgestellt werden, die wichtigste Finanzierungsquelle dar (Kilian et al., 2008). Nach Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007) sollten Kommunen zudem langfristige Kosteneinsparungen in Bezug auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen bedenken, die aus einer Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter resultieren würde.

1.4.5 Zusammenfassung der Befundlage

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ältere Bevölkerung eine in sich sehr heterogene Gruppe darstellt. Besonders hervorzuheben sind vor allem Divergenzen hinsichtlich der funktionalen Kompetenz, die mittels verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention trotz abnehmender personaler Anpassungsressourcen möglichst lange aufrechterhalten werden kann (siehe "WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern"; WHO, 2015). Neben der Relevanz zielgruppenspezifischer Angebote gewinnt eine positive Person-Umwelt-Interaktion an Bedeutung, die auch eine selbstständige Lebensführung sowie die soziale Teilhabe im Alter beeinflusst. Neben einer altersgerechten Stadtgestaltung zur Förderung sozialer Interaktion und Aktivität sollten aufgrund des Risikos der Vereinsamung vor allem nachbarschaftliche Kontakte, im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft, unterstützt werden. Dies unterstützt zudem das Zugehörigkeitsgefühl im Stadtteil (Belonging), welches insbesondere im hohen Lebensalter bedeutsamer wird. Neben sozial benachteiligten Zielgruppen sollten vor allem ältere Menschen mit einem Mangel an sozialen Kontakten identifiziert und erreicht werden, um dem Risiko der Vereinsamung entgegenzuwirken. Ältere Menschen werden laut dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) vor allem im Stadtteil erreicht und die Kommune wird insgesamt als sogenanntes Dachsetting verstanden, dem eine hohe Verantwortung für die altersgerechte Stadtgestaltung (u.a. Infrastruktur, kurze Wege) beigemessen wird. Ferner wirken dort zahlreiche Einflussfaktoren auf die Gesundheit, welches die Relevanz einer ganzheitlichen Sicht auf Gesundheit unterstreicht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Gesundheitsförderung und Prävention zwar an Bedeutung gewonnen haben, aber der Stellenwert im Vergleich zu versorgungsbezogenen Aspekten bislang nicht ausreicht. Insgesamt ist ein Wandel von einer Altenhilfe- hinzu einer modernen Sozial- und Altenpolitik zu verzeichnen, wenngleich die Versorgung noch immer im Vordergrund steht und vor allem die Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen gegenüber der jüngeren Bevölkerung vernachlässigt wird. Insgesamt wird, trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme, die Verbreitung guter Praxis und die Etablierung internationaler Qualitätsstandards in der Gesundheitsförderung und Prävention angestrebt. Zudem existieren zahlreiche Qualitätskriterien und Instrumente zur Qualitätssicherung. In Deutschland haben sich vor allem der „Good-Practice-Ansatz“ sowie die partizipative Qualitätsentwicklung etabliert. Im Zentrum stehen vor allem partizipative Prozesse und eine systematische intersektorale Zusammenarbeit, aber auch eine daten- und evidenzbasierte Praxis sowie begleitende und langfristige Evaluationen sind für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung im Alter bedeutsam.

1.5 Europäisches Forschungskonsortium MINDMAP

1.5.1 Beschreibung des Forschungskonsortiums

Das MINDMAP Konsortium (MINDMAP – Promoting mental well-being and healthy ageing in cities) wird unter Leitung von Prof. Dr. Frank van Lenthe (Erasmus University Medical Center Rotterdam) von 2016 bis 2019 von der Europäischen Union unter HORIZON 2020 gefördert (Förderkennzeichnen: Nr. 667661). Dem Konsortium gehören interdisziplinäre Universitäten und Forschungseinrichtungen aus insgesamt 12 europäischen Städten an, die von einer Partner-Institution in den USA (Drexel University School of Public Health) sowie zwei Partner-Institutionen in Kanada (McMaster University, McGill University einschließlich der Maelstrom Research Collaborative Group) begleitet werden. Es werden insbesondere **Determinanten funktionaler** und **mentaler Kapazität älterer Menschen** in Europa erforscht und insbesondere Zusammenhänge zwischen **städtischer Umwelt** und **dem Wohlbefinden** älterer Menschen untersucht. Im Zentrum steht dabei die Harmonisierung urbaner Langzeitkohorten-Studien zum Älterwerden in Europa (Dapp et al., 2016, 2017; MINDMAP cities, 2019). Dem MINDMAP Konsortium gehören die nachfolgenden 12 europäischen Städte an (Tab. 3), die von Experten unterschiedlicher Fachrichtungen vertreten werden, sodass interdisziplinäre Perspektiven berücksichtigt werden können. Neben der Geriatrie sind auch die Psychologie und Psychiatrie, Sozialwissenschaften, Biologie, Epidemiologie und Epigenetik sowie Geographie vertreten (MINDMAP cities, 2019).

Tabelle 3: *Teilnehmende 12 europäische MINDMAP Städte inklusive der Langzeitstudien (entnommen aus MINDMAP cities, 2019).*

Stadt/Region	Studienname
Amsterdam	LASA LongitudinalAging Study Amsterdam, LASA
Eindhoven	GLOBE Study
Hamburg	LUCAS Longitudinal Urban Cohort Ageing Study
Krakow, Kaunas, Prag	HAPIEE Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe Study
Nord-Trøndelag	HUNT Nord-Trøndelag Health Study
Paris	RECORD Residential Environment and CORonary heart Disease Study
Rotterdam	RotterdamStudy
Turin	Longitudinal Study
London	ohne Langzeitkohorte
Helsinki	ohne Langzeitkohorte

Die vorliegende Dissertation wurde in Kooperation mit dem MINDMAP Konsortium in Zusammenarbeit mit der Forschungsabteilung des Albertinen Hauses Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg

und unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse und Frau Dr. rer. nat. Ulrike Dapp verfasst. Das geriatrische Forschungsinstitut (MINDMAP Partner Hamburg) ist für die Bearbeitung des Arbeitspakets 9 / WP 9 (Englisch: workpackage = WP) „Geriatrics & health care“ verantwortlich. Die Verfasserin war an der Bearbeitung des Teilarbeitspakets 9.4 beteiligt, welches darauf abzielte, aus einer geriatrischen Perspektive zu analysieren, inwiefern gesundheitsbezogene Strategien umweltbezogene Faktoren zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention sowie Behandlung und Versorgung psychischer Erkrankungen beinhalten (MINDMAP cities, 2019). Eine Übersicht der Arbeitspakete des gesamten MINDMAP Forschungskonsortiums ist in der nachstehenden Abbildung 13 dargestellt.

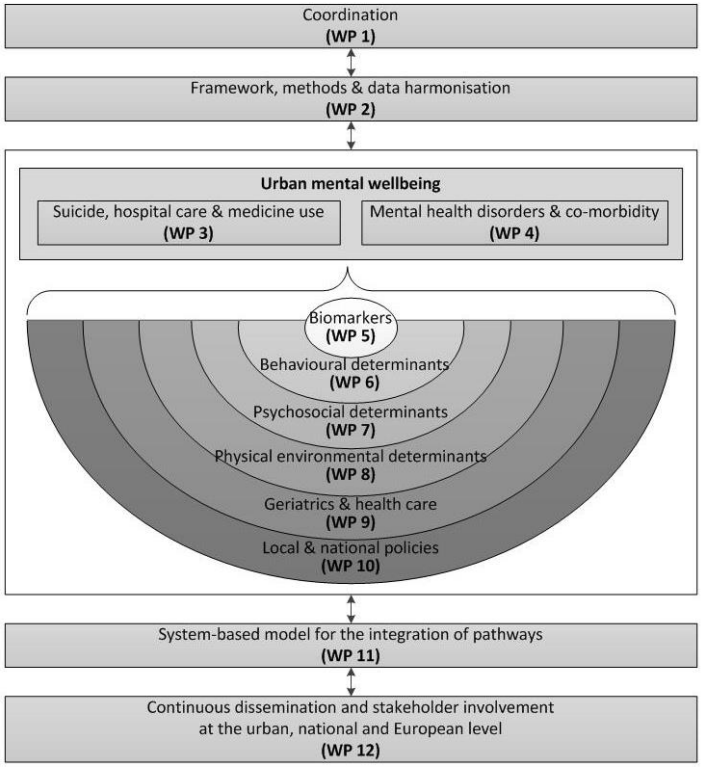


Abbildung 13: Übersicht der Arbeitspakete des MINDMAP Konsortiums (MNDMAP cities, 2019).

Die Kooperation des geriatrischen Forschungsinstituts und der Verfasserin zeichnete sich dadurch aus, dass die Verfasserin die Daten intrinsisch motiviert erhoben und aufbereitet hat und diese für die erfolgreiche Bearbeitung des WP 9.4, aber ebenso für die Doktorarbeit und weitere Veröffentlichungen der Verfasserin genutzt werden können.

1.5.2 Subanalysen der Datenbasis

Im Rahmen der Kooperation der Verfasserin mit dem MINDMAP Partner Hamburg wurden Teilergebnisse der Studie bereits in einem Fachartikel („The MINDMAP project: mental well-being in urban environments“) in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie publiziert

(Neumann et al., 2017). Dieser ist dem Anhang B7 beigefügt. Die Befunde basieren auf den von der Verfasserin durchgeführten **halbstrukturierten leitfadengestützten Experteninterviews**, die im Abschnitt 2.2.2 näher beschrieben werden. Das methodische Vorgehen der Datenerhebung entspricht somit dem der Dissertation, sodass auch detaillierte Informationen zum Studiendesign, zur Stichprobe sowie zur Datenerhebung und -auswertung im empirischen Teil dieser Arbeit erfolgen. Die Ergebnisse zu den **gesundheitsbezogenen Interventionen** dienen als Datenbasis für die quantitativen Analysen der Dissertation, in dem die genannten Interventionen in das „**WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern**“ eingeordnet wurden (Teil 1; WHO, 2015). Aufgrund des Forschungsinteresses der Verfasserin, weitere vertiefende Informationen zur inhaltlichen Ausgestaltung der **gesundheitsbezogenen Strategien**, **Besonderheiten der Zielgruppe** sowie **hinderlichen** und **förderlichen Faktoren** einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung im Alter zu erhalten, wurden im Rahmen der Dissertation vertiefende qualitative Analysen durchgeführt.

Ziel der vorangegangenen Subanalysen war es in erster Linie, vorliegende gesundheitsbezogene Strategien und Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens sowie zur Reduzierung psychischer Erkrankungen im Alter zu ermitteln. Zur Erfassung weiterführender Informationen wurden die Originaldokumente der Strategien sowie im Internet auffindbare Informationen zu den Interventionen von der Verfasserin recherchiert, gesichtet und relevante Informationen in eine **Bewertungsmatrix** eingetragen. Insofern keine englischsprachigen Dokumente auffindbar waren, erfolgte eine zeitintensive Übersetzung mittels online-gestützter Übersetzungsprogramme. Die ergänzenden Befunde trugen jedoch dazu bei, insbesondere die genannten Strategien besser zuordnen zu können. Zur Absicherung der recherchierten Zusatzinformationen wurden diese im Sinne der **kommunikativen Validierung** von den Interviewpartnern überprüft und abgesichert (vertiefend Abschnitt 2.4.2). Zudem wurde im Rahmen der **explorativen Subanalysen** der Versuch unternommen, die in den genannten Strategien angesprochenen Determinanten zur Förderung der psychischen Gesundheit zu erfassen. Die Kategorien orientieren sich an dem Modell „Determinanten der Gesundheit“ von Dahlgren und Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 2007; siehe Abschnitt 1.4.2.1) sowie an der Struktur des MINDMAP-Konsortiums WP 6 - WP 10 (siehe Abschnitt 1.5.1). Die Relevanz der Thematik resultiert zum einen aus der Notwendigkeit einer ganzheitlichen Sicht auf Gesundheit, bedingt durch zahlreiche Einflussfaktoren der sozialen und räumlichen Umwelt (Dahlgren & Whitehead, 2007) sowie der nachgewiesenen Beeinflussbarkeit der funktionalen Kompetenz im Alter durch umweltbezogene Aspekte (WHO, 2015).

Im nachstehenden Kasten sind die Fragestellungen aufgeführt, die den publizierten Subanalysen zugrunde lagen. Im ersten Teil werden die gesundheitsbezogenen Strategien sowie die adressierten Determinanten der Gesundheit erhoben, während der zweite Teil auf die Erfassung gesundheitsbezogener Interventionen abzielt. Aufgrund der Interviewdurchführung in englischer Sprache sind die Fragestellungen im nachstehenden Kasten 6 ebenso dargestellt.

Kasten 6: Fragestellung der publizierten Subanalysen.

Part 1: Policies & Strategies related to Mental Health Promotion

Question 1: Please name the policies and strategies in your city that address mental health for older people (mental health promotion and mental disorder prevention).

Question 2: Which determinants or factors are considered in the implemented policies and strategies of mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people in your city?

Part 2: Mental Health Programmes & Providers
Question 3: Which programmes addressing mental health for older people are currently implemented in your city?

Folglich werden exemplarisch die Ergebnisse der Subanalysen beschrieben. In der Vollerhebung (12 von 12 Städten) wurden insgesamt 41 Strategien und 280 Programme auf Stadtebene identifiziert.

Gesundheitsstrategien. Die Experten berichteten allesamt von vorhandenen nationalen Strategien und darüber hinaus von mindestens einer (1-7) kommunalen Strategie beziehungsweise einer Strategie auf Stadtebene. Diese zielten entweder auf die Förderung psychischer Gesundheit, die Prävention psychischer Erkrankungen, deren Behandlung oder Pflege ab. Das Handlungsfeld der psychischen Gesundheit wurde in 8 von 41 Strategien (z.B. Pakt für Prävention/Hamburg) adressiert, psychische Störungen oder Erkrankungen, wie beispielsweise Depression, Demenz oder auch Einsamkeit dagegen deutlich häufiger (22 von 41). Mehr als die Hälfte der Strategien basierten auf einem generalisierten Ansatz, der präventive oder gesundheitsfördernde Aspekte sowie die Themengebiete Behandlung, Versorgung, Rehabilitation und Pflege gemeinsam berücksichtigte. Ältere Menschen wurden in den meisten Strategien (32 von 41) als primäre Zielgruppe oder zumindest als definierte Subgruppe berücksichtigt, während die anderen von den Experten genannten Strategien (9 von 41) sich ohne weitere Differenzierungen an die Gesamtbevölkerung richteten. In Rotterdam wurde die Gesamtbevölkerung beispielsweise im Rahmen der städtischen Gesundheitsstrategie „Rotterdam Vitale Stad“ angesprochen und ältere Menschen bei altersspezifischen Themen, wie Einsamkeit (Vor

Mekaar) und der Unterstützung einer selbstständigen Lebensweise (Langer Thuis) fokussiert. Insbesondere in den folgenden Städten wurden ältere Menschen in allen erfassten Strategien explizit adressiert: Hamburg, Nord-Trøndelag, Turin, Helsinki und Eindhoven. In den weiteren Fällen wurde die Gesundheit älterer Menschen beziehungsweise ein gesundes Altern auf nationaler Ebene berücksichtigt.

Determinanten. In 28 von 41 Fällen spielte die Berücksichtigung geriatrischer oder medizinischer Determinanten eine bedeutende Rolle. In 27 von 41 Fällen wurden insbesondere psychosoziale und einmal weniger verhaltensorientierte Determinanten adressiert. Ähnlich häufig traf dies auf die Gestaltung der physischen Umwelt zu (25 von 41). Am häufigsten wurde jedoch eine Verbindung zur politischen Ebene gesehen (32 von 41). In Helsinki wurden beispielsweise explizit alle fünf Determinanten als relevante Handlungsfelder aller aufgeführten politischen Strategien verstanden. Der dort vorliegende "Action Plan of Older People’s Health and Wellbeing" befasste sich zum Beispiel mit Pflegeleistungen, Lebens- und Wohnbedingungen, öffentlichem Nahverkehr/Mobilität und körperlicher Aktivität, Menschen mit Gedächtnisproblemen sowie Informationen und Wissen über ein gesundes Altern. Zudem orientierte sich diese Strategie an nationalen Vorgaben und war mit weiteren kommunalen Strategien der Stadt verknüpft. In Amsterdam, Hamburg, Krakau, London, Nord-Trøndelag, Paris und Rotterdam wurden in mindestens der Hälfte der Strategien zumindest drei der Determinanten adressiert.

Interventionen. Insgesamt wurden 280 Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit erfasst. Davon adressierten 197 Angebote ausschließlich die Zielgruppe älterer Menschen und andere schlossen diese in generationsübergreifende Programme ein. Fast ein Drittel (32,5 %, 91 von 280) der Programme zielten explizit auf Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (z. B. Turin: Bewegung in der Natur). Während das Projekt GRIP & GLANS aus Rotterdam beispielsweise an der Ressourcenstärkung im Alter ansetzte, zielten andere Angebote (z.B. Parks in Move/Prag) auf die Förderung der körperlichen Aktivität ab. Das Londoner Projekt "Fit as a Fiddle" adressierte hingegen gleich mehrere Aspekte, wie kognitives Training (z.B. Tai-Chi), körperliche Aktivität und die Förderung sozialer Interaktion. Einige Programme richteten sich zudem an spezielle Zielgruppen (45,7 %, 128 von 280). Die genannten Interventionen wurden entsprechend ihrer primären Zielsetzung entweder von den Befragten selbst oder im Nachhinein durch die Interviewerin und eine weitere Projektmitarbeiterin zu 16 vorab definierten Kategorien zugewiesen. So wurden in den 12 Städten 49 Interventionen zur Förderung der sozialen Teilhabe aufgeführt (z.B. Seniorentreffpunkte). Am zweithäufigsten wurden Angebote genannt, die bei der Bewältigung des Alltags unterstützen (37), gefolgt von Angeboten zur Bewegungsförderung (32).

Zusammenfassung und Verknüpfung mit dem Dissertationsvorhaben

Die Ergebnisse der Subanalysen zu gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen wiesen eine Bandbreite an Strategien und Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens im Alter auf. In Bezug auf die Strategien wurde ersichtlich, dass konkrete psychische Störungen und deren Risikofaktoren, wie Vereinsamung, deutlich häufiger als die Förderung der psychischen Gesundheit adressiert wurden. In mehr als der Hälfte der genannten Strategien wurden die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention sowie Behandlung, Versorgung und Pflege gemeinsam berücksichtigt. Überwiegend wurde die ältere Bevölkerung direkt adressiert oder als Subgruppe hervorgehoben. Andere wenige haben die Gesamtbevölkerung im Allgemeinen angesprochen oder fokussierten ältere Menschen in Bezug auf altersassoziierte Risiken. Die Ergebnisse zu den gesundheitsbezogenen Interventionen wiesen darauf hin, dass die genannten Interventionen vor allem die Förderung der sozialen Teilhabe, die Unterstützung der Alltagsbewältigung sowie die Bewegungsförderung fokussierten. Obwohl mittels der Ergebnisse der publizierten Subanalysen bereits gewinnbringende Kenntnisse zu aktuell vorliegenden Strategien aufgezeigt wurden, können keine vertiefenden Aussagen zu den darin adressierten Themen und deren Relevanz getroffen werden. Auf dieser Datenbasis baut die Auswertungsfrage 1 des Dissertationsvorhabens auf (Teil 1). Die Kenntnisse zu den Determinanten der Gesundheit, die in den gesundheitsbezogenen Strategien adressiert wurden, wiesen auf einen engen Zusammenhang zur politischen Ebene hin. Es ist jedoch zu betonen, dass die weiteren Determinanten ähnlich häufig mit den Strategien assoziiert wurden, sodass eine mehrheitlich ganzheitliche Sichtweise auf Gesundheit verdeutlicht wurde. In Bezug auf die gesundheitsbezogenen Interventionen wurde ersichtlich, dass auch hier eine Vielfalt vorliegt, wobei die Ausprägungen zwischen den einzelnen Städten divergierten. Die Ergebnisse liefern bedeutsame Informationen zur Angebotsvielfalt. Mittels der Verortung der gesundheitsbezogenen Interventionen in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (Teil 1; WHO, 2015) auf Basis der Ergebnisse der publizierten Subanalysen sollen Potentiale und Handlungsbedarfe der einzelnen Städte aufgezeigt werden. Zudem sollen mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse vertiefende Kenntnisse zur inhaltlichen Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Strategien (Teil 2), den Besonderheiten der Zielgruppe (Teil 3) sowie zu hinderlichen und förderlichen Faktoren einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen (Teile 4a+b) erfasst werden, um Handlungsempfehlungen für die weitere Praxis abzuleiten.

1.6. Zusammenfassung und Relevanz des Promotionsvorhabens

Die dargelegte Literatur unterstreicht das **Präventionspotential** älterer Menschen, welches vor allem daraus resultiert, dass sie in der Lage sind altersassoziierte Beeinträchtigungen weitgehend zu kompensieren und ihr **Wohlbefinden** entsprechend aufrechterhalten können. Wenngleich der **Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter** steigt und ältere Menschen beispielsweise im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) eine relevante Zielgruppe darstellen (Deutscher Bundestag, 2015), besteht insbesondere hinsichtlich der Förderung der psychischen Gesundheit ein weiterer Handlungsbedarf. Ein Modell, das die funktionale Kapazität in den Mittelpunkt stellt, wurde von der WHO 2015 entwickelt: das „**WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern**“. Hierbei beschreibt die **funktionale Kompetenz** die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, individuell bedeutsame Aktivitäten auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Menning & Hoffmann, 2009; WHO, 2015). Im Modell wird der Grad der funktionalen Kapazität von einer hohen bis zur einen deutlichen Abnahme der funktionalen Kapazität unterschieden und zudem werden die folgenden drei Handlungsebenen differenziert: „health services“, „long-term care“ und „environment“. Das Modell kann erklären, dass durch die Verbesserung der sozialen und räumlichen Umwelt die funktionale Kompetenz älterer Menschen erhalten bleibt, obwohl die personalen Anpassungsressourcen deutlich abnehmen. Dem Modell entsprechend sollten **zielgruppenspezifische Angebote** weniger altersangepasst gestaltet sein, sondern die individuelle funktionale Kompetenz berücksichtigen.

Im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen umweltbezogene Maßnahmen, da eine positive **Person-Umwelt-Interaktion** im Alter an Bedeutung gewinnt. Zudem steigt die Anzahl der älteren Stadtbevölkerung weiter an, welches den Fokus auf den urbanen Raum unterstützt. Eine gute Ausgestaltung der Wege unterstützt neben die **Mobilität**, aber allem auch eine **selbstständige Lebensführung** und fördert die **soziale Teilhabe**, die beide für das **Wohlbefinden** im Alter von hoher Bedeutung sind. Die soziale Teilhabe kann zudem durch **Gelegenheitsstrukturen**, wie Senioren- oder Nachbarschaftstreffpunkte, unterstützt werden. Als bedeutsam haben sich vor allem **generationsübergreifende Kontakte** erwiesen, da die Weitergabe von Kompetenz und Erfahrungswissen an nachfolgende Generationen eine zentrale Entwicklungsaufgabe im Alter darstellt. Auch die soziale Aktivität ist bedeutend und „**active ageing**“ hat für die WHO eine Schlüsselpriorität, wenn das Wohlbefinden im Alter gefördert werden soll. Es gilt in diesem Zusammenhang jedoch noch, auch **soziale Ungleichheiten** zu berücksichtigen, die sowohl unzureichende finanzielle Mittel als auch schwierige Lebenssituationen bedingen können.

Ein zentrales Risiko stellt aufgrund des zunehmenden Verlustes nahestehender Personen sowie zunehmender altersassoziierter Beeinträchtigungen die **soziale Isolation** dar, wenngleich der **Vereinsamung** ein größeres Gesundheitsrisiko zugesprochen wird. Von Vereinsamung wird gesprochen, wenn ein Ungleichgewicht zwischen vorhandenen Kontakten und dem Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit vorliegt. Hinsichtlich der bedeutsamen Förderung der **sozialen Teilhabe** (soziale Interaktion und soziale Aktivität), gilt es zu berücksichtigen, dass ältere Menschen entsprechend der Theorie der **emotionalen Selektivität** soziale Kontakte bewusst reduzieren und bedeutsame Beziehungen intensivieren. Die direkte Wohnumwelt gewinnt für ältere Menschen aufgrund des sich reduzierenden Aktionsradius im Allgemeinen an Bedeutung und stellt ein zentrales Setting für die Gesundheitsförderung im Alter dar, obwohl insbesondere im sehr hohen Alter das Zugehörigkeitsgefühl im Stadtteil (**Belonging**) wichtiger wird. Dies kann u.a. durch eine Stärkung des **achtsameren Umgangs** untereinander innerhalb der Nachbarschaft unterstützt werden. Zudem werden **Individualisierungstendenzen** abgebaut und Sorgestrukturen unterstützt, die vor allem im Alter bedeutend sind. Eine besondere Problematik stellt die **Erreichbarkeit** älterer Menschen dar, welche sich im Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung oder sozialer Isolation weiter verstärkt. Entsprechend sollten diese Menschen besonders berücksichtigt werden, um ein **Präventionsdilemma**, nachdem vor allem diejenigen erreicht werden, die ohnehin aktiv sind, zu vermeiden. Dies kann vor allem über die Hausarztpraxis oder im Rahmen von Hausbesuchen realisiert werden.

Laut der Befundlage der Literatur wird der **intersektoralen Zusammenarbeit** zwischen relevanten Akteuren der kommunalen Gesundheitsförderung eine hohe Bedeutung beigemessen. Diese kann auf der Interventionsebene u.a. mit Hilfe von **Präventionsketten** unterstützt werden, welche jedoch insbesondere für die Zielgruppe älterer Menschen bislang unzureichend vorliegen. Zudem kann die Zugehörigkeit zu einem übergeordneten Netzwerk die Zusammenarbeit verschiedener Akteure und Sektoren unterstützen. Eine zentrale Bedeutung wird der **Beteiligung der Zielgruppe sowie relevanter Akteure** zugesprochen und betont, dass eine Scheinpartizipation vermieden werden sollte. Es wird zudem auf die unterschiedlichen **Gesundheitssysteme** in Europa sowie gleichzeitige Bemühungen mittels internationaler Strategien und Netzwerke (z.B. WHO Global Age Friendly Cities, WHO Age Friendly Environments in Europe) hingewiesen, die darauf abzielen, den **Stellenwert von Gesundheitsförderung im Alter** zu erhöhen und gleiche Qualitätsstandards anstreben. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass in der Praxis noch immer die psychiatrische Versorgung der älteren Bevölkerung fokussiert wird.

Im Rahmen der **publizierten Subanalysen** wurde vor allem der Fokus der gesundheitsbezogenen Interventionen auf die Förderung der **sozialen Teilhabe**, die

Unterstützung der Alltagsbewältigung und **Bewegungsförderung** ersichtlich. Diese Daten stellen die Basis für die Verortung der Interventionen in das „**WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern**“ dar (Teil 1; WHO, 2015), um stadtbezogene Potentiale und Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Ferner wurden entsprechend der Ergebnisse der Subanalysen zu den gesundheitsbezogenen Strategien häufiger konkrete psychische Störungen und **weniger die Förderung der psychischen Gesundheit** thematisiert. Die Ergebnisse liefern hingegen keine Informationen zur inhaltlichen Ausgestaltung oder praktischen Umsetzung der gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen. Zudem fehlen auch Erkenntnisse zu Besonderheiten, die in Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen zu berücksichtigen sind. Um weitere Aussagen zur **inhaltlichen Ausgestaltung der Strategien** (Teil 2), zu **Besonderheiten der Zielgruppe** (Teil 3) sowie **hinderlichen und förderlichen Faktoren** einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung (Teile 4a+b) zu erhalten, wurden im Rahmen der Dissertation vertiefende qualitative Analysen vorgenommen. Die vertieften Analysen ermöglichen es darüber hinaus, Aussagen zu **Gemeinsamkeiten und Divergenzen** der befragten Städte in Bezug auf die Ziele der gesundheitsbezogenen Strategien sowie hinsichtlich einer gelingenden Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung zu treffen und **Potentiale** sowie weitere **Handlungsbedarfe** aufzuzeigen. Dies ist von besonderer Relevanz, da bislang nur eine sehr fragmentierte Kenntnis zu gesundheitsbezogenen Strategien auf Stadtebene im europäischen Raum vorliegt. Insgesamt greift das Promotionsvorhaben eine sehr aktuelle Thematik auf und leistet einen wichtigen Beitrag zur Weiter-(entwicklung) gesundheitsbezogener Strategien und Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens älterer Menschen im urbanen Raum.

2 Methodisches Vorgehen des Promotionsvorhabens

Das folgende Kapitel stellt das vorliegende Promotionsvorhaben vor, welches im Rahmen des europäischen Forschungskonsortium MINDMAP realisiert wurde. Nach der Vorstellung des methodischen Vorgehens und der zugrundeliegenden Fragestellungen, wird die eigenständig durchgeführte Datenerhebung sowie die Auswertung des qualitativen Materials beschrieben, welches in Form von Transkripten vorliegt. In der Datenauswertung werden im Sinne der Methodentriangulation qualitative und quantitative Verfahren kombiniert.

2.1. Studiendesign und Herleitung der Fragestellungen

Die Fragestellungen dienen der Hypothesengenerierung, da für die befragten 12 Städte bislang des europäischen MINDMAP Konsortiums kaum Informationen zu gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen auf Stadtebene vorliegen. Die Datengrundlage stellen die halbstrukturierten leitfadengestützten Experteninterviews dar, die quantitativ und qualitativ ausgewertet wurden. Die Abbildung 14 visualisiert das Vorgehen. Die Datenbasis der quantitativen Analysen der Dissertation (Teil 1) stellen die Ergebnisse der unter Abschnitt 1.5.2 vorgestellten Subanalysen dar, die von der Verfasserin durchgeführt und bereits veröffentlicht wurden. Das Vorgehen im Rahmen des MINDMAP Forschungskonsortiums ist in der Abbildung mit einer gestrichelten Linie gekennzeichnet. Ausgehend von den publizierten Erkenntnissen, die einen gewinnbringenden Überblick zu gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen darlegten, wurden die Ergebnisse für die Einordnung der gesundheitsbezogenen Interventionen in das "**WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern**" herangezogen (Teil 1; WHO, 2015), sodass stadtbezogene Potentiale und Handlungsbedarfe aufgezeigt werden können. Zudem stellt die Datenbasis die Ausgangslage für die vertiefenden **qualitativen Analysen** dar, da diese Aussagen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Strategien, zu Besonderheiten der Zielgruppe sowie hinderlichen und förderlichen Faktoren für eine gelingende Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung ermöglichen (Teile 2 bis 4a+b). Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde in Bezug auf die qualitative Analyse des Datenmaterials die induktive Kategorienbildung gewählt (Mayring, 2015), wie in Abschnitt 2.4.3 näher erläutert.

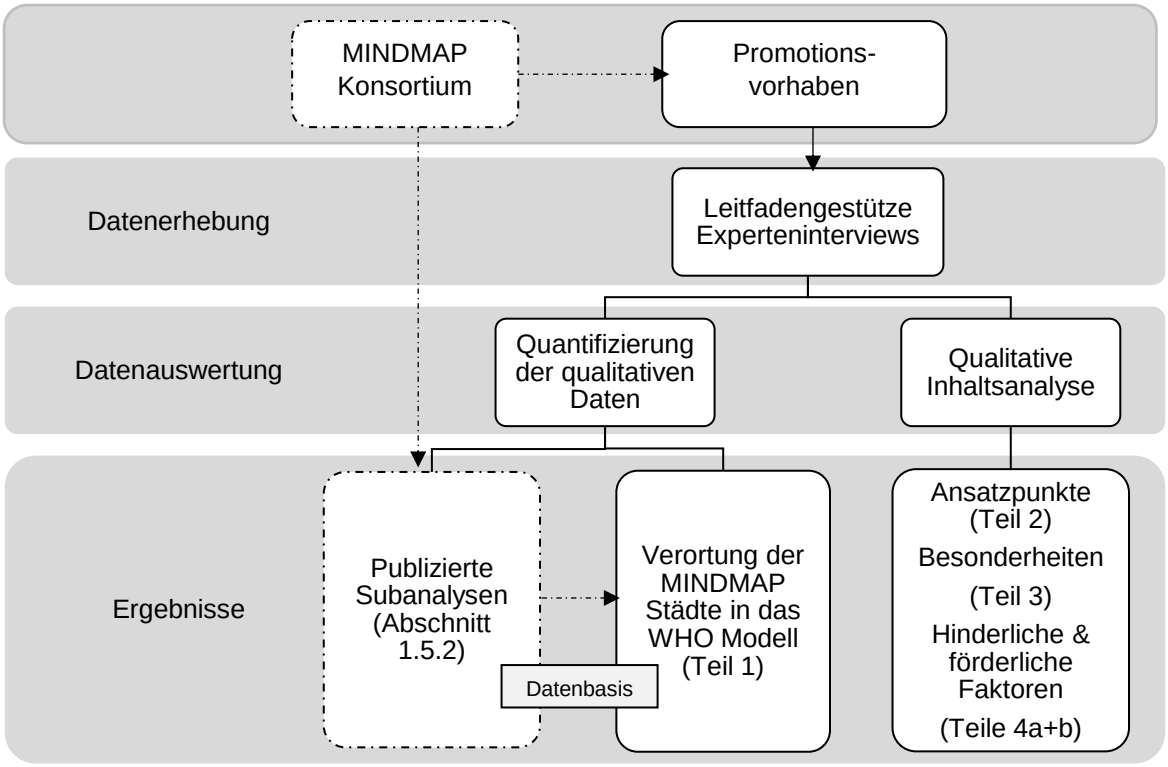


Abbildung 14: Studiendesign des Promotionsvorhabens.

Ausgehend von fünf zugrundeliegenden Fragestellungen gliedert sich das Promotionsvorhaben in fünf Teilbereiche, wie die nachstehende Tabelle 4 aufzeigt.

Tabelle 4: *Fragestellungen des Promotionsvorhaben.*

Leitfrage	Inwiefern wird im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung der 12 europäischen MINDMAP Städte das Wohlbefinden älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz gefördert?
Teil 1 Frage 1	Inwiefern wird in den genannten gesundheitsbezogenen Strategien der 12 europäischen MINDMAP Städte das Wohlbefinden älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz adressiert?
Teil 2 Frage 2	Welche Bestimmungsstücke des “WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern” berücksichtigen die MINDMAP Städte im Rahmen ihrer gesundheitsbezogenen Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens im Alter unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz?
Teil 3 Frage 3	Welche Besonderheiten der Zielgruppe gilt es darüber hinaus in der kommunalen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen?
Teil 4a Frage 4a	Welche hinderlichen Faktoren liegen hinsichtlich einer gelingenden Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung vor?
Teil 4b Frage 4b	Welche förderlichen Faktoren liegen hinsichtlich einer gelingenden Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung vor?

2.2 Studienverlauf

Eingangs wurde der WHO Bericht „**Mental Health Policy and Practice across Europe**“ (Knapp, McDaid, Mossialos & Thornicroft, 2007) herangezogen und von der Verfasserin gemeinsam mit dem MINDMAP Partner Hamburg, dem MINDMAP Konsortiumsleiter (University of Rotterdam) und dem MINDMAP Partner aus London (Kings College London) gesichtet. Ziel war es, festzustellen, ob ausreichend Informationen hinsichtlich gesundheitsbezogener Strategien und Interventionen für die teilnehmenden MINDMAP Städte vorliegen. Aufgrund der nicht ausreichenden Berücksichtigung der psychischen Gesundheit älterer Menschen im Gegensatz zu Arbeitnehmern, recherchierte die Verfasserin in weiteren **einschlägigen Online-Datenbanken** nach öffentlich zugänglichen gesundheitsbezogenen Strategien der teilnehmenden europäischen MINDMAP Städte, die in ihren Zielen und Maßnahmen das Wohlbefinden älterer Menschen berücksichtigen (vertiefend Abschnitt 2.2.1). Aufgrund der unzureichenden Informationen auf kommunaler oder Stadtebene, entwickelte sie mit Unterstützung des MINDMAP Partners Hamburg einen **theoriegeleiteten Fragebogen**, der später als **Bewertungsmatrix** diente (vertiefend s. Anhang B4). Zur Testung des Messinstruments wurde dieser als **Pre-Test** an zwei Experten (Mitarbeiter im Gesundheitsministerium Hamburg & Kopenhagen) gesendet. Es wurde in beiden Fällen zurückgemeldet, dass das Instrument zu umfangreich und die Fragestellungen zudem zu komplex seien. Ferner wurde empfohlen, eine qualitative Befragung mittels **qualitativer Interviews** durchzuführen (vertiefend Abschnitt 2.2.2).

Im Fokus der vorliegenden Dissertation steht die qualitative Auswertung der halbstrukturierten leitfadengestützten Experteninterviews entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Fenzl, 2014; Mayring, 2015), die zur besseren Lesbarkeit nachstehend als qualitative Inhaltsanalyse beschrieben wird. Gemeinsam mit zwei weiteren Mitarbeiterinnen der geriatrischen Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses (MINDMAP Partner Hamburg) generierte die Verfasserin mittels der **Quantifizierung der qualitativen Daten** (Transkripte) eine Datenbasis für die weiteren Analysen. Das Vorgehen ist unter 6.4.2 näher beschrieben. Erste Ergebnisse wurden bereits in einem Fachartikel veröffentlicht, bei dem die Verfasserin als Co-Autorin mitwirkte (Neumann et al., 2017). Das Datenmaterial stellt die Grundlage für die Auswertungsfrage 1 dar (Teil 1; Gesundheitsbezogene Interventionen), in dem die generierten Daten in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ verortet wurden (WHO, 2015; vertiefend Abschnitt 3). Für die Dissertation führte die Verfasserin zudem **vertiefende qualitative Analysen** durch, da die bisherigen Analysen keine Aussagen über die inhaltliche Ausgestaltung (Teil 2) oder praktische Umsetzung (Teile 4a+b) der gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen zu ließen. Zudem lagen keine

Erkenntnisse zu Besonderheiten der Zielgruppe vor, die in der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu berücksichtigen sind (Teil 3), sodass diese Auswertungsfrage ergänzt wurde, wenngleich dies eingangs nicht im Leitfaden erfasst wurde.

Der Studienverlauf entspricht dem „**Plan-Do-Check-Act**“ Verfahren (Taylor et al., 2014), welches einen etablierten Forschungszyklus im Public Health Bereich darstellt (Abb. 15). Aufgrund der Dynamik des Verfahrens ist dies in der Regel als Kreis dargestellt, wie es auch für die vorliegende Forschungsarbeit vorgenommen wurde. Die einzelnen Aspekte sind im weiteren Verlauf der Arbeit ausführlich beschrieben.

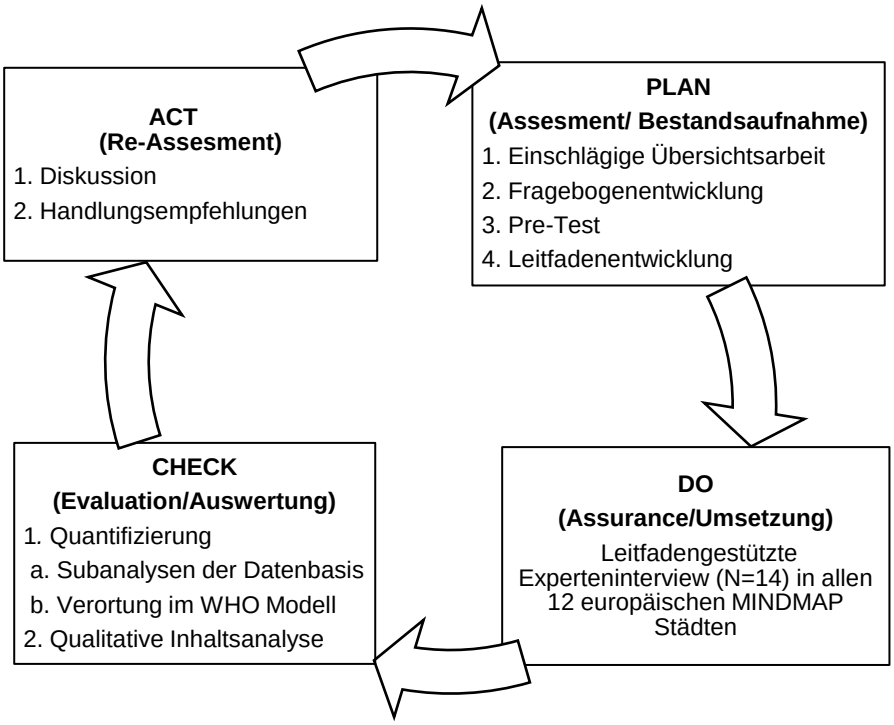


Abbildung 15: Aufbau des empirischen Teils des Promotionsvorhabens (modifiziert nach Taylor et al., 2014*).*

2.2.1 Einschlägige Übersichtsarbeit

Mittels einer Recherche in einschlägigen Datenbanken und ausgewählter grauer Literatur wurde der Mangel an öffentlich zugänglichen Informationen zu gesundheitsbezogenen Strategien der teilnehmenden Städte, in denen die psychische Gesundheit oder das Wohlbefinden älterer Menschen adressiert wird, ersichtlich. Die Rechercheorte (Datenbanken / Graue Literatur) wurden von der Verfasserin in Rücksprache mit dem MINDMAP Partner Hamburg sowie dem Konsortiumsleiter der Universität Rotterdam ausgewählt. Aufgrund der Tatsache, dass entsprechende Strategien nicht in wissenschaftlichen Artikeln und Datenbanken publiziert sind, wurde kein systematisches Review durchgeführt. Zu den in der Recherche analysierten Datenbanken zählt

beispielsweise die **WHO Onlineplattform MiNDbank** (WHO, 2019b), auf der internationale Strategien, Richtlinien oder Gesetze für gesundheitsbezogene Themen, wie die psychische Gesundheit gebündelt werden. Nachstehend sind die Fragestellung sowie die Schlagwörter beziehungsweise Suchkriterien und Orte der Recherche (Datenbanken/Graue Literatur) aufgeführt:

Fragestellung:

„Welche politischen Strategien zur Förderung des Wohlbefindens im Alter sind in ausgewählten Online Datenbanken auffindbar?“

Datenbanken / Graue Literatur:

- EUPoPP European profile of prevention and promotion of mental health (Samele, Frew & Urquia, 2019)
- WHO MiNDbank More Inclusiveness Needed in Disability & Development (WHO, 2019b)
- OECD Health Statistics 2015 (Organisation for Economic, 2015)

Schlagwörter:

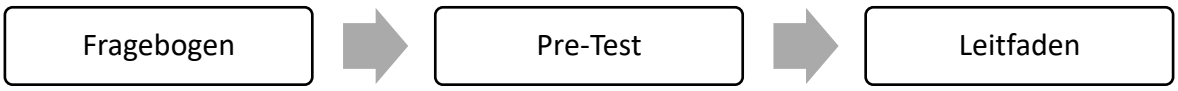
- Older People / Ageing
- Policies / Strategies
- Mental Health Promotion
- Healthy Ageing
- Well-being

Zudem wurden folgende Filtervariablen genutzt: 1. Stadt, 2. Kommune/Region, 3. Land. Die identifizierten Informationen wurden in einer umfassenden Exceltabelle dokumentiert und strukturiert dargestellt. Mittels der umfangreichen **Matrix** war es möglich, auf europäischer Ebene zur Verfügung stehende Daten und vorhandene Lücken aufzuzeigen. Wenngleich mehrheitlich nationale Strategien gefunden wurden, wurde ersichtlich, dass kaum Strategien auf kommunaler beziehungsweise Stadtebene öffentlich zugänglich sind. Diese Erkenntnisse begründen den **Forschungsbedarf** und bilden somit die Grundlage für die Entwicklung des Messinstruments der Dissertation.

2.2.2 Leitfadengestützte Experteninterviews

Basierend auf den Ergebnissen der Übersichtsarbeit und weiterführenden theoretischen Kenntnissen wurde ein Leitfaden für die Durchführung der **halbstrukturierten telefonischen Experteninterviews** entwickelt. Die Wahl einer qualitativen Forschungsmethode resultiert, wie aus den Rückmeldungen des Pre-Tests bestätigt, insbesondere aufgrund der Komplexität der Fragestellungen sowie dem explorativen Design der Studie (Lamnek & Krell, 2016).

Fragebogen. Auf Basis der Recherche in einschlägigen Datenbanken zu vorhandenen Gesundheitsstrategien und Interventionen wurde zunächst ein Fragebogen entwickelt, der diese Kenntnislücke hinsichtlich der teilnehmenden MINDMAP Partnerstädte erfassen sollte. In enger Absprache mit zwei Projektmitarbeiterinnen des geriatrischen Forschungsinstituts des Albertinen-Hauses war die Verfasserin maßgeblich für die Konzeption des Fragebogens verantwortlich. Die theoretischen Überlegungen werden nachstehend im Zusammenhang mit der Leitfadenkonzeption dargelegt, da eine nachträgliche Anpassung des Untersuchungsinstruments auf Basis des Fragebogens stattgefunden hat, wie nachstehend skizziert. Der ursprüngliche Fragebogen ist dem Anhang B4 beigefügt.



Pre-Test. Der entwickelte Fragebogen wurde als Pre-Test an Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums in Kopenhagen sowie Hamburg gesendet, um Verständlichkeit und Machbarkeit zu prüfen und mögliche Adaptionen vorzunehmen. Aufgrund der **Komplexität der Themenbereiche** sahen sich beide Probanden unabhängig voneinander nicht in der Lage, den quantitativen Fragebogen zu beantworten. Auf Basis dieser Rückmeldungen wurde entschieden, die Daten mittels halbstrukturierter leitfadengestützter (Telefon)-interviews zu erheben. Dies bietet zudem die Möglichkeit, durch gezieltes Nachfragen Problematiken oder komplexe Sachverhalte genauer zu erörtern und zudem Beispiele guter Praxis zu erfassen (Lamnek & Krell, 2016). Der vorab konzipierte Fragebogen diente als Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens und später als Bewertungsmatrix der quantifizierten Daten der publizierten Subanalysen (siehe Abschnitt 1.5.2). Es folgt die Beschreibung der Leitfadenentwicklung.

Leitfaden. Wie zuvor beschrieben, stellt der eingangs maßgeblich durch die Verfasserin konzipierte theoriegeleitete Fragebogen die Grundlage des Leitfadens dar, da die Befragungsmethode entsprechend der Pre-Test Ergebnisse angepasst wurde. Ein Leitfadeninterview zeichnet sich durch eine größtmögliche **Offenheit** trotz gegebener **Struktur** aus. Dies ermöglicht teilweise eine **Standardisierung**, erleichtert die Auswertung der Interviews und ermöglicht es, Vergleiche zwischen den Interviews anzustreben (Helfferich, 2014). In Anlehnung an den Fragebogen sowie unter Einbezug weiterer wissenschaftlicher Literatur und thematischer Vorüberlegungen wurde der Gesprächsleitfaden in Absprache mit dem Projektteam erstellt. Die Fragen wurden insbesondere in Anlehnung an die Erhebung „**Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme**“ formuliert (siehe Abschnitt 1.4.2.2), die im Auftrag der BZgA durchgeführt wurde (Hollbach-Grömig & Seidel-

Schulze, 2007). Darin sind viele relevante Aspekte hinsichtlich der Stärkung kommunaler Gesundheitsförderung im Alter aufgeführt. Die Frage nach dem politischen Stellenwert der Gesundheitsförderung im Alter („How important is mental health promotion for older people on the political agenda?") basiert beispielsweise auf dieser Quelle. Auch die Kenntnisse des **WHO Age Friendly Cities Project** (WHO, 2017d), der **ICF** (WHO, 2005), des **Frailty Konzeptes** (Bergman et al., 2004) und des **WHO Mental Health Action Plan** (WHO, 2013) wurden bei der Konzeption einbezogen. Unter Berücksichtigung des Forschungsinteresses der Verfasserin sowie den Anforderungen und Grenzen eines Leitfadeninterviews, wurden Teile des Fragebogenkomplexes gestrichen sowie weitere Fragen ergänzt. Es galt, den Rahmen des Leitfadens angemessen zu halten, aber dennoch der Komplexität der Thematik und dem Forschungsinteresse der Verfasserin und des MINDMAP Projektes (Arbeitspaket 9.4; siehe Abschnitt 1.5.1) gerecht zu werden. Neben dem Prinzip der größtmöglichen Offenheit sind in dem Leitfadeninterview auch geschlossene Fragen vorgesehen, die als Checkliste zur Erfassung exemplarischer Interventionen den Interviewpartnern vorab zugesandt wurde (vertiefend s. Anhang B3). Zur Gewährleistung der geforderten Offenheit besteht die Möglichkeit, den geschlossenen Teil des Fragenkatalogs durch Ad-hoc-Fragen zu ergänzen. Der Aufbau des Fragebogens orientiert sich vor allem an einer inhaltlichen Logik, aber die Reihenfolge dient auch dem Ziel eines möglichst fließenden Gesprächsverlaufs. Dazu zählen anfangs beispielsweise Fragen zur Förderung des Beziehungsaufbaus sowie zur Klärung der notwendigen Rahmenbedingungen, wie der zeitliche Rahmen oder die Frage nach dem Einverständnis einer Audioaufnahme des Interviews. Im Zentrum des Interviews stehen Aspekte des Hauptthemenkomplexes, die nach Möglichkeit in der aufgeführten Reihenfolge erfragt werden sollen (Tab. 5).

Tabelle 5: *Aufbau des Leitfadens.*

Einstiegsfragen	
Hauptthemenkomplex	Politische Strategien
	Praktische Interventionen
	Beteiligte Akteure
	Determinanten von Gesundheit
	Hinderliche und förderliche Faktoren
Ausstiegsfragen	

War eine Adaption für den Gesprächsverlauf anregend, konnte davon abgewichen werden. Das Interview schließt mit Ausstiegsfragen, die das Gespräch beenden und dem Interviewten zudem die Möglichkeit geben, relevante, aber nicht erfragte Themen zu benennen. War es aufgrund fehlender Kenntnis oder sprachlicher Barrieren nicht möglich, Fragen zu beantworten, wurden diese nach Möglichkeit zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufgegriffen. Der gesamte Leitfaden ist nachstehend dargestellt (Tab. 6):

Tabelle 6: *Leitfaden des Promotionsvorhabens.*

I	**Einstiegsfragen**
1	**What is your profession and working field?** *Please consider as well in which way your work relates to older people´s mental health and well-being.*
2	**Do you consider the WHO definition of mental health in your work?** *Please take a look for the definition at the second page of the structure of the telephone interview which was send to you before.*
II	**Politische Rahmenbedingungen (Policies and strategies)**
1	**Which policies and strategies that address mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people exist in your city?** *Please think of those that could be found in documents, such as national/regional demographical concepts, health promotion action plans, national/regional health targets, alliances to help people with dementia etc.*
2	What are the main topics/objectives regarding older people of the […]-strategy?
3	Is there a focus in the […]-strategy on older people or are they included?
4	Are the objectives of the […]-strategy mandatory or voluntary?
5	Are the topics or objectives of the […]-strategy based on a national strategy?
6	Is the development of the […]-strategy based on a participatory process?
7	Did you involve research institutions in the development of the […]-strategy?
8	Are there any indicators to measure the success as a kind of monitoring?
9	Is the […]-strategy integrated in other strategies?
10	How is the intersectoral collaboration regarding the […]-strategy?
III	**Praktische Umsetzung (Interventions and projects)**
1	**Which programmes or activities addressing mental health for older people are currently implemented in your city?** *Please consider programmes that help to improve mental health or to avoid specific mental health problems.*
2	Which institutions, organisations or departments are involved in the provision of those implemented programmes mentioned addressing mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people?
IV	**Hinderliche und förderliche Faktoren**
1	How important is mental health promotion for older people on the political agenda?
2	How important is a participatory process regarding the development of strategies?
3	How is the intersectoral collaboration in your working field?
4	Are there enough resources (personal/financial) in the field of mental health promotion of older people?
IV	**Determinanten der Gesundheit**
1	**Which determinants or factors are considered in the implemented policies and strategies (s. table 1) of mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people in your city?** *Please name the current priority which is addressed in your city.*
VI	**Ausstiegsfragen**
1	Is there anything in the end that you would like to add and I did not ask about?

Aufgrund der Internationalität der Studie wurden die Interviews in englischer Sprache geführt. Da es sich bei den Interviewteilnehmern, mit Ausnahme der Londoner Experten, ebenso wie bei der Verfasserin nicht um Muttersprachler handelte, wurde den Befragten

vorab eine Übersicht mit den zentralen Themen- und Fragekomplexen zugesandt, welcher zur besseren Orientierung während des telefonischen Interviews vorliegen konnte. Das versandte Übersichtsdokument ist im Anhang B3 aufgeführt.

Experteninterviews. Die in dieser Arbeit gewählte Form des Experteninterviews stellt eine klassische qualitative Erhebungsmethode dar, in der Spezialisten für die entsprechenden Themen befragt werden (Mayring, 2015). Aufgrund der **Internationalität der Stichprobe** und daraus folgenden ökonomischen, ökologischen sowie organisatorischen Gründen, wurden die Experteninterviews telefonisch geführt. Eine Ausnahme bildet aufgrund der räumlichen Nähe der Interviewpartner aus Hamburg, sodass dieses Interview im persönlichen Gespräch durchgeführt werden konnte. Neben der Entwicklung des Leitfadens gehörte die Durchführung der Interviews sowie die anschließende Transkription und Auswertung der Ergebnisse zum Aufgabengebiet der Autorin. Das Experteninterview stellt keine eigenständige Interviewform dar, sondern ist eine Variante des Leitfadeninterviews. Die Besonderheit stellt in diesem Fall die Zielgruppe der Experten dar, die nach zuvor festgelegten Kriterien ausgewählt werden (Kruse & Schmieder, 2014). Es gilt jemand als Experte, wenn er in einem bestimmten Bereich über mehr Wissen verfügt, als andere Personen. Mit ihrem Fach- und auch dem sogenannten Kontextwissen können sie einen relevanten Beitrag zur Thematik und auch zur Zielgruppe selbst liefern, auch wenn sie selbst kein Teil dieser sind (Durach, Kembro & Wieland, 2017; Gläser & Laudel, 2010; Przyborski & Wohlrabv-Sahr, 2014). Laut Kruse und Schmieder (2014) wird zwischen folgenden drei Formen eines Experteninterviews unterschieden: exploratives Experteninterview, systematisches Experteninterview und theoriegeleitetes Interview. In der vorliegenden Arbeit wird eine Mischform eines **explorativen und systematischen Experteninterviews** angewandt, da es sich zwar um ein bereits erschlossenes Themenfeld (Wohlbefinden älterer Menschen) handelt, zu dem jedoch weiterführende Kenntnisse sowie mögliche Zusammenhänge elaboriert werden sollten. Zudem liegen kaum Erkenntnisse zu städtischen Gesundheitsstrategien oder gesundheitsbezogenen Interventionen der europäischen MINDMAP Städte vor. Letzteres unterstreicht den **explorativen Charakter** der Studie und somit die weiterführende Erhebung mittels leitfadengestützter Experteninterviews. Nachstehend sind Hintergründe der Datenerhebung aufgeführt. Neben der Stichprobenakquise sowie Informationen zur Interviewerin zählen zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen sowie Ausführungen zum allgemeinen Ablauf der Untersuchung dazu.

2.3 Datenerhebung

2.3.1 Stichprobenakquise und -beschreibung

Stichprobenakquise. Vor Durchführung der Experteninterviews bedurfte es der Akquise geeigneter Interviewpartner in den teilnehmenden MINDMAP Städten. Dazu wurden die für die jeweiligen 12 MINDMAP Städte verantwortlichen Projektleitungen mittels eines offiziellen Schreibens des Hamburger MINDMAP Partners (vertiefend s. Anhang B1) durch die Verfasserin kontaktiert. Die MINDMAP Partner wurden gebeten einen Experten mit dem bestmöglichen umfassenden Wissen zu Gesundheitsstrategien und Interventionen, die das Wohlbefinden älterer Menschen berücksichtigen, in der jeweiligen MINDMAP Stadt zu identifizieren und entsprechende Kontaktinformationen bereitzustellen. Hinsichtlich des vorliegenden Forschungsvorhabens wird jemand als Experte verstanden, der nach Auffassung eines MINDMAP Partners über **umfassende Kenntnis** aus dem Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung älterer Menschen in der jeweiligen MINDMAP Stadt verfügt. Vorzugsweise sollten Mitarbeiter der städtischen Gesundheits- oder Sozialministerien akquiriert werden, aber ist nach Auffassung eine entsprechende Fachlichkeit gewährleistet, kann das Berufsfeld variieren (z.B. Sozial- oder Gesundheitswesen, Forschung). Es wurde betont, dass ältere Menschen im Zusammenhang des Forschungsvorhabens als überwiegend noch robuste Personen und nicht als bereits hilfe- oder pflegebedürftige Personen verstanden werden sollten. Die MINDMAP Partner wurden gebeten dies bei der Auswahl geeigneter Experten zu berücksichtigen. Die Kontakt- und Terminansprachen sowie die Aufklärung über das geplante Vorhaben erfolgten durch die Verfasserin, die zudem die Interviews durchführte. Die **Akquise** gestaltete sich als ein sehr komplexes organisatorisches Vorhaben, welches aufgrund mehrfach notwendigem Nachfragen, kurzfristiger Absagen oder Wechsel von Ansprechpartnern innerhalb einer Stadt mit einem hohen zeitlichen Aufwand einherging, welcher in Tabelle 7 dargestellt ist. Die MINDMAP-Partner stellten dem Albertinen-Haus (MINDMAP Partner Hamburg, Arbeitspaket 9) die Kontaktdaten der Experten (Name, Institution, E-Mail-Adresse, Telefon) zur Verfügung und stellten nach Bedarf den Kontakt persönlich her. Die Verfasserin kontaktierte daraufhin die ausgewählten Experten im ersten Schritt via E-Mail und stellte gleichzeitig Informationen über das MINDMAP-Konsortium, das Arbeitspaket 9 des Albertinen-Hauses sowie Details zum Forschungsvorhaben zur Verfügung. Nach einer ersten Kontaktaufnahme und Zusage zu einem telefonischen Interview wurde ein Termin vereinbart und der Interviewpartner erhielt einen schriftlichen Überblick über die Umfragethemen. Aufgrund der Komplexität der Thematik diente dies als Unterstützung bei der Vorbereitung der Informationen. Alle Interviews wurden in dem Zeitraum von November 2016 bis Mai 2017 ausschließlich von der Verfasserin in englischer

Sprache durchgeführt, aufgezeichnet und eigenständig transkribiert. Zur besseren Übersicht sind Details zur Stichprobenakquise folglich tabellarisch dargestellt (Tab. 7).

Tabelle 7: *Weitere Informationen zur Stichprobenakquise.*

MINDMAP Stadt & anonymisierte Kennung	**Geführte Interviews**	**Ausgewertete Interviews**	**Ausgewertete Bewertungsmatrizen**	**Durchführung der Interviews**	**Freigabe der Transkripte & Bewertungs-matrizen**	**Versendete E-Mails**	**Interviewdauer in Minuten**
Hamburg E1_HAM	1	1	1	09.11.16/ 16.11.16	06.02.18	4	162
Helsinki E2a_HEL & E2a_HEL	1	1	1	21.12.16	30.11.17	16	80
Turin E3_TUR	1	1	1	24.01.17	konkludent	12	65
Rotterdam E4_ROT	1	1	1	17.02.17	konkludent	18	113
Amsterdam E5_AMS	1	1	1	20.02.17	12.12.17	11	60
Krakau E6_KRA1/ E10_KRA2	2	2	1	22.02.17; 04.04.17	konkludent	27	50; 67
London E7_LON1/ E9_LON2	2	2	2	23.02.17; 20.02. & 27.03.17	05.01.18/ konkludent	32	50; 77
Prague E8_PRA	1	1	1	23.03.17	07.12.17	14	78
Nord-Trøndelag E11_NTR	2	1	1	11.01.17; 03.05.17	23.01.18	27	80
Paris E12_PAR	1	1	1	27.04 & 05.05.17	konkludent	28	93
Eindhoven E13_EIN	1	1	1	08.05.17	konkludent	9	82
Kaunas E14_KAU	/	/	1	-	18.05.17	6	/

Es liegen die Daten von insgesamt 15 Experten zugrunde, da in Nord-Trøndelag, London und Krakau Interviews mit zwei Experten geführt und für Kaunas eine schriftliche Bewertungsmatrix ausgefüllt wurde. Während das erste Interview mit einer Expertin aus Nord-Trøndelag aufgrund einer fehlerhaften Audioaufnahme nicht ausgewertet werden konnte und somit nicht in die Analysen einbezogen wird, wurde ein zweites, auswertbares Interview geführt. In dem Interview mit dem ersten Experten aus Krakau wurde die Verfasserin aufgrund der primär nationalen Expertise des ersten Interviewpartners an einen weiteren Experten verwiesen. Es wurden in der qualitativen Analyse beide Interviews berücksichtigt, aber aufgrund der geringen Informationsdichte eine gemeinsame

Bewertungsmatrix erstellt. Für London wurden hingegen von Beginn an zwei äußerst fachkundige Experten identifiziert (1. Leitende Position im öffentlichen Gesundheitswesen, 2. Professorin für Soziale Arbeit). Dies resultierte insbesondere aus dem Umstand, dass der zuständige MINDMAP Partner anmerkte, dass die Expertise beider Experten einen bestmöglichen Überblick zu gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens darlegen würde. Aufgrund der zahlreichen Informationen wurden zwei Bewertungsmatrizen erstellt, von denen aber nur eine in die Auswertung einbezogen wurde, um für jede der MINDMAP Städte eine Datenbasis vorzuhalten (vertiefend Abschnitt 3). In Kaunas erklärte sich hingegen niemand bereit, ein Interview zu führen, aber eine Expertin füllte die Bewertungsmatrix eigenständig aus, sodass diese für die quantitativen Analysen (Teil 1) herangezogen werden kann. Nachstehend folgen weitere Details zur Stichprobe.

Stichprobe. Insgesamt erfolgte eine **Vollerhebung** über alle 12 MINDMAP Städte hinweg und die Daten von 14 Experten liegen den Analysen der Dissertation zugrunde. Der berufliche Hintergrund der Stichprobe war hauptsächlich im Bereich des Gesundheitswesens verortet. Zu den Berufsfeldern zählten Medizin, Psychiatrie, Psychologie, Pflegewissenschaften, Soziale Arbeit, Öffentliche Gesundheit, Epidemiologie sowie Öffentlichkeitsarbeit. Die meisten Befragten arbeiteten in der kommunalen Verwaltung (Abteilung für Gesundheit oder Soziales) oder Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens (9 von 14), die anderen Experten in Gesundheitseinrichtungen oder Universitäten (5 von 14). Detaillierte pseudonymisierte Informationen zur Stichprobe sind der nachstehenden Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: *Weitere Informationen zur Stichprobe (N=14).*

MINDMAP Stadt & Kennung	Beruflicher Hintergrund	Arbeitsfeld	Berufs-erfahrung	Geschlecht
Hamburg E1_HAM	Psychology	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, Abteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung	> 10 Jahre	weiblich
Helsinki E2a_HEL & E2b_HEL	Nursing Science	City of Helsinki, Healthcare, Department of Senior Planning	> 10 Jahre	weiblich
Turin E3_TUR	Clinical psychiatry	Community Health Centre Turin, Mental Health Service	> 10 Jahre	männlich
Rotterdam E4_ROT	Public health advisory	Public Health Service, Rotterdam	> 10 Jahre	männlich
Amsterdam E5_AMS	Epidemiology	Public Health Service, Amsterdam	> 10 Jahre	männlich
Krakau E6_KRA1/ E10_KRA2	Medicine	University Krakow, Public Health	> 10 Jahre	männlich
	Epidemiology	University Krakow, Public Health	> 10 Jahre	männlich
London	Social work	University London,	> 10 Jahre	weiblich

E7_LON1/ E9_LON2		Community Care Service		
	Medicine	Public Health Organisation	> 10 Jahre	männlich
Prague E8_PRA	Medicine	National Ministry of Health, Department of Health Promotion, Public Health	> 10 Jahre	weiblich
Nord-Trøndelag E11_NTR	Medicine	Hospital, Department for Mental Health and Addiction	> 10 Jahre	weiblich
Paris E12_PAR	Medicine	Public Health Service	0-2 Jahre	weiblich
Eindhoven E13_EIN	Social work	Public Health Service and Political Consulting	3-10 Jahre	weiblich
Kaunas E14_KAU	Public health	City of Kaunas, Public Health Service	0-2 Jahre	weiblich

Zeitraum und Ablauf. Das MINDMAP Projekt wird seit dem 01. Januar 2016 für insgesamt 48 Monate bis zum 31. Dezember 2019 gefördert. Die Autorin dieser Arbeit hat beim Projektbeginn noch nicht aktiv mit dem Promotionsvorhaben begonnen, war aber bereits von Beginn an, an der Entwicklung des Studiendesigns, der Auswahl der Erhebungsinstrumente und Fragestellungen beteiligt, um den gesamten Forschungsprozess zu begleiten und mitzugestalten. Zu Beginn des Promotionsvorhabens zählte vor allem die **Literaturrecherche** zur Entwicklung des Eingangs quantitativen Erhebungsinstrumentes zu dem Aufgabengebiet der Verfasserin. Sämtliche Schritte wurden regelmäßig mit dem Projektteam des MINDMAP Partners Hamburg des geriatrischen Forschungsinstituts des Albertinen-Hauses diskutiert und nach Bedarf adaptiert. Von Mai bis August 2016 erfolgte die **Recherche in einschlägigen Datenbanken** (siehe Abschnitt 2.2.1) durch die Verfasserin sowie die Darstellung der Ergebnisse in einer Excel-Tabelle. Auf Basis dessen erfolgte die **Entwicklung eines Fragebogens**, an der die Verfasserin ebenfalls maßgeblich beteiligt war. Nach Durchführung eines **Pre-Tests** wurde ein entsprechender Methodenwechsel vorgenommen. Die **Entwicklung des Leitfadens** durch die Autorin in Rücksprache mit dem Projektteam basiert auf dem zuvor entwickelten Fragebogen, der während der Interviews zur Orientierung und bei der quantitativen Datenauswertung als Bewertungsmatrix diente. In dem Zeitraum von Dezember 2016 bis zum Mai 2017 wurden die **Interviews** nach vorheriger Terminabsprache und Klärung grundlegender Fragen durch die Autorin telefonisch oder via Skype durchgeführt und mittels eines Smartphones aufgenommen. Parallel zur Durchführung der weiteren Interviews wurden die ersten Interviews bereits transkribiert und zur Sicherung der **Intercoderreliabilität** unabhängig voneinander von der Autorin und einer Projektmitarbeiterin in die Matrix des ursprünglichen Fragebogens eingeordnet. Die Ergebnisse wurden gemeinsam verglichen und mögliche Abweichungen diskutiert, sodass ein gemeinsamer Konsens erreicht wurde. Im Falle eines fehlenden Konsenses wurde eine weitere Projektmitarbeiterin konsultiert. Erste Ergebnisse wurden im April 2017 auf dem MINDMAP Konsortiumstreffen in Turin/Italien (04. bis 06.

April 2017) von der Verfasserin und einer Mitarbeiterin vorgestellt und im Projektteam im Juni 2017 in einem ersten Fachartikel mit dem Titel „The MINDMAP project: mental well-being in urban environments“ in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ (Neumann et al., 2017) publiziert, welcher dem Anhang B7 beigefügt ist. Entsprechende Ergebnisse der Subanalysen, welche die Datenbasis der Auswertungsfrage 1 (Teil 1) der Dissertation darstellen, sind in Abschnitt 1.5.2 dargestellt.

2.3.2 Durchführung und Freigabe Interviews

Informationen zur Interviewerin. Die Verfasserin führte alle Interviews eigenständig durch und erwies sich aufgrund ihrer umfassenden praktischen Erfahrungen im Bereich der Seniorenarbeit als sehr geeignet. Zum einen verfasste sie bereits ihre Masterarbeit in Kooperation mit der geriatrischen Forschungsabteilung des Albertinen Hauses im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter (Titel: „Der Stadtteil als Setting für ein gesundes Alter(n) - Eine quantitative Analyse der Seniorenbefragung 2012 „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“ zum Einfluss von Alter, Geschlecht und Sozialraum auf subjektive und gesundheitsbezogene Kennwerte“; Jacobsen, 2013). Zudem war sie im Rahmen ihres Anerkennungsjahres als Sozialpädagogin bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg an der Koordination der Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg beteiligt und lernte in diesem Zusammenhang auch den Pakt für Prävention kennen. Weitere Expertise hinsichtlich partizipativer Prozesse und intersektoraler Zusammenarbeit gewann sie als Projektkoordinatorin der Geschäftsstelle Demenzplan Schleswig-Holstein, im Rahmen dessen sie den Demenzplan für Schleswig-Holstein im Auftrag der Landesregierung koordinierte und verfasste. Insgesamt zeichnet sich die berufliche Tätigkeit der Verfasserin durch eine intensive Kooperation mit Forschung und ministerieller Verwaltung im Gesundheits- und Sozialwesen aus.

Durchführung der Interviews. Die Interviewteilnehmer wurden vor der Durchführung des Interviews von der Verfasserin schriftlich über die Hintergründe, das Ziel der MINDMAP Studie sowie die speziellen Themen und den zeitlichen Rahmen des telefonischen Interviews aufgeklärt. Auch über das Vorhaben, die Ergebnisse der Interviews für das Promotionsvorhaben zu nutzen, wurden die Interviewteilnehmer informiert (vertiefend s. Anhang B2). Schriftlich wurde zudem ein etwa einstündiger telefonischer Interviewtermin vereinbart. Für eine qualitative Auswertung der Interviews war es nötig, diese mit einem Aufnahmegerät festzuhalten. Zu Beginn des Interviews wurden die Befragten nochmals darüber aufgeklärt, dass die Interviewerin im Rahmen des MINDMAP-Projektes promoviert und gebeten, ihr Einverständnis zur Audioaufnahme des Gesprächs zu geben. Nach anfänglichen Fragen zum beruflichen Hintergrund der Befragten und zur Expertise im

Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens älterer Menschen, wurden entsprechend des vorliegenden Leitfadens die einzelnen Themenkomplexe angesprochen. Es wurden insgesamt 14 Interviews durchgeführt (siehe Abschnitt 2.3.1) wenngleich nur 13 Interviews für das vorliegende Promotionsvorhaben ausgewertet werden konnten. Das Interview mit der ersten Expertin aus Nord-Trøndelag musste aufgrund einer fehlerhaften Audioaufnahme ausgeschlossen werden, allerdings konnte dies mit einer weiteren Expertin wiederholt und erfolgreich aufgenommen werden. In zwei MINDMAP Städten wurden jeweils zwei Interviews mit verschiedenen Experten durchgeführt. In London wurden zeitgleich zwei hochkarätige Experten identifiziert und willigten in das Interview ein und in Krakau verwies der erste Interviewpartner die Verfasserin an einen weiteren Experten. Der Auswertung lagen somit 13 Interviews und eine schriftlich ausgefüllte Bewertungsmatrix aus Kaunas zugrunde (siehe Abschnitt 2.3.1).

Freigabe der Interviews. Allen Interviewteilnehmern wurde das vollständige Transkript des jeweiligen Interviews sowie die Bewertungsmatrix mit den quantifizierten Ergebnissen zur Überprüfung zugesandt. Gleichzeitig wurden sie um eine schriftliche **Freigabe des Transkriptes** mittels einer unterzeichneten Einverständniserklärung (vertiefend s. Anhang B5) gebeten. Diese Einverständniserklärung versicherte den Befragten, dass mit dem Material und ihren Daten verantwortungsbewusst umgegangen wird. Alle Interviewpartner willigten entweder schriftlich (7) oder konkludent (7) in das Vorgehen ein (siehe Abschnitt 2.3.2).

2.4 Datenauswertung

2.4.1 Auswertungsverfahren

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgt im Sinne der Methodentriangulation mittels zwei unterschiedlicher Verfahren. Vor der eigentlichen Auswertung erfolgte, eine **Anonymisierung** und Transkription der Interviews, die nachstehend kurz erläutert werden. Hinsichtlich der Auswertung gilt stets der Anspruch der Objektivität, der in diesem Zusammenhang die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse meint. Es folgen Ausführungen zur Methodentriangulation. Anschließend werden die Quantifizierung der qualitativen Daten sowie deren systematische Analyse sowie die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) beschrieben.

Anonymisierung. Vor der Interviewdurchführung wurden die Interviewpartner mittels einer schriftlichen Einverständniserklärung, die anschließend von beiden Parteien unterschrieben wurde, über die Zusicherung der Anonymität aufgeklärt. Unter Anonymisierung wird die Veränderung persönlicher Daten verstanden, sodass sachliche

oder persönliche Verhältnisse gar nicht oder lediglich mit einen unverhältnismäßig großen zeitlichen, kostenintensiven oder personellen Aufwand explizit auf eine Person bezogen werden können (Ärztekammer Hamburg, 2017). Dazu erfolgte eine Ersetzung der realen Namen der Experten durch **Pseudonyme** (Meyer & Meier zu Verl, 2014). Die jeweilige MINDMAP Stadt wurde mittels der ersten drei Buchstaben (z.B. Hamburg = HAM) abgekürzt und ferner erfolgte eine chronologische Nummerierung entsprechend der geführten Interviews. Angaben zum Geschlecht wurden nicht geändert und weitere Angaben, wie das Tätigkeitsfeld und der berufliche Hintergrund auf einem höheren Abstraktionsniveau formuliert, sodass Rückschlüsse auf die Person auszuschließen sind. Die Zitate der Experten aus den transkribierten Interviews wurden im Kursivdruck dargestellt (Meyer & Meier zu Verl, 2014).

Transkription. Alle aufgenommenen Gespräche wurden sehr zeitnah nach Durchführung des Interviews von der Verfasserin auf Basis der **Transkriptionsregeln** nach Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2007) transkribiert (vertiefend s. Anhang C1). Es handelt sich hierbei um eine wortwörtliche Verschriftlichung gesprochener Sprache, die zum besseren Verständnis geglättet wurde. Dies war insbesondere aufgrund der Nutzung der englischen Sprache notwendig, die mit Ausnahme der Londoner Experten für die Interviewpartner wie auch die Verfasserin nicht die Muttersprache darstellte. Daraus resultierten häufige Satzabbrüche, längere Pausen und die Verwendung falscher Vokabeln. Die stellenweise Adaption des tatsächlich gesprochenen Wortes hat dabei den Inhalt nicht verändert und diente lediglich der Erleichterung des Leseflusses sowie der verbesserten Möglichkeit der Auswertung. Entsprechende Transkripte eignen sich insbesondere für Interviews, in denen der Inhalt eines Gesprächs von größerer Bedeutung ist als der genaue Wortlaut, wie es beispielsweise in Expertengesprächen der Fall ist. Nichtsprachliche Äußerungen, wie Füllwörter (z.B. „ähm“) wurden aufgenommen, aber nur erwähnt, wenn sie für den inhaltlichen Zusammenhang relevant erschienen. Weiterführende nonverbale Äußerungen, wie eine unterstützende oder widersprechende Gestik oder Mimik, konnten aufgrund der telefonischen Interviewform nicht erfasst werden. Die Transkripte wurden mehrfach kontrolliert und sprachlich bereinigt und anschließend zur Überprüfung und Freigabe an die Interviewpartner gesandt. Das entsprechende Formular, welches unterschrieben zurückgeschickt werden sollte, ist im Anhang B5 beigefügt. Auf Basis der freigegebenen Transkripte erfolgte schließlich die Datenauswertung.

Methodentriangulation. Die vorliegende Arbeit verwendete den Ansatz der Methodentriangulation. Dieses Vorgehen ermöglicht es, den Forschungsstand unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven zu untersuchen und die jeweiligen Schwächen des einen Messinstruments mittels der Stärken eines anderen ansatzweise

auszugleichen (Baur, Kelle & Kuckartz, 2017; Denzin, 2009; Flick, 2011; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Kuckartz, 2017; Oswald, 2010; Vogl, 2017). Flick (2011) weist darauf hin, dass bereits Denzin (1970, zit. n. Flick, 2011), als Begründer dieses Verfahrens, die Möglichkeit der innermethodischen Triangulation (within-method-approach) und zwischen unterschiedlichen Methoden (between-method-approach) betonte. Oswald (2010) merkt in diesem Zusammenhang an, dass sich qualitative und quantitative Forschung ohnehin nicht ausschließen, sondern aufgrund zahlreicher Gemeinsamkeiten und Möglichkeiten der Kombination vielmehr auf einem Kontinuum liegen und sich entsprechend ergänzen. Während Ergebnisse statistischer Analysen beispielsweise in der Regel qualitativ interpretiert werden, wird auch in der qualitativen Forschung mit der Nennung von Häufigkeiten und weiteren Quantifizierungen gearbeitet. Kuckartz (2016) bestätigt, dass die Form, in der die Daten vorliegen nicht automatisch die Art der Datenanalyse festlegt. Auch Johnson und Onwuegbuzie (2004) sowie Mertens et al. (2016) postulieren die gemeinsame Anwendung unterschiedlicher Verfahren in zukünftigen Forschungsprozessen. Die Anwendung unterschiedlicher Methoden kann das Ziel der weiteren Validierung verfolgen, oder aber wie in dieser Studie dazu dienen, unterschiedliche Perspektiven zu integrieren (Flick, 2011; Kuckartz, 2017). Eine **Kombination qualitativer und quantitativer Auswertungsverfahren** eignet sich vor allem bei komplexen Fragestellungen (Hübner, 2017). Je nach Art der Methodentriangulation werden unterschiedliche Felder der nachstehenden Tabelle 9 fokussiert. Im Fall der vorliegenden Dissertation werden keine unterschiedlichen Messinstrumente kombiniert, sondern das ausschließlich qualitative Datenmaterial aus den Interviews (Transkripte) wird hingegen entsprechend divergenter Verfahren der Datenauswertung analysiert. Neben der klassischen qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt eine Transformation des Materials in quantitative Daten (Quantifizierung). Dieses Verfahren entspricht dem Abschnitt B in der nachfolgenden Tabelle 9. Anschließend erfolgte eine qualitative Analyse (Feld A) des qualitativen Datenmaterials (Transkripte).

Tabelle 9: *Qualitative und quantitative Daten und Analyse (in Anlehnung an Kuckartz, 2016).*

Analyse	Qualitatives Datenmaterial
qualitativ	A) Interpretative Textauswertung, Hermeneutik, Qualitative Inhaltsanalyse etc.
quantitativ	B) Transformation von Worten in Zahlen, klassische Inhaltsanalyse, Worthäufigkeiten etc.

Während die nachstehende Abbildung 16 das Vorgehen visualisiert, werden die einzelnen Schritte im weiteren Verlauf weiter ausgeführt.

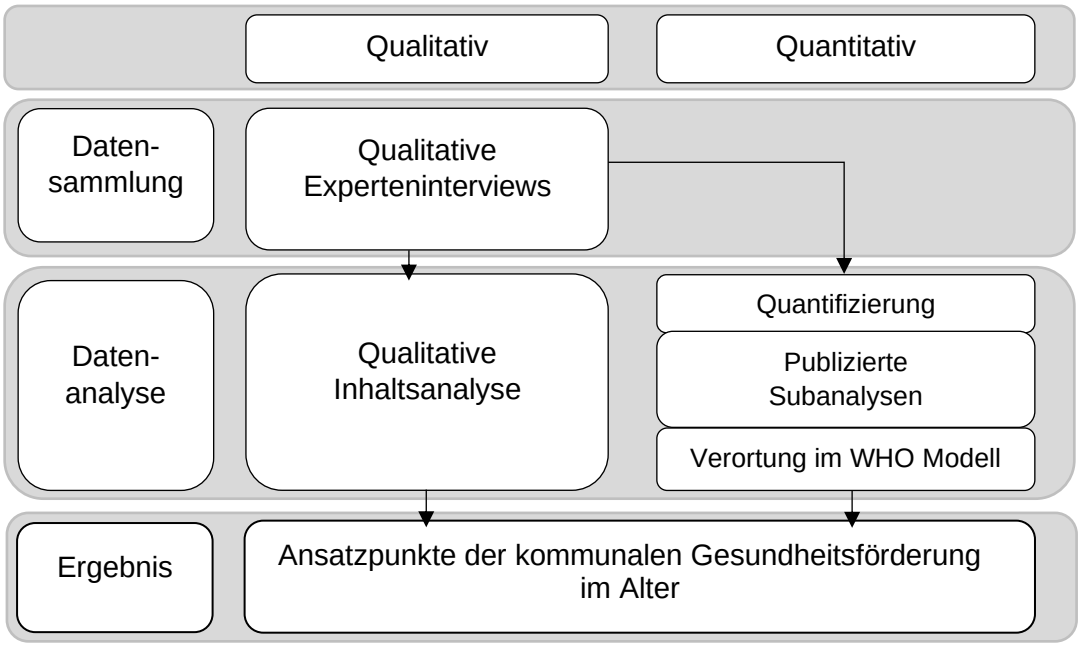


Abbildung 16: Schematischer Ablauf der quantitativen und qualitativen Datenanalyse (in Anlehnung an Vogl, 2017, S. 295).

2.4.2 Quantifizierung

Das Vorgehen einer Transformation qualitativer Daten in quantitative Informationen (Quantifizierung) wird nach Kuckartz (2017) als **Quantifizierung** bezeichnet (Kuckartz, 2017). Er gibt weiter an, dass Textstellen oder Zusammenfassungen in den Zellen der zugrundeliegenden Matrizen aufgeführt werden können, aber insbesondere bei großen Datenmengen Zusammenfassungen aufgrund der besseren Übersicht besser geeignet sind (Kuckartz, 2016, 2017).

> *„Das Arbeiten mit Zusammenfassungen kann aber nicht nur wegen des platzsparenden Effekts und der Vermeidung von Redundanzen sinnvoll sein, sondern auch, weil es auf diese Weise die Primärdaten aus der Perspektive der Forschungsfrage reformuliert und komprimiert werden*“ (Kuckartz, 2017, S. 174).

Vogl (2017) verweist ferner auf die Möglichkeit bei der Quantifizierung qualitative Interviewdaten in numerische Ratings zu transformieren und gibt an, dass dieses Verfahren die Perspektive der Auswertung erweitert und als ergänzendes Verfahren verstanden werden kann. Nach Kuckartz (2017) wird nach der Codierung des qualitativen Material mit der entstanden Datenmatrix weitergearbeitet und das Datenmaterial entsprechend quantitativ ausgewertet.

Vorgehensweise. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden die qualitativen Daten der Experteninterviews, die in Form der Transkripte vorliegen, in eine zuvor festgelegte

Datenmatrix, die den eingangs konzipierten Fragebogen darstellte, übertragen (vertiefend s. Anhang B4). Dazu wurde ähnlich wie bei dem Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse das Datenmaterial gesichtet und entsprechend der jeweiligen Auswertungsfrage von der Verfasserin und einer weiteren Doktorandin der geriatrischen Forschungsabteilung des Albertinen-Haus **unabhängig voneinander kategorisiert**. Anschließend wurden die relevanten Textpassagen zu zuvor festgelegten Zahlenwerten, die für eine jeweilige Information stehen, in den Tabellen der Matrizen zugeordnet. In der Dissertation wurde für die Beantwortung der Auswertungsfrage 1 (Teil 1; Abschnitt 3) die Tabelle 3 [Table 3: Programmes and target groups that address mental health (mental health promotion and mental disorder prevention for older people)] der im Anhang B4 beigefügten Datenmatrize herangezogen. In den umfangreichen Tabellen sind alle 280 gesundheitsbezogenen Interventionen unterschieden nach 12 Städten aufgeführt. Die genannten gesundheitsbezogenen Interventionen wurden einer der 16 Kategorien zugeordnet, die in der nachfolgenden Tabelle 10 aufgeführt sind. Im Falle von Überschneidungen zu anderen Kategorien der Liste wurde die weitere Zuordnung in einem Notizfeld am Rand festgehalten. Im zweiten Schritt erfolgte eine Bewertung hinsichtlich der Zielgruppe, die mittels der Intervention adressiert wird. Entsprechend erfolgte eine Zuordnung zu einer oder mehreren Handlungsfeldern, die von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen (1+2), über Behandlung (3) zu Rehabilitation und Pflege (4) reichten. Es konnten dabei durchaus mehrere Zahlen gleichzeitig zugeordnet werden. Im gemeinsamen **Dialog** wurden die Zuordnungen besprochen und Abweichungen diskutiert, um zu einem **Konsens** zu gelangen. Im Fall eines fehlenden Konsenses, wurde eine dritte Forscherin als Expertin einbezogen. Zudem wurden die Datenmatrizen von den Interviewpartnern selbst überprüft und freigegeben. Hinsichtlich der quantitativen Analyse wurde eine **Vollerhebung** erreicht, da sich keiner in der MINDMAP Stadt Kaunas bereit erklärte ein Interview zu führen, aber die zugrundeliegende Bewertungsmatrix schriftlich ausgefüllt wurde. Somit wurde der Schritt der Extraktion des qualitativen Interviewmaterials in die Bewertungsmatrix durch die Verfasserin und einer weiteren Projektmitarbeiterin übersprungen und die Daten von der MINDMAP Expertin aus Kaunas direkt eingetragen.

Zur Überprüfung der Auswertungsfrage 1 (**Teil 1**) wurden die quantifizierten Daten der Tabelle 3 der Bewertungsmatrix den Bestimmungsstücken, des "**WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern**" (WHO, 2015; siehe Abschnitt 1.4.2.2) zugeordnet. Die Handlungsebenen wurden wie folgt differenziert: *health services, long-term care, environment.* Zudem wurden drei Zielgruppen entsprechend ihrer funktionalen Kapazität unterschieden: *high and stable capacity, declining capacity, significant loss of capacity* (WHO, 2015). Zur besseren Nachvollziehbarkeit ist der Ausschnitt der Tabelle, der für die Beantwortung der Auswertungsfrage relevant ist, nachstehend visualisiert (Tab. 10).

Tabelle 10: *Bewertungsmatrix - Part 2: Mental health programmes and providers - What is offered in your MINDMAP City?.*

Programmes that address MENTAL HEALTH for OLDER PEOPLE **+= considered** **-=not considered** **/=no information given**		**Target group:** **(1) Health Promotion** **(2) Prevention** **(3) Treatment** **(4) Recovery/Rehabilitation/Care**
Subject/patient	1. Awareness/mindfulness programmes	
	2. Information/knowledge campaigns	
	3. Programmes to support social participation	
	4. Outdoor spaces and infrastructure programmes	
	5. Screening programmes such as cognition, GP health check-up	
	6. Specialised outpatient setting programmes such as memory clinics	
	7. Specialised inpatient setting programmes	
	8. Assistance to perform instrumental activities of daily living	
	9. Assistance to perform basic activities of daily living	
	10. Cognitive training courses	
	11. Physical training courses	
	12. Nutritional training courses	
Relatives	13. Coping strategies and training programmes[13]	
	14. Social services programmes to support autonomy	
Professionals	15. Education/information/training programmes for professionals	
	16. Programmes addressing geriatric syndromes	

Die nachstehende Tabelle 11 visualisiert die Zuordnung der Zielgruppen (target group) der rechten Spalte in der oben aufgeführten Tabelle 10 zu den jeweiligen Zielgruppen des „WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern“ (WHO , 2015).

Tabelle 11: *Handlungsebenen und Zielgruppen des „WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern“ inklusive der Zuordnung der Bewertungsmatrix (in Anlehnung an WHO, 2015).*

Bestimmungsstücke		**Zielgruppen**		
Handlungsebenen „WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern“		**High and stable capacity 1+2** *1= Health Promotion 2= Prevention*	**Declining capacity 3** *3= Treatment*	**Significant loss of capacity 4** *4= Recovery/ Rehabilitation/ Care*
Health Services	A) Prevent chronic conditions or ensure early detection and control			
	B) Reverse slow declines in capacity			
	C) Manage advanced chronic conditions			
Long-term Care	A) Support capacity enhancing behavior			
	B) Ensure a dignified late life			
Environ-ment	A) Promote capacity enhancing behaviours			
	B) Remove barriers to participation, compensate for loss of capacities			

Die Visualisierung der jeweiligen Zuordnungen erfolgte mittels Balken, die in dem Modell integriert wurden. Die Unterscheidung zwischen den drei Funktionsstadien wurde farblich unterstützt, wie in der vorherigen Tabelle dargestellt. Im Falle einer Zuordnung zu mehreren Funktionsstadien erstreckte sich der Balken über die jeweilige Breite und wurde mittels des entsprechenden Farbverlaufs visualisiert. Bei der Zuordnung zu mehreren Bereichen einer Handlungsebene (health services, long-term care, environment) wurden diese am Rand zusammengefasst und die Interventionen in der entsprechenden Zeile eingefügt. Die Zuordnungen sind im Abschnitt 3.2 näher beschrieben und dargestellt. Alle Daten wurden in einer Datenbank erfasst, analysiert und mit MS Excel 2010 visualisiert. Anschließend wurden alle Umfrageergebnisse mittels hauptsächlich deskriptiver Methoden als Grafiken mit Absolutnummern dargestellt. Die Ergebnisse (Teil 1) sind im Abschnitt 3.2 aufgeführt.

2.4.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Der Ansatz der qualitativen Sozialforschung nach Mayring (2015) basiert auf Grundlage verbalisierter und schriftlichen Daten oder Texten. Die qualitative Forschung zielt darauf ab Zusammenhänge zu beschreiben, zu interpretieren und zu verstehen, um anschließend mittels der erhobenen Daten Klassifikationen zu bilden und **Hypothesen zu generieren**. Auf Basis der Resultate sollen weitere tiefgreifende und genauere Kenntnisse hinsichtlich der Beantwortung der Fragestellung gewonnen werden, da während des gesamten Prozesses auf den Forschungsgegenstand in seiner Komplexität zurückgegriffen werden

kann (Mayring, 2015). Entsprechend des sich auch in Deutschland immer stärker etablierenden Mixed-Methods-Ansatzes, sollte nach Mayring (2015) vielmehr von einer **qualitativ-orientierten Inhaltsanalyse** gesprochen werden, anstatt qualitative und quantitative Forschungsansätze entsprechend einer starren Dichotomisierung streng voneinander zu trennen und abzugrenzen (Mayring, 2015). Vielmehr ergänzen sich beide Ansätze und in der qualitativen Inhaltsanalyse finden sich zudem meist auch quantitative Aspekte (Kuckartz, 2017; Mayring, 2015; Oswald, 2010; Vogl, 2017). Schreier (2013) spricht in diesem Zusammenhang von einem „hybriden Ansatz“. Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring steht die Kategorienbildung bzw. -anwendung sowie die anschließende Interpretation der gewonnenen Erkenntnisse (Mayring, 2015).

Entsprechend des Forschungsinteresses sowie der Formulierung der jeweiligen Auswertungsfrage erfolgt eine **induktive Kategorienbildung** oder deduktive Kategorienanwendung. Im vorliegenden Forschungsvorhaben wurden aufgrund des explorativen Designs induktive Verfahren angewendet, sodass dieses Verfahren näher erläutert wird. Zu den Besonderheiten der qualitativen Inhaltsanalyse zählt insbesondere die Berücksichtigung des Textzusammenhangs und Kontextes bei der Interpretation und das regelgeleitete und systematische Vorgehen, welches von dem Forscher auf Basis der Fragestellung vorab festgelegt werden muss. Die einzelnen festgelegten Analyseschritte und deren Reihenfolge sind im weiteren Verlauf aufgeführt. Zudem bedarf es einer theoriegeleiteten Festlegung der Strukturdimension sowie einer Definition inhaltsanalytischer Einheiten. Dazu zählen neben dem kleinsten (Kodiereinheit) auch der größte Textteil, der ausgewertet werden darf (Kontexteinheit) sowie die Auswertungseinheit, die das auszuwertende Datenmaterial bestimmt (Mayring, 2015).

Kodiereinheit: Sinntragende Phrase

Kontexteinheit: Gesamtes Dokument

Auswertungseinheit: Alle Interviews

Um eine **weitgehende Nachvollziehbarkeit** sowie **intersubjektive Überprüfbarkeit** zu gewährleisten, müssen außerdem die Bedingungen, wann eine entsprechende Kodierung vorgenommen werden darf, transparent festgelegt werden (Mayring, 2015). Neben der Kategorienbildung steht der nach Mayring (2015) geforderte Gegenstandsbezug im Vordergrund. Dieser bestimmt das jeweilige adäquate Verfahren. In der qualitativen Inhaltsanalyse wird zwischen folgenden drei Grundformen unterschieden:

- Zusammenfassung
- Explikation
- Strukturierung

Die in der vorliegenden Arbeit angewandte **induktive Kategorienbildung** basiert auf dem Vorgehen der **zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse**, die darauf ausgerichtet ist große Materialmengen zu kürzen und die wesentlichen Inhalte dabei zu erhalten. Dazu werden Kategorien aus dem Interviewmaterial gebildet. Es muss an dieser Stelle berücksichtigt werden, dass die Kategorisierung nicht losgelöst von den theoretischen und praktischen Vorerfahrungen der Verfasserin erfolgte. Entgegen des umfangreichen Vorgehens der Zusammenfassung liegen zwar die gleichen reduktiven Techniken zugrunde, aber es werden einzelne Analyseschritte zusammengefasst (Mayring, 2015). Anstelle einer **Paraphrasierung** aller inhaltstragenden Textpassagen werden diese direkt entsprechend des anzustrebenden Abstraktionsniveaus formuliert. Bei großen Datenmengen kann auf die Aufführung aller einzelnen Paraphrasen verzichtet werden, indem überprüft wird, ob sie entweder schon in einer aufgeführten Paraphrase enthalten ist (Auslassen) oder ob sie mit anderen in Beziehung steht, sodass die Bündelung, Konstruktion oder Integration dieser zu einer neuen Aussage möglich ist (Mayring, 2015). Die **Entwicklung des Kategoriensystems** erfolgt anhand der **theoriegeleiteten Fragestellung** und auf Basis des vorliegenden Materials. Während des Analyseprozesses werden diese stets anhand festgelegter Systematiken und Regeln überprüft und adaptiert, um die Ergebnisse schließlich hinsichtlich der Fragestellungen zu interpretieren. Eingangs bedarf es bei der induktiven Kategorienbildung der Bestimmung des **Selektionskriteriums**, dessen Richtung durch die Fragestellung geleitet wird. Zudem erfolgt die Festlegung des **Abstraktionsniveaus**, welches Auskunft darüber gibt, wie konkret oder abstrakt die zu bildenden Kategorien sein sollen (Mayring, 2015). Das genaue Vorgehen ist in der nachfolgenden Abbildung 17 dargestellt.

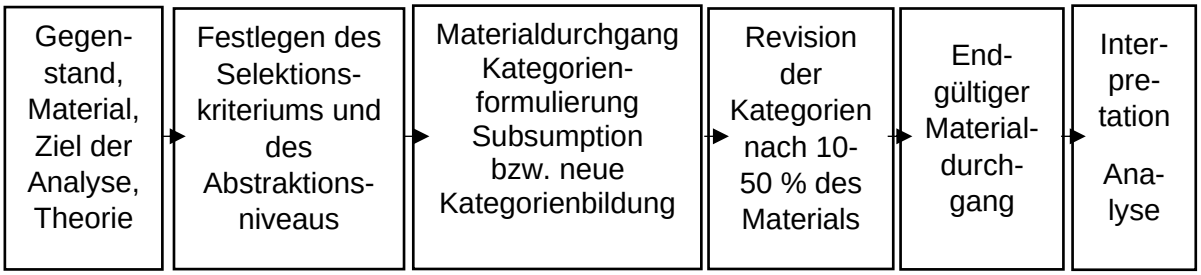


Abbildung 17: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (in Anlehnung an Mayring, 2015).

Nachdem etwa 10 % des Materials auf diese Weise bearbeitet wurden, erfolgt eine Revision des Kategoriensystems anhand der Fragestellung sowie des daraus abgeleiteten Selektionskriteriums und Abstraktionsniveaus. Es resultiert ein themenbezogenes Kategoriensystem, welches mit konkreten Textpassagen verbunden ist. Im Zuge der intensiven Auseinandersetzung mit den Transkripten wurden zahlreiche Textstellen paraphrasiert und extrahierten Unterkategorien zugeordnet. Anschließend erfolgte eine

Zusammenfassung der Unterkategorien und eine theoriegeleitete Zuordnung (auf Basis des Selektionskriteriums) zu Oberkategorien (Mayring, 2015).

Auswertung. Die inhaltsanalytische Auswertung der Transkripte erfolgte mittels **MAXQDA** 11 und 12. Es wurden Paraphrasierungen vorgenommen, aber zur Untermauerung der Ergebnisse zudem exemplarische Zitate (Ankerbeispiele) ausgewählt, welche im Text mit der dazugehörigen Kennung und Absatznummer im Text kursiv dargestellt sind.

2.4.4 Gütekriterien

Eingangs ist darauf hinzuweisen, dass bei der induktiven Kategorienbildung lediglich eine Ähnlichkeitseinschätzung möglich ist. Während Flick (2014) für weiche Gütekriterien in der qualitativen Forschung plädiert und eine Orientierung an den Kriterien der quantitativen Forschung ablehnt, ist dies nach Mayring und Fenzl (2014) unbefriedigend, da es ihnen zufolge es gleiche Forschungskriterien braucht. Zur bestmöglichen Sicherung der Validität wurden in der vorliegenden Forschungsarbeit zahlreiche Verfahren angewandt, die nachstehend beschrieben werden.

Multiperspektivische Validierung. Die Konzeption des Erhebungsinstruments sowie die Analyseschritte und Ergebnisse wurden im Sinne einer multiperspektivischen Validierung mit zwei Projektmitarbeiterinnen des geriatrischen Forschungsinstituts des Albertinen Hauses während des gesamten Prozesses diskutiert. Zudem wurde im Rahmen zahlreicher Besprechungen darauf geachtet, dass eine größtmögliche Einbettung der einzelnen Kategorien in dem Gesamtkontext berücksichtigt wurde (Meyer & Meier zu Verl, 2014).

Intercoderreliabilität. Die Quantifizierung des qualitativen Interviewmaterials wurde zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Auswertung der Interviews strukturiert durchgeführt. Dazu dienten die Tabellen des ursprünglichen Fragebogens als Bewertungsmatrix (vertiefend s. Anhang B4). Zwei unabhängige Forscher, die Verfasserin und eine Mitarbeiterin des geriatrischen Forschungsinstituts des Albertinen-Hauses, arbeiteten zeitgleich an einem Transkript und extrahierten und transformierten die Informationen in eine entsprechende Bewertungsmatrix. Auch nationale und lokale Strategien und Programme, auf die sich die Befragten bezogen, wurden für diesen Evaluierungsprozess intensiv beleuchtet und in die Bewertungsmatrix entsprechend der vorgegebenen Kriterien eingetragen. Anschließend wurden die Ergebnisse beider unabhängigen Bewertungen gesammelt und gemeinsam überprüft. In Fällen ungleicher Beurteilung wurde ein dritter Forscher (Projektleitung des Forschungsinstituts des Albertinen-Hauses) involviert, um Konkordanz zu erreichen. Auch das induktiv gebildete Kategoriensystem unterlag entsprechend der **Intercoderreliabilität** (Mayring, 2015) einer

Überprüfung durch zwei weitere Doktorandinnen der Europa-Universität Flensburg, um subjektive Einflüsse der Verfasserin, die gleichzeitig die Interviews durchführte, zu reduzieren (Lamnek & Krell, 2016). Dazu wurden die Transkripte sowie das induktiv gebildete Kategoriensystem an die zwei Doktorandinnen gesandt, die dieses zum einen auf **Nachvollziehbarkeit** prüften und eine stichprobenartige Überprüfung der **Zugehörigkeit der Codierungen** vornahmen. Mögliche Abweichungen wurden mit der Verfasserin diskutiert, die das Kategoriensystem entsprechend überarbeitete. Insgesamt gab es kaum Differenzen, sodass eine sehr hohe Übereinstimmung vorlag. Ferner erfolgte eine **Intracoderreliabilität,** da die Verfasserin alle Codes mehrfach hinsichtlich der richtigen Zuordnung zu den jeweiligen Kategorien auf Nachvollziehbarkeit überprüfte.

Kommunikative und fachliche Validierung. Die kommunikative Validierung erfolgte zum einen mit den Interviewpartnern selbst, wie zunächst beschrieben wird, aber auch mit weiteren MINDMAP Partnern. Lamnek (2010) bezeichnet die Rückkoppelung der Ergebnisse mit Interviewpartnern als ‚member check'. Erfolgt dies mit anderen Forschern, findet die Bezeichnung ‚peer briefing' Anwendung. In beiden Fällen dient dies der Nachvollziehbarkeit und Intersubjektivität (Lamnek, 2010). Nach Fertigstellung der Datenmatrizen wurden diese an die entsprechenden Interviewpartner mit der Bitte um Rücksendung übermittelt. Dieses Verfahren wird nach Flick (2014) als **kommunikative Validierung** bezeichnet. Mittels der kommunikativen Validierung mit den Interviewpartnern (**member check**) sollte sichergestellt werden, dass die Informationen des Interviews richtig verstanden und nachvollziehbar in die Bewertungsmatrix eingeordnet wurden. Alle Befragten aus den 12 europäischen MINDMAP-Städten gaben ihre Zustimmung, indem sie diese entweder mit oder ohne Anmerkungen, die von der Verfasserin eingearbeitet wurden, zurücksandten. Einige wenige gaben konkludent ihre Zustimmung, indem sie trotz mehrfacher Erinnerung keine Rückmeldung gaben. Dies wurde entsprechend schriftlich mitgeteilt. Auch das Verfahren des ‚peer-briefing' fand Anwendung und wurde mit einigen MINDMAP Partnern durchgeführt. Im Rahmen des zweiten MINDMAP Konsortiumstreffens (12./13.12.2018) in Turin (Italien) wurde ein Workshop zur weiteren Dissemination der Ergebnisse in den teilnehmenden MINDMAP-Städten veranstaltet. Dies sollte entsprechend des MINDMAP Partners Turin (Arbeitspaket: Dissemination) im besten Fall im Rahmen eines World Cafés geschehen, welches jeder MINDMAP Partner in seiner Stadt eigenständig durchführen soll. Die Verfasserin hatte in diesem Zusammenhang die Gelegenheit, ihre Ergebnisse im Rahmen einer **fachlichen Validierung** zu untermauern. Dies resultierte u.a. aus der Tatsache, dass Hamburg als einzige Stadt über umfassende Ergebnisse zu aktuellen gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen verfügte, an deren Erfassung die Verfasserin dieser Arbeit maßgeblich beteiligt war (siehe Abschnitt

1.5.2). Auf Basis der induktiv gebildeten Kategorien der weiteren qualitativen Analyse des Datenmaterials erstellte sie eine Übersicht der relevanten Themen, die nach Aussagen der Interviewpartner im Rahmen der gesundheitsbezogenen Strategien der europäischen MINDMAP Städte zur Förderung des Wohlbefindens im Alter verankert seien. Die teilnehmenden MINDMAP Partner wurden gebeten, die Themen hinsichtlich ihrer Relevanz in Bezug auf die Förderung des Wohlbefindens der älteren Bevölkerung in ihrer Stadt zu bewerten. Das Dokumente ist im Anhang B6 dargestellt.

Anekdotische Evidenz. Am 15. Oktober 2018 fand anlässlich des Welttags zur Seelischen Gesundheit im Oktober die Jahrestagung der Gesundheits- und Pflegekonferenz des Hamburger Bezirks Eimsbüttel zum Thema „Seelische Gesundheit“ statt. Die Verfasserin stellte dort das MINDMAP Projekt vor und erfasste in Gesprächen mit älteren Besuchern der Veranstaltung neben Aspekten, die ihnen für ihr **persönliches seelisches Wohlbefinden** wichtig waren, Informationen zur Nutzung entsprechender Angebote sowie Handlungsbedarfe. Die Kenntnisse wurden als „Anekdotische Evidenz“ auf Moderationskarten gesammelt und untermauern die Ergebnisse in der Diskussion.

Im Folgenden werden die quantifizierten (Teil 1) sowie die qualitativen Ergebnisse (Teile 2, 3,4a+b) dargestellt. Ebenso erfolgt für jede Auswertungsfrage eine entsprechende Teildiskussion unter Einbezug der zugrundeliegenden Literatur.

3 Teil 1: Gesundheitsbezogene Interventionen

Die nachstehenden Ergebnisse zeigen auf, inwiefern die gesundheitsbezogenen Interventionen der MINDMAP Städte sich in dem „**WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern**“ (WHO, 2015) verorten lassen, beziehungsweise welche Bestimmungsstücke des Modells adressiert werden. Die **Datenbasis** stellen die Ergebnisse der unter Abschnitt 1.5.2 beschriebenen Subanalysen dar. Zum einen können mittels der Befunde **Potentiale** der Stadt, aber auch weitere **Handlungsbedarfe** aufgezeigt werden.

3.1 Fragestellung

Auswertungsfrage 1:
Welche Bestimmungsstücke des “WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern” berücksichtigen die MINDMAP Städte im Rahmen ihrer gesundheitsbezogenen Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens im Alter unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz?

3.2 Ergebnisse der Quantifizierung

Die Darstellung der Ergebnisse der Auswertungsfrage 1 erfolgt anhand der Visualisierung zweier auf einander erfolgter Analyseschritte. Basierend auf den quantifizierten Daten der Tabelle 3 der Datenmatrize (vertiefend s. Anhang B4) wurden die Interventionen den Bestimmungsstücken des “**WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern**” (WHO, 2015) unterschieden nach zugrunde liegenden drei **Funktionsstadien** und drei **Handlungsebenen** zugeordnet, die nachstehend näher beschrieben sind. Anschließend wurden die Häufigkeiten untersucht und die Divergenzen mittels Microsoft Excel visualisiert. Das WHO Modell ist in Abschnitt 1.4.2.2 dargestellt.

Entsprechend des Forschungsinteresses werden explizit die Ergebnisse der Handlungsebene „environments“ aufgeführt (Übersetzung: Umweltbezogene Faktoren). Die weiteren Handlungsebenen „health services“ (Übersetzung: Gesundheitliche Versorgung) und „long-term care“ (Übersetzung: Pflegerische Versorgung) sind aufgrund ihrer Verankerung in dem Modell mit dargestellt und können in der Ergebnisdiskussion berücksichtigt werden, aber werden aufgrund des Schwerpunkts der vorliegenden Dissertation nicht vertiefend diskutiert. Die Zuordnungen zu den umweltbezogenen Handlungsfeldern „promote capacity-enhancing behaviours“ (Übersetzung: Förderung des Gesundheitsverhaltens) und „remove barriers to participation, compensate for loss of capacity“ (Übersetzung: Abbau von Barrieren / Kompensation altersbedingter Einschränkungen) wurden im ersten Schritt

gemeinsam berücksichtigt. Neben der Möglichkeit, dass sich Angebote nur an Menschen mit einer „hohen Kapazität“ (A: high and stable capacity, vgl. Tab. 12) richten, schließen wiederum andere Menschen mit einer abnehmenden Kapazität (B: declining capacity, vgl. Tab. 12) oder einem deutlichem Verlust dieser (C: significant loss of capacity, vgl. Tab. 12) mit ein. Basierend auf den Kenntnissen im Zusammenhang mit der Erfassung der Kapazitätsstadien nach dem LUCAS Funktionsindex (vertiefend Abschnitt 1.2.3.2) erfolgt eine Zusammenfassung der zwei letzten Spalten des WHO Modells (B+C) zu dem Stadium „Niedrige Kapazität“. Während im Falle einer ausschließlichen Adressierung der ersten Spalte (A) von „Hoher Kapazität“ die Rede ist, wird eine Zuordnung zum ersten und zweiten (A+B) sowie zu allen drei Funktionsstadien (A+B+C) als „Gemischt“ bezeichnet.

Tabelle 12: *Zuordnung der Funktionsstadien für die Verortung der MINDMAP Städte in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“.*

Hohe Kapazität	A
Gemischt	A+B A+B+C
Niedrige Kapazität	B oder C B+C

Ferner erfolgt eine Differenzierung der umweltbezogenen Ebene (environments) nach verhaltens- (promote capacity-enhancing behaviours) und verhältnisbezogenen Ansätzen (remove barriers to participation, compensate for loss of capacities). In der folgenden Tabelle 13 sind die Handlungsebenen mit der jeweiligen abgekürzten Bezeichnung, wie sie in den nachstehenden Abbildungen 18 und 20 dargestellt sind, aufgeführt.

Tabelle 13: *Bezeichnung der Handlungsebenen im „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (modifiziert nach WHO, 2015).*

Handlungsebene	**Handlungsansatz**	**Bezeichnung im WHO Modell**
Health services	Prevent chronic conditions or ensure early detection and control	Health services: 1
	Prevent chronic conditions or ensure early detection and control + Reverse slow declines in capacity	Health services: 1+2
	Prevent chronic conditions or ensure early detection and control + Reverse slow declines in capacity+ Manage chronic conditions	Health services: 1+2+3
	Reverse slow declines in capacity+ Manage chronic conditions	Health services: 2+3
Long-term care	Support capacity-enhancing behaviours	Long-term care: 1
	Ensure a dignified late life	Long-term care: 2
Environments	Promote capacity-enhancing behaviours	Environments: 1
	Promote capacity-enhancing behaviours + Remove barriers to participation, compensate for loss of capacities	Environments: 1+2
	Remove barriers to participation, compensate for loss of capacities	Environments: 2

In dem bereits publizierten Artikel von Neumann et al. (2017) wurden für die Stadt London Informationen von zwei geführten Experteninterviews (LON1 und LON2) zu einer Datenquelle (LON) zusammengefasst. Entsprechend wurden Informationen dieser beiden Interviews in den Analysen zu bestehenden Programmen, die die mentale Gesundheit älterer Personen adressieren, berücksichtigt. Mit dem Ziel eine systematische Überschätzung der Angebote für die Stadt London zu vermeiden, wurden abweichend zu den publizierten Auswertungen in dieser Dissertation lediglich die Informationen eines Interviews berücksichtigt. So ist sichergestellt, dass für alle Interviews nur eine Datenquelle Einzug in die Analysen dieser Dissertation erhält. Als Kriterium für die Auswahl eines Interviews als Datenquelle diente der berufliche Hintergrund der Interviewpartner: LON1: Expertin soziale Arbeit; LON2 Experte öffentliches Gesundheitssystem/Public Health. Da die Mehrheit der anderen europäischen MINDMAP Interviewpartner einen Hintergrund im Bereich des öffentlichen Gesundheitssystems hatte, wurde für die folgenden Analysen das Interview LON2 als relevante Datenquelle definiert. Von den insgesamt in den Interviews LON1 (Anzahl genannter Programme n=21) und LON2 (Anzahl genannter Programme n=10) genannten 31 Programmen, die die mentale Gesundheit für ältere Personen adressieren, werden somit hier 21 Programme ausgeschlossen, die im Interview LON1 genannt wurden. Somit reduziert sich auch die Summe aller genannten Programme (n=280), die die mentale Gesundheit älterer Personen adressieren, um 21 Programme auf n=259. Es ist darauf hinzuweisen, dass auch für die Stadt Krakau zwei Experteninterviews zugrunde liegen. Aufgrund der mangelnden stadtbezogenen Expertise des ersten Interviewpartners wurden jedoch lediglich die Informationen des zweiten Interviewpartners zu gesundheitsbezogene Interventionen auf Stadtebene berücksichtigt. Es ist darauf hinzuweisen, dass für die Stadt Helsinki ein Interview durchgeführt wurde, an dem jedoch aufgrund der fachlichen Expertise im Bereich der Pflegewissenschaften zwei Expertinnen teilnahmen. Die zeitliche Dauer entsprach in etwa der weiteren Interviews und es lag zudem nur eine Datenquelle zugrunde, die entsprechend in die Analysen einbezogen wurde.

Ergebnisse. Während 56 Angebote der gesundheitlichen und ebenso viele der pflegerischen Versorgung (56) zuzuordnen sind, liegen 151 auf der umweltbezogenen Ebene vor. Entsprechend des Forschungsinteresses wird die Handlungsebene „environments“ fokussiert und die Relevanz indes durch die nahezu dreifache Anzahl entsprechender Interventionen untermauert. In Hamburg liegen mit 20 Angeboten die meisten Interventionen auf die umweltbezogene Ebene vor. Es folgen die niederländischen Städte Eindhoven (18) und Rotterdam (17). Die Einordnung der genannten gesundheitsbezogenen Interventionen in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) über alle Handlungsebenen hinweg ist nachstehend exemplarisch für die Stadt Hamburg visualisiert (Abb. 18).

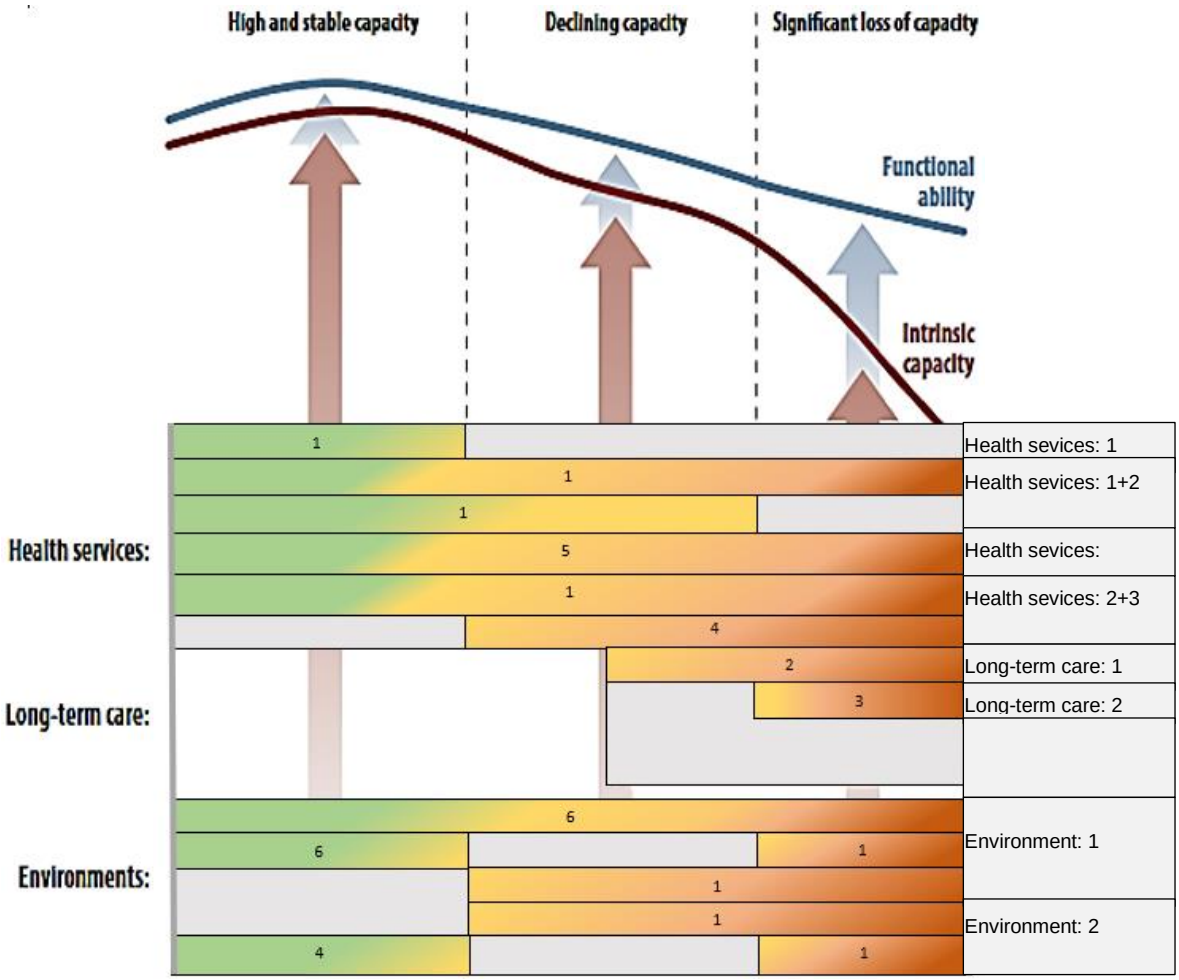


Abbildung 18: Zuordnung aller 38 gesundheitsbezogenen Interventionen der Stadt Hamburg differenziert nach den Handlungsebenen „health services“ (13), „long-term care“ (5) und „environments“ (20) und nach der funktionaler Kapazität.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich allesamt ausschließlich auf die umweltbezogene Ebene (environments). Die meisten Interventionen für „fitten Alten“ (hohe Kapazität) werden in Rotterdam (13) Hamburg (10) und Amsterdam (8) vorgehalten. Schlusslicht ist mit lediglich zwei Angeboten die Stadt Paris. Die Ergebnisse sind inklusive der weiteren Kapazitätsstadien nachstehend dargestellt (Abb. 19).

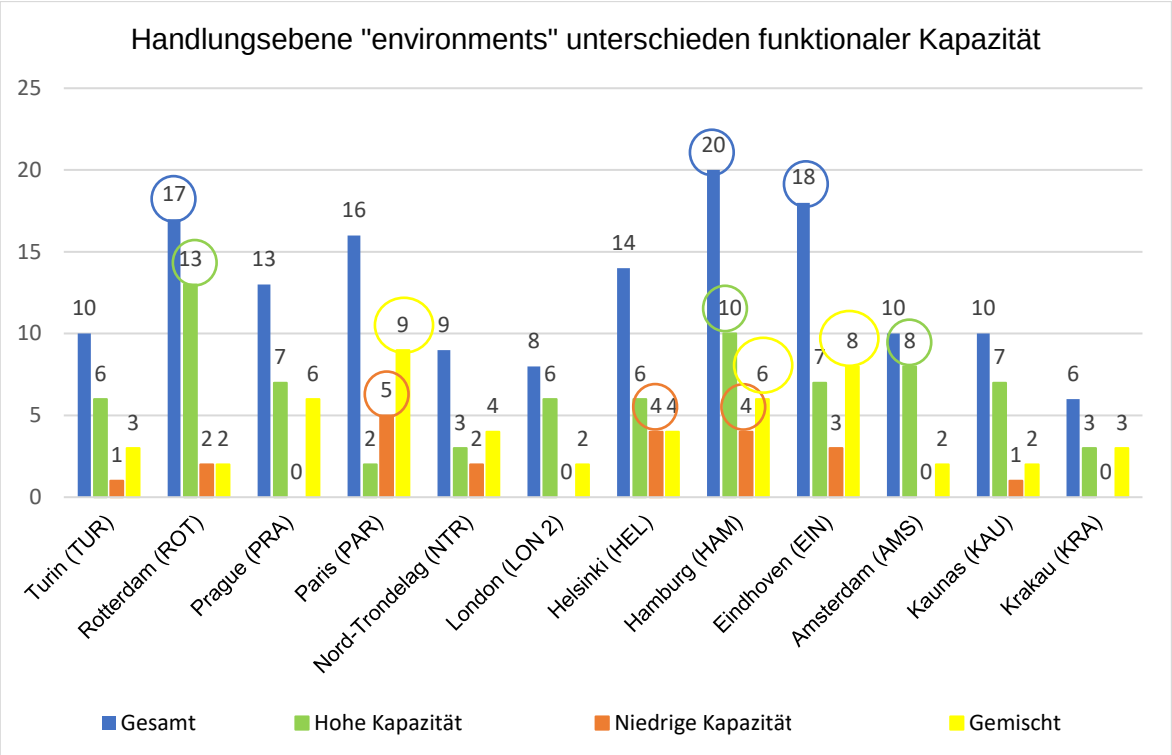


Abbildung 19: Zuordnung der 151 gesundheitsbezogenen Interventionen der Handlungsebene „environments“ unterschieden nach funktionaler Kapazität.

Im Umkehrschluss hält die Stadt Paris mit insgesamt fünf Interventionen hingegen die meisten Angebote für ältere Menschen mit einer niedrigen Kapazität vor. Es folgen Helsinki und Hamburg mit jeweils vier Angeboten für ältere mit einer niedrigen Kapazität. Krakau, Amsterdam und Prag beziehen diese Zielgruppe den Ergebnissen zufolge hingegen gar nicht ein. Auch in Bezug auf eine gemeinsame Adressierung der ersten beiden (A+B) oder aller drei Zielgruppen (A+B+C) weist Paris die meisten Angebote auf, sodass die nachstehende Grafik die Verortung der gesundheitsbezogenen Interventionen in das WHO Modell für diese Stadt aufzeigt (Abb. 20). Während insgesamt neun Interventionen zu verzeichnen sind, folgen erneut die Städte Eindhoven (8) und Hamburg (6). Die Schlusslichter mit jeweils zwei Angeboten stellen die Städte Rotterdam, Amsterdam und Kaunas dar.

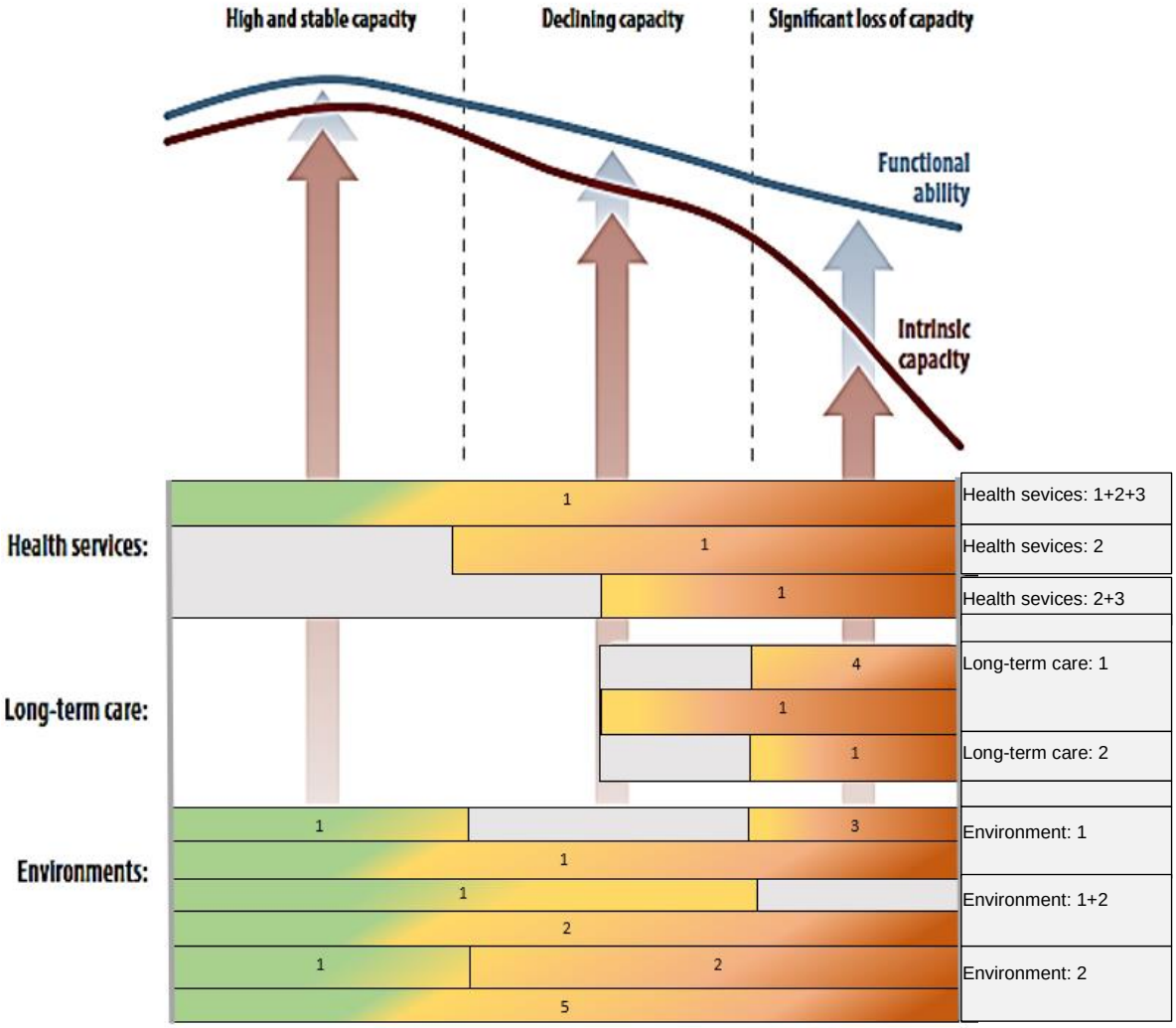


Abbildung 20: Zuordnung aller 26 gesundheitsbezogenen Interventionen der Stadt Paris differenziert nach den Handlungsebenen „health services“ (13), „long-term care“ (5) und „environments“ (20) und nach der funktionaler Kapazität.

Zur Übersicht der gesundheitsbezogenen Interventionen auf der Ebene „environments“, differenziert nach funktionaler Kapazität, der einzelnen Städte wurden die jeweiligen Häufigkeiten in der nachstehenden Abbildung 21 in Form eines Netzdiagramms dargestellt. Neben den beschriebenen Divergenzen in Bezug auf die unterschiedlichen Kapazitätsgrade (hohe Kapazität, niedrige Kapazität, Gemischt) ist auch die Anzahl aller umweltbezogenen Interventionen (Gesamt) berücksichtigt.

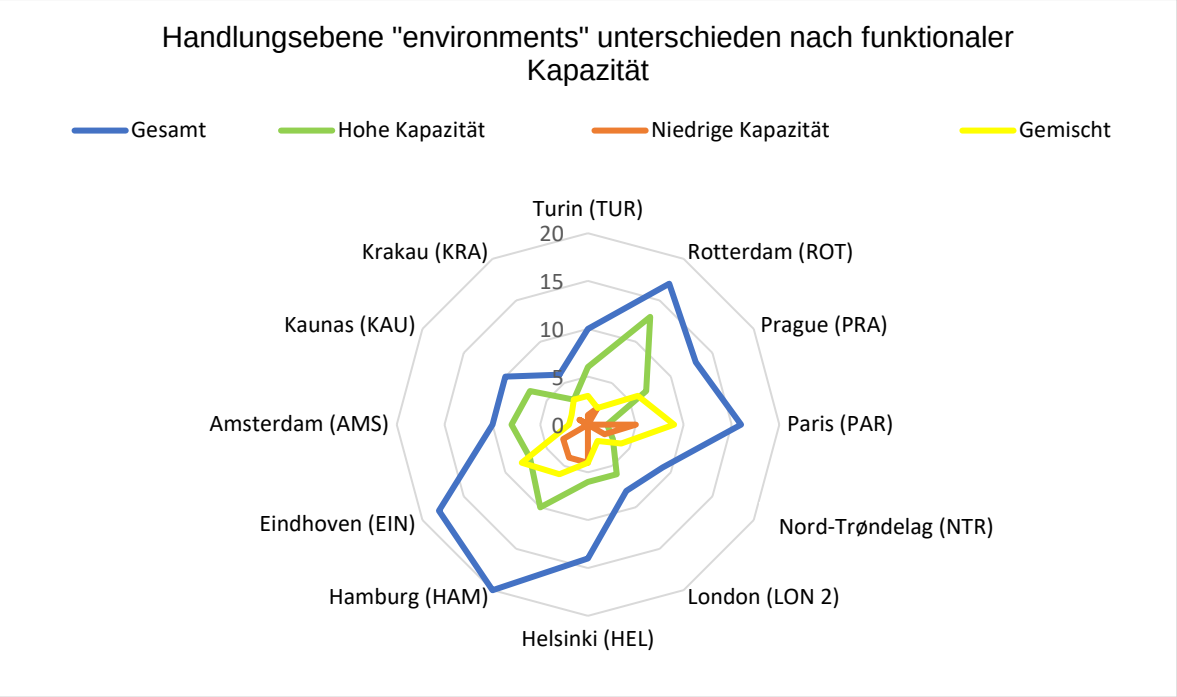


Abbildung 21: Übersicht der 151 gesundheitsbezogenen Interventionen der Handlungsebene „environments“ unterschieden nach funktionaler Kapazität als Netzdiagramm.

Wie eingangs beschrieben wurde eine weitere Differenzierung der umweltbezogenen Handlungsebene hinsichtlich der Unterscheidung nach primär verhaltens- oder verhältnisorientierten Ansätzen vorgenommen. Auch eine gemeinsame Adressierung ist möglich. In Bezug auf verhaltensbezogene Interventionen sind die meisten Angebote in Hamburg (14) zu finden. Es folgen die Städte Rotterdam (13) und Helsinki (11). Die Verhältnisebene wird insbesondere in Eindhoven und Paris adressiert. Hier liegen jeweils acht Angebote vor, während Hamburg und London jeweils sechs Angebote vorhalten. Aufgrund der wenigen Nennungen ist für eine gemeinsame Berücksichtigung beider Ansätze nur die Stadt Eindhoven mit insgesamt fünf entsprechenden Angeboten aufgeführt. Eine Übersicht zeigt die nachstehende Grafik (Abb. 22).

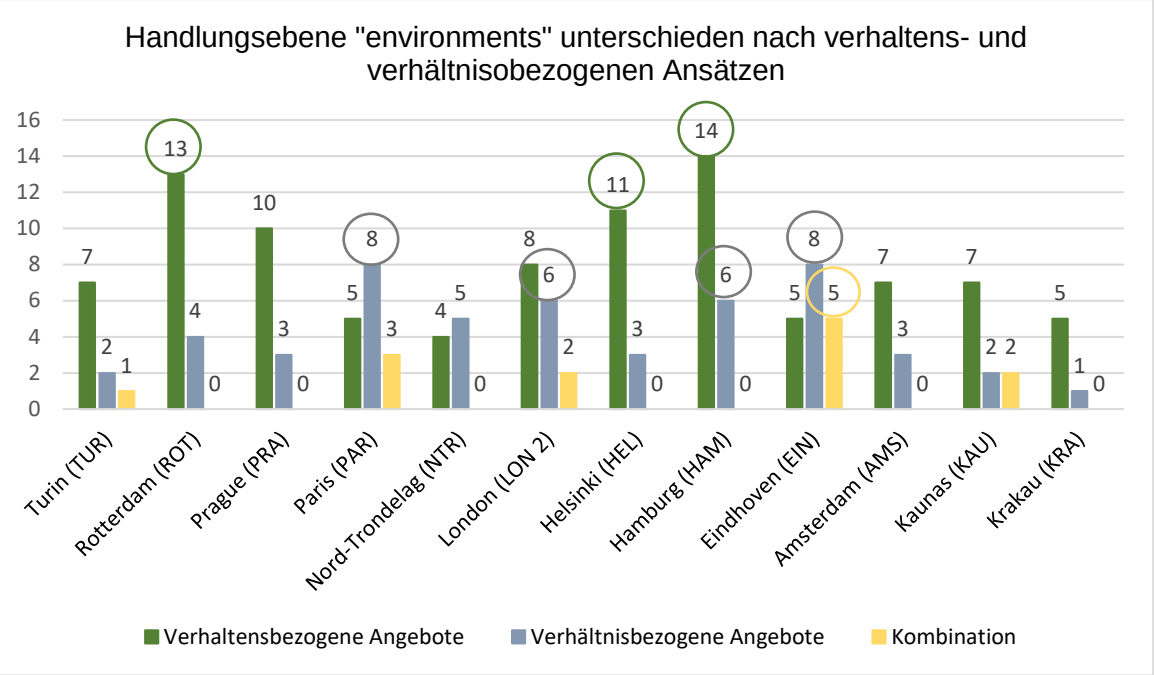


Abbildung 22: Zuordnung der 151 gesundheitsbezogenen Interventionen der Handlungsebene „environments“ unterschieden nach verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen.

Auch in diesem Fall visualisiert das folgende Netzdiagramm die Angebotsdarstellung für alle drei Fälle inklusive der Gesamtanzahl aller umweltbezogenen Interventionen (Abb. 23).

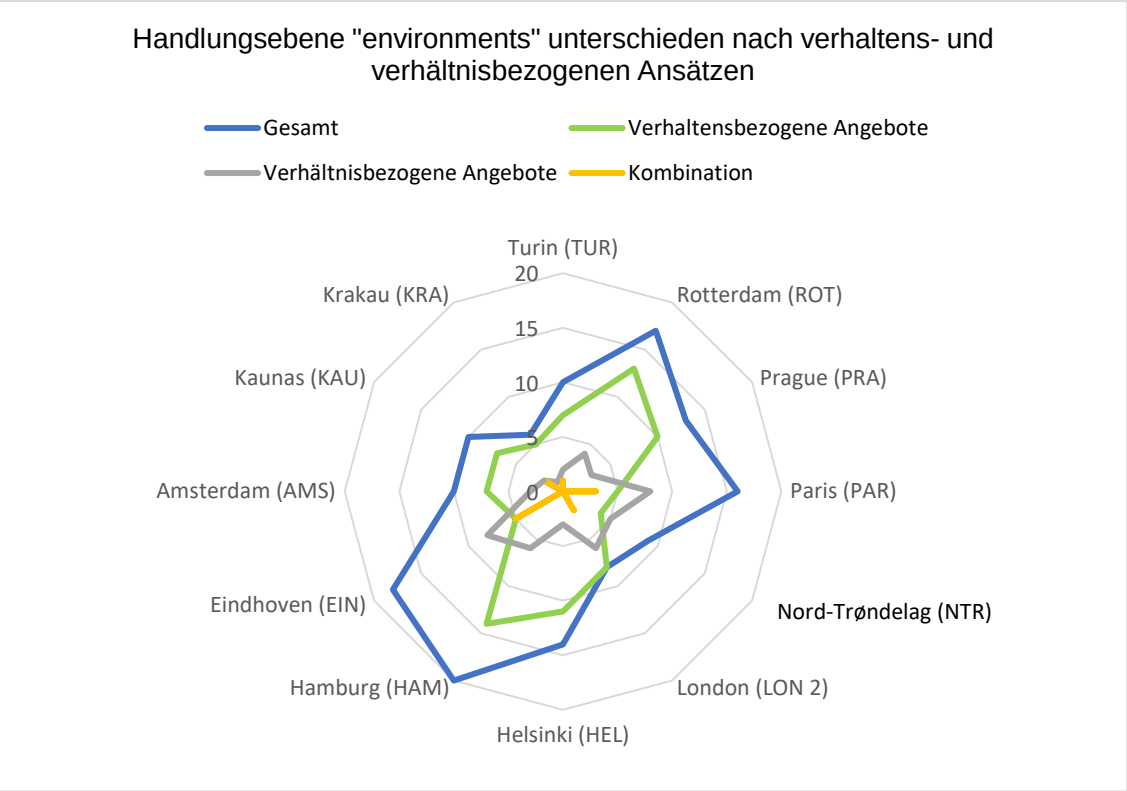


Abbildung 23: Zuordnung der 151 gesundheitsbezogenen Interventionen der Handlungsebene „environments“ unterschieden nach verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen als Netzdiagramm.

3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend wurde ersichtlich, dass in Hamburg (20) die meisten umweltbezogenen Angebote insgesamt sowie für die sogenannten „fitten Alten“ (Hohe Kapazität) vorlagen. Auch Eindhoven hielt die zweitmeisten (18) und Rotterdam die drittmeisten (17) umweltbezogenen Angebote insgesamt vor und die Städte nahmen auch in Bezug auf die zielgruppenspezifische Adressierung hochrangige Plätze ein. Paris hingegen wies die wenigsten Angebote für die „fitten Alten“ auf, aber belegte hinsichtlich der gemischten Gruppe und der niedrigen Kapazität jeweils den ersten Platz. Auch in Bezug auf die Differenzierung nach verhaltens- und verhältnisbezogenen Angeboten zählten Hamburg, Paris sowie die niederländischen Städte zu den Spitzenreitern. Während Hamburg die meisten verhaltensbezogenen Angebote vorhielt (14), wurde in der Stadt Eindhoven zum einen gemeinsam mit Paris die Verhältnisebene primär adressiert (jeweils 8). Auch lagen in Eindhoven die meisten kombinierten Angebote vor (5), wenngleich insgesamt vergleichsweise wenige Angebote verhaltens- und verhältnisbezogene Aspekte kombinierten. Die Städte Rotterdam (13) und Helsinki (11) boten zahlreiche Angebote auf der Verhaltensebene an, während in Eindhoven und Paris (jeweils acht), gefolgt von Hamburg und London (jeweils 6) vor allem die Verhältnisebene adressierten.

3.4 Diskussion

Welche Bestimmungsstücke des „WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern” berücksichtigen die MINDMAP Städte in ihren gesundheitsbezogenen Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens im Alter unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz?

Im Rahmen der Subanalysen wurden die genannten gesundheitsbezogenen Interventionen quantifiziert (siehe Abschnitt 2.4.2) und zu 16 vorab definierten Kategorien zugeordnet. Anschließend erfolgte eine Häufigkeitsanalyse. Die quantifizierten Befunde stellten die Datenbasis der nachstehenden Analyse dar. Dazu wurden die genannten Interventionen den Bestimmungsstücken, die für eine Aufrechterhaltung der funktionalen Kompetenz relevant sind, dem „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) zugeordnet und mittels deskriptiver Zahlen in Form farblicher Balken dargestellt. Funktionale Kompetenz meint die Fähigkeit den Alltag zu bewältigen, individuell bedeutsame Aktivitäten auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Menning & Hoffmann, 2009; WHO, 2015). Im Falle einer Adressierung verschiedener Funktionsstadien wurde dies als Farbverlauf visualisiert. Es wurde bei der Auswertungsfrage 1 bewusst auf eine vertiefende qualitative Auswertung der

Interventionen entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) verzichtet, da die Verortung der quantifizierten Daten der publizierten Subanalysen im WHO Modell die Möglichkeit ergibt, Potentiale sowie weitere Handlungsbedarfe der einzelnen Städte aufzuzeigen. Dies stellt eine gewinnbringende Information für die Weiterentwicklung der kommunalen Gesundheitsförderung dar.

Neben unterschiedlichen Maßnahmen differenziert das WHO Modell zwischen drei Funktionsstadien von einer hohen funktionalen Kapazität bis zu einem deutlichen Abbau dieser (WHO, 2015). Auf Basis der Unterscheidung wurden die quantifizierten Ergebnisse der Subanalysen (siehe Abschnitt 1.5.2) in dem Modell eingeordnet (siehe Abschnitt 3.2). Die Differenzierung der WHO wird durch weitere Angaben aus der Literatur gestützt. Zum einen ähnelt die Unterscheidung den Stadien des LUCAS Funktionsindex (Dapp et al., 2014) und auch zahlreichen Angaben der Literatur zufolge divergiert neben der objektiven Gesundheit (Wettstein et al., 2016) auch die funktionale Kompetenz interindividuell (Faltermaier et al., 2014; Fuchs et al., 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Diese unterscheidet sich insbesondere zwischen Angehörigen des sogenannten „dritten und vierten Lebensalters“ (Wettstein et al., 2016; vertiefend s. Kruse, 2017). Diesbezüglich liegt eine inkonsistente Befundlage vor, denn die Verortung einer Person zu einem der drei Funktionsstadien widerspricht der Angabe von Wettstein und Wahl (2018), wonach die Pole „eingeschränkt“ und „nicht eingeschränkt“ auf einem Kontinuum liegen und eine Person entsprechend nicht klar zuzuordnen ist. Als mögliche Erklärung fungieren entwicklungspsychologische Kenntnisse, wonach Leistungseinschränkungen und Zugewinne nicht nur zwischen Personen, sondern auch intraindividuell divergieren können (vertiefend s. Kruse, 2017).

Insgesamt ist eine strikte Zuordnung zu einer der drei Funktionsstadien kritisch zu betrachten, bietet aber den Vorteil einer normativen Orientierung über das Lebensalter hinaus und die Möglichkeit einer zielgruppenspezifischen Angebotsgestaltung. Dieser Bedarf wurde mehrfach bestätigt (Boudiny, 2013; Faltermaier et al., 2014; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Das zugrundeliegende Modell der WHO verdeutlicht zudem die Fähigkeit des Erhalts der funktionalen Kompetenz trotz abnehmender personaler Anpassungsressourcen (Neumann et al., 2017; WHO, 2015). In der Literatur wird die Anpassungsfähigkeit älterer Menschen u.a. mit dem Modell der Selektion, Kompensation und Wahrnehmung untermauert, dessen Erfolg insbesondere beim Einsatz aller drei Mechanismen steigt (Baltes, 1990; Dapp, 2008; Faltermaier et al., 2014; Freund & Nikitin, 2018; Reiterer & Amann, 2006; vertiefend s. Kruse, 2017; im ÜberblWettstein & Wahl, 2018; Wirtz et al., 2018). Es wird vor allem deutlich, dass für die älteren mit einer hohen funktionalen Kapazität vor allem Förderung, Stabilisierung sowie der Erhalt von Gesundheit

bedeutsam sind. Dies meint auf der Ebene der Gesundheitsdienste vor allem die Prävention, Identifizierung und frühzeitige Behandlung möglicher chronischer Erkrankungen, während auf Ebene der umweltbezogenen Faktoren vor allem das individuelle Gesundheitsverhalten betont wird. Für Ältere mit einem fortschreitenden körperlichen und kognitiven Abbau gewinnt vor allem der Abbau von Barrieren der sozialen Teilhabe an Bedeutung (WHO, 2015). Soziale Teilhabe meint insbesondere die Beteiligung an Aktivitäten, die eine soziale Interaktion mit anderen Mitgliedern der Gemeinschaft oder Gesellschaft ermöglichen (Levasseur et al., 2010; Pinto & Neri, 2016).

Die Relevanz umweltbezogener Interventionen zur Unterstützung der funktionalen Kompetenz im Alter begründet sich insbesondere in der Kompensationsfähigkeit älterer Menschen (Dapp, 2008; Wilkening et al., 2008; Wurm et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; Kruse, 2017). Zudem spielt die funktionale Kompetenz in Bezug auf die Fähigkeit, am sozialen Leben teilzuhaben und individuell bedeutsame Aktivitäten durchzuführen, eine bedeutsame Rolle (Menning & Hoffmann, 2009; WHO, 2015). Kritisch zu beurteilen ist hingegen die fehlende Berücksichtigung sozio-struktureller Merkmale (u.a. sozio-ökonomischer Status, Geschlecht, Familienstand, Kohortenzugehörigkeit), denn der Einbezug sozialer Ungleichheiten ist der Befundlage zufolge erforderlich (Jordan & Lippe, 2013; Kilian et al., 2008; Schaeffer et al., 2018; WHO, 2014). Dies ist vor allem aufgrund des engen Zusammenhangs von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten bedeutsam (Mielck, 2005; Perna et al., 2010). Darüber hinaus finden sich in der Literatur Angaben zum Einfluss der subjektiven Wahrnehmung individueller Einschränkungen (Westerhof & Wurm, 2015; vgl. Backes & Clemens, 2013; Kruse, 2017). Auch diese Perspektive fehlt im „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“, wenngleich die theoretischen Ausführungen dazu durchaus auf die Bedeutung der persönlichen Ressourcen verweisen (WHO, 2015). Insgesamt ist festzuhalten, dass es für eine bestmögliche Anpassung an altersassoziierte Beeinträchtigungen zum einen persönliche Ressourcen und eine unterstützende soziale und physische Umwelt benötigt (WHO, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017).

Die meisten Angebote für die Zielgruppe der „fitten Alten“ (Hohe Kapazität) hielten die Städte Rotterdam (12) und Hamburg (10) vor, während in Paris lediglich zwei Angebote genannt wurden. Dafür wurden dort insbesondere die Gruppe Älterer mit fortschreitenden Beeinträchtigungen (5 Angebote; Niedrige Kapazität) sowie Ältere im Allgemeinen (9 Angebote; Gemischt) berücksichtigt. Hamburg und Helsinki hielten jeweils vier und Eindhoven drei Angebote für Ältere mit niedriger Kapazität vor, während diese in Krakau, Amsterdam und Prag gänzlich vernachlässigt wurden. Präventive und gesundheitsfördernde Angebote für die Gruppe älterer Menschen mit einem Hilfe- oder

Pflegebedarf gewinnen an Bedeutung, sind aber aufgrund des vorherrschenden negativen Altersbildes noch immer einem hohen Legitimationsdruck ausgesetzt (Mir, 2018). Deutlich mehr Angebote adressierten gleich mehrere Funktionsstadien. Dem Spitzenreiter Paris folgten die Städte Eindhoven (8) und Hamburg (6). Die Relevanz zielgruppenspezifischer Angebote aufgrund der interindividuellen Diversität wurde bereits in Bezug auf die Bedeutung des WHO Modells betont, sodass auch diese Ergebnisse bestätigt werden können. Dahingegen ist das starke Angebot zielgruppenunabhängiger Interventionen kritisch zu betrachten. Eine vertiefte Diskussion zur Notwendigkeit eines Einbezugs interindividueller Besonderheiten innerhalb der älteren Bevölkerung erfolgt im nachstehenden Abschnitt (Teil 3). Zunächst werden die Ergebnisse zur Differenzierung nach verhaltens- und verhältnisbezogenen umweltbezogenen Maßnahmen diskutiert.

Die Befunde weisen auf eine im Allgemeinen vielfältige Bandbreite an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Zielgruppe älterer Menschen hin, die auch in der Literatur beschrieben wird (Friedli, 2006; im Überblick s. Mir, 2018). Es konnten im Gegensatz zum Gesundheits- (56) oder Pflegebereich (56) fast dreimal so viele Angebote der umweltbezogenen Ebene zugeordnet werden (151). Den Ergebnissen nach ist Hamburg der Vorreiter in Bezug auf umweltbezogene Interventionen zur Förderung der funktionalen Kompetenz im Alter (Handlungsebene: „Environment“). Die Vielfalt zeichnet sich in den genannten Angeboten zur Förderung des Wohlbefinden im Alter ab, wobei mehrfach betont wurde, dass die psychische Gesundheit meist indirekt adressiert werde, welches nach Friedli (2006) häufig zutrifft. Trotz der in der Literatur mehrfach postulierten Bedeutsamkeit einer Kombination verhaltens- und verhältnisbezogener Interventionen (Dadaczynski et al., 2016; Dadaczynski & Paulus, 2018; Kilian et al., 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018), wird dies entsprechend der Ergebnisse in den befragten MINDMAP Städten seltener realisiert, denn nur 13 Angebote wurden dieser Kategorie zugeordnet.

Deutlich häufiger erfolgte auf der umweltbezogenen Ebene eine Differenzierung zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen Angeboten, wenngleich erstere fast doppelt so häufig vorlagen (Verhaltensebene: 96, Verhältnisebene: 51). Der positive Einfluss eines ausgeprägten Gesundheitsverhaltens auf die Gesundheit und das Wohlbefinden ist mehrfach belegt (WHO, 1986; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) und trifft auch für die ältere Bevölkerung zu (Rakhshani et al., 2014; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemens, 2013). Die meisten Angebote dieser Kategorie lagen in Hamburg (14) vor, gefolgt von Rotterdam (13) und Helsinki (11). Körperliche Aktivität kann beispielsweise die kognitive Kapazität fördern (Colcombe & Kramer, 2003; Fuchs et al., 2013; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) sowie soziale Kontakte ausbauen und erhalten (Krug et al., 2013). Auch wird eine selbstständige Lebensführung unterstützt (Dapp, 2008; Fuchs et al., 2013;

Reichert & Lis, 2009; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018), die für das Wohlbefinden im Alter bedeutsam ist (Haider et al., 2016; Rödjer et al., 2016; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Weitere konkrete Interventionen werden vertiefend im Abschnitt 7.1 im Rahmen der allgemeinen Diskussion unter Einbezug der Ergebnisse der publizierten Subanalysen (Abschnitt 1.5.2) exemplarisch diskutiert. Wenngleich die Bedeutsamkeit des Gesundheitsverhaltens der Befundlage entspricht, bedarf es des Hinweises, dass es meist an einer ausreichenden Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al., 2018) und einem entsprechenden Gesundheitsverhalten mangelt (Dadaczynski & Paulus, 2018; Schaeffer et al., 2018; Sniehotta et al., 2005). Dies unterstreicht den weiteren Handlungsbedarf.

Zudem wurde mehrfach betont, dass Gesundheitsförderung primär in der Lebenswelt stattfindet (Dadaczynski & Paulus, 2018; Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; WHO, 1986). Dennoch wurden von deutlich weniger Maßnahmen auf dieser Ebene berichtet (51 statt 96). Spitzenreiter in Bezug auf verhältnisbezogene Angebote sind die Städte Eindhoven und Paris (jeweils 8) sowie Hamburg und London (jeweils 6). In Bezug auf eine Kombination beider Ansätze ist aufgrund der geringen Gesamtanzahl (13) mit insgesamt fünf entsprechenden Angeboten nur die Stadt Eindhoven aufgeführt. Zum Abbau von Barrieren der Teilhabe gehört neben einer Stadtgestaltung, die den Bedürfnissen älterer Menschen entspricht (Böhme & Franke, 2010; Oswald & Konopik, 2015; vgl. Backes & Clemens, 2013), die Schaffung von Gelegenheitsstrukturen zur sozialen Aktivität und sozialen Austausch (Kricheldorff & Oswald, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Insgesamt gewinnt eine positive Person-Umwelt-Interaktion an Bedeutung (Kricheldorff & Oswald, 2015; Oswald & Konopik, 2015; WHO, 2015; vgl. Backes & Clemens, 2013) und kann vor allem in Bezug auf die Förderung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen bestätigt werden (Böhme & Franke, 2010; Heite et al., 2015; Kricheldorff & Oswald, 2015; WHO, 2014).

3.5 Kernbotschaft

Die Verortung der gesundheitsbezogenen Interventionen der einzelnen Städte in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) gibt zahlreiche Hinweise darauf, welche Zielgruppen, differenziert nach funktionaler Kapazität, und welche Handlungsebenen primär adressiert werden. Zudem werden Potentiale und Handlungsbedarfe für eine zielgruppenspezifische Angebotsgestaltung sichtbar, die aufgrund einer notwendigen Differenzierung der älteren Bevölkerung in Subgruppen von hoher Bedeutung ist. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass überwiegend Angebote für „fitte Alte“ mit einer hohen Kapazität auf der verhaltensbezogenen Ebene und nur wenige Angebote vorliegen, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aspekte kombinieren. Die Relevanz wird u.a.

aufgrund des positiven Einflusses körperlicher Aktivität auf die physische und psychische Gesundheit unterstrichen. Die soziale und physische Umwelt beeinflusst vor allem die soziale Teilhabe und eine selbstständige Lebensführung älterer Menschen, sodass eine verstärkte Etablierung verhältnisbezogener Maßnahmen anzustreben ist. Neben der Förderung individueller Anpassungsressourcen gewinnt somit eine positive Person-Umwelt-Interaktion im Alter an Bedeutung. Die Visualisierungen können als Ausgangslage für die stadtbezogenen Analysen und die kommunale Gesundheitsplanung herangezogen werden,

Es folgen die Ergebnisse der vertiefenden qualitativen Analysen sowie die entsprechenden Teildiskussionen. Nach einer Darlegung der Ergebnisse zu der inhaltlichen Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Strategien zur Förderung des Wohlbefindens im Alter schließen sich die Ergebnisse zu den Besonderheiten der Zielgruppe sowie den hinderlichen und förderlichen Faktoren einer gelingenden Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen im urbanen an.

4 Teil 2: Gesundheitsbezogene Strategien

Aufgrund des explorativen Charakters der Studie findet die induktive Kategorienbildung nach Mayring (2015) Anwendung. Textstellen können in Ausnahmefällen, wie dem Vorliegen zahlreicher Informationen in einem Satz, mehreren Kategorien zugeordnet werden. Die Darstellung des gesamten Kategoriensystems wurde mittels der Smart Art Funktion von Microsoft Word visualisiert. Um den Auswertungs- und Interpretationsprozess möglichst transparent zu gestalten, wird eingangs jede Oberkategorie inklusive der dazugehörigen Unterkategorien vorgestellt, um diese dann mit ausgewählten Textstellen aus den Interviews zu belegen. Im Anhang C2 ist eine Übersicht des gesamten Kategoriensystems dargestellt.

Eingangs wurden die Interviewteilnehmer nach gesundheitsbezogenen Strategien gefragt, die direkt oder indirekt die Förderung des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit im Alter adressieren. Ziel ist es insbesondere, weiterführende Informationen zur inhaltlichen Gestaltung der gesundheitsbezogenen Strategien zu ermitteln.

4.1 Fragestellung

Der Untersuchung liegt die nachstehende Fragestellung zugrunde. Zudem wurde entsprechend des Ansatzes der induktiven Kategorienbildung ein Selektionskriterium und ein zugrunde liegendes Abstraktionsniveau festgelegt und formuliert. Diese basieren auf

dem Forschungsinteresse und legen fest, welche Textstellen der einzelnen Transkripte für die Kategorienbildung herangezogen werden dürfen.

Auswertungsfrage 2: Inwiefern wird in den genannten gesundheitsbezogenen Strategien der 12 europäischen MINDMAP Städte das Wohlbefinden älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen adressiert?	
Selektionskriterium	**Abstraktionsniveau**
Themen, die das Wohlbefinden älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz adressieren und im Zusammenhang mit den gesundheitsbezogenen Strategien genannt werden.	Konkret beschreibbare Ziele oder relevante Themen, die die Lebenssituation bzw. das Wohlbefinden älterer Menschen betreffen.

4.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Nachstehend sind die Oberkategorien des induktiv gebildeten Kategoriensystems dargestellt. Insgesamt konnten 13 Interviews berücksichtigt und die induktiven Kategorien zu neun Themenbereichen (Oberkategorien) zusammengefasst werden.

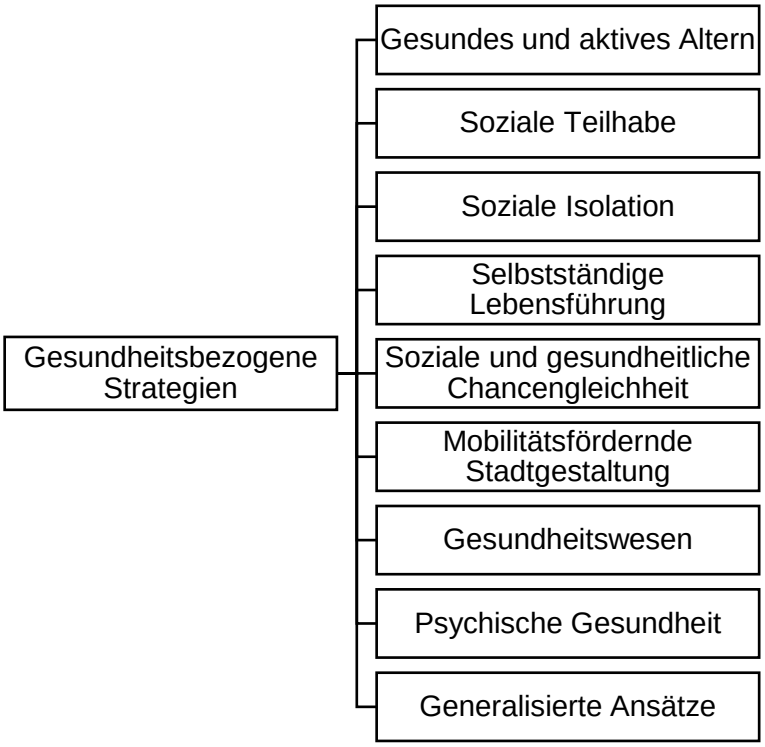


Abbildung 24: Neun Oberkategorien „Gesundheitsbezogene Strategien“.

Eine Darstellung des gesamten Kategoriensystems inklusive Unterkategorien ist dem Anhang C2 beigefügt. Für die Beschreibung der Ergebnisse wurde bewusst auf eine vorab erfolgte Typenbildung verzichtet, da dies mit einem Informationsverlust einhergehen würde und zudem keine Relevanz hinsichtlich der Beantwortung der Fragestellung aufweist. Die Ergebnisse der Unterkategorien werden am Ende dieses Kapitels resümierend zusammengeführt.

Oberkategorie: Gesundes und aktives Altern.

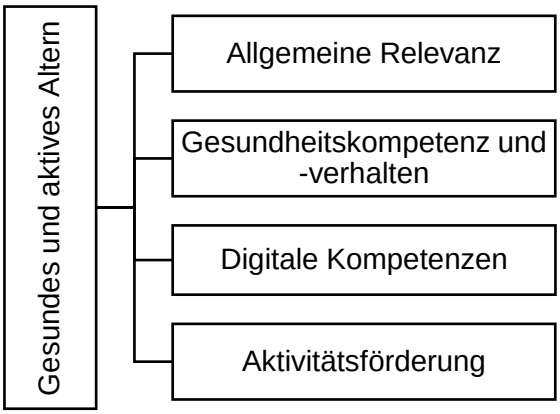


Abbildung 25: Oberkategorie "Gesundes und aktives Altern" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Allgemeine Relevanz

Insbesondere die Experten aus Hamburg, Krakau, London und Paris berichteten von einer verstärkten Bedeutung eines **gesunden und aktiven Alterns** in aktuellen gesundheitsbezogenen Strategien [*„(…) healthy ageing is one of the main goals“* (E6_KRA1: 35)]. In Hamburg sei dies nach Aussagen der Expertin als zentrales Handlungsfeld im Pakt für Prävention verankert und auch in London habe die Förderung eines gesunden Alterns in Bezug auf das etablierte Ziel einer Reduzierung der Morbidität im Alter an Bedeutung gewonnen.

> *„Well, this is actually, what we have been doing for years. But what has really been changing, is the focus and the emphasis (…). It is becoming more and more important to measure and to promote healthy ageing”* (E9_LON2: 41).

Gesundheitskompetenz und -verhalten

Auch die Steigerung der **Gesundheitskompetenz** wurde von den Experten aus Amsterdam, London, Rotterdam und Prag als bedeutsam erachtet. Insbesondere die Bedeutung der **Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens** zur Stärkung des Gefühls

persönlicher Kontrolle und der Fähigkeit, **eigene Entscheidungen** zu treffen, habe an Relevanz gewonnen: [*„(…) to enable them to make decisions about what they should or shouldn't do in their life"* (E9_LON2: 47)]. Dies sei entsprechend der Prager Expertin auch in Hinblick auf die psychische Gesundheit bedeutsam.

> *„(…) they are connected to mental health, you can say. (…) because health as in (…) how to increase healthy literacy, if people know how to care about their health or to prevent some diseases, it is also mental health support, because they have the control."* (E8_PRA: 49)

Aus Prag und Amsterdam sei vor allem die Entwicklung eines **gesunden Lebensstils** in den gesundheitsbezogenen Strategien der Stadt als Ziel formuliert. Darüber hinaus betonte der Rotterdamer Experte, dass älteren Menschen im Rahmen der Intervention „GRIP & GLANS", die fest in der Gesundheitsstrategie der Stadt verankert sei, Fertigkeiten im **Umgang mit dem Älterwerden** vermittelt würden.

Digitale Kompetenz

Im Zuge des vermehrten Gebrauchs von Computern im alltäglichen Leben bedürfe es einer **Schulung der älteren Menschen im Umgang** damit, wie zahlreiche Experten betonten [*„Now that we have computer and things like that. So, people are not always available to use that"* (E2a_HEL: 39)]. Informationen stünden den Experten aus Helsinki zufolge heutzutage schriftlich, aber auch digital zur Verfügung. Ihnen zufolge bräuchten viele Ältere Unterstützung bei der Recherche im Internet. Zudem würde sich die ältere Bevölkerung und entsprechend des Pariser Experten in ihrem Interesse sowie ihrer **Kompetenz im Umgang mit digitalen Medien** maßgeblich unterscheiden.

> *„But obviously it depends on their ability or willingness to use the technology (laughing). […] But I think it is possible"* (E12_PAR: 128).

Zudem wies die Expertin aus Prag darauf hin, dass der entsprechende Erwerb neuer Fertigkeiten im Alter sich positiv auf die mentale Gesundheit auswirken würde.

> *„(…) and also computer skills for example are also important. Just to end with education is not good for the mental health"* (E8_PRA: 55).

Aktivitätsförderung

Auch die Aktivitätsförderung ist laut der Expertenaussagen für ein gesundes Altern relevant und aus London wurde dessen Bedeutung für ein **erfülltes Leben** hervorgehoben.

> *„And what we are trying to do, is to develop a new strategy for healthy ageing. […] it is really important that people do something, because if they do something, there is much more of a chance that they will have a fulfilling life"* (E9_LON2: 41).

Insbesondere die Relevanz der **Schaffung entsprechender Angebote** wurde in diesem Zusammenhang mehrfach betont. In Nord Trøndelag stelle dies ein zentrales Ziel der kommunalen Gesundheitsstrategien dar und spiele in der Prävention, Gesundheitsförderung sowie der Kuration eine zentrale Rolle.

> *„Like we focus more and more on activities and on helping people to get out and do things on their own. And taking that into consideration, that this is an important treatment, as well as preventing and promoting"* (E11_NTR: 95).

Es würden dabei insbesondere bereits **bestehende Angebote gestärkt**, die Ältere darin unterstützen würden **aus dem Haus zu gehen** und alltagsbezogene Aktivitäten weiterhin **eigenständig erledigen** zu können. Auch im Rahmen des „WHO Healthy Cities Networks" (Turin) und der Gesundheitsstrategie für ein gesundes Altern in Prag [*„(…) it is an (…) Action Plan for Positive and Healthy Ageing. […] (…) as in terms like activation, independence and the development of skills"* (E8_PRA: 31-33)]. nehme die Aktivitätsförderung im Alter nach Aussagen der Experten eine zentrale Rolle ein. In Turin hingegen wurde der Schaffung **barrierefreier Zugänge** für die Aktivität im Alter eine besondere Relevanz beigemessen. Auch **Beschäftigung im Alter** fördere die Aktivität, wie die Prager Expertin betonte. Dahingegen würde in der Pariser Altersstrategie insbesondere die Rolle des älteren Bürgers innerhalb der Gesellschaft hervorgehoben und **ehrenamtliches Engagement** dieser Altersgruppe gefördert. Es würden im Rahmen der gesundheitsbezogenen Strategie insbesondere Anstrengungen vorgenommen, ältere Menschen **aktiv in die kommunale Gesellschaft einzubeziehen**.

> *„(…) the strategy focusses much more on (…) on the role of aged citizens in our local society. So, we have some actions on active citizenship of aged people. (…) how to empower aged citizens […] (…) and how to participate in social work or just actions in the neighborhood"* (E12_PAR: 110).

Oberkategorie: Soziale Teilhabe

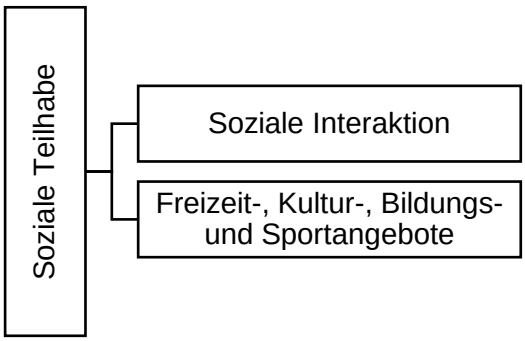


Abbildung 26: Oberkategorie "Soziale Teilhabe" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Soziale Interaktion

Die Bedeutung **sozialer Interaktion** in der Nachbarschaft wurde von den Experten aus Helsinki, Rotterdam und Prag im Zusammenhang mit den gesundheitsbezogenen Strategien hervorgehoben [„And another area was to support the participation of older people in the community“ (E8_PRA: 49)]. Hervorzuheben ist, dass dies u.a. an eine **gute Ausgestaltung der Wege und Fortbewegungsmittel** für Ältere geknüpft sei.

> *„(…) the building plan has a connection, and takes into account that buildings, that the surrounding, the way the city is build can stimulate people and help people to (…) to have more social contacts and to be more in contact with the neighborhood" (E4_ROT: 59).*

> *„(…) I like to say about this Action Plan that we really wanted to put emphasis on these preventive things. So, it is the right to participate, the right to be involved in the community. That means there must be easy ways to move around"* (E2a_HEL: 126-128).

Auch in Rotterdam wurde die Verbindung zur Stadtplanung hinsichtlich des Angebots entsprechender **Gelegenheitsstrukturen zur Förderung sozialer Kontakte** in der Wohnumgebung hervorgehoben. Ein im Gesundheitsplan verankertes Beispiel sei beispielsweise die Schaffung lokaler Gärten für alle Bewohner in der Nachbarschaft. Auch in Helsinki werde im Rahmen des städtischen Aktionsplans der Versuch unternommen die Stärkung des Zusammenhalts in **Nachbarschaften** mittels der Schaffung lokaler Gruppen zu unterstützen. Neben den Service-Zentren für ältere Menschen werde die Gründung von Nachbarschaftsinitiativen unterstützt.

Freizeit-, Kultur-, Bildungs-, und Sportangebote

Die Teilnahme an **sozialen Aktivitäten**, wie kulturellen, sport- oder freizeitbezogenen oder auch Bildungsangeboten wurde insbesondere aus Turin und Prag im Zusammenhang mit aktuellen gesundheitsbezogenen Strategien und insbesondere die Relevanz der **Bildung** für die psychische Gesundheit im Alter hervorgehoben [„*Just to end with education is not good for the mental health"* (E8_PRA: 55)]. Dies geschehe der Prager Expertin zufolge vor allem durch Bestärkung älterer Menschen **neue Fertigkeiten** zu erwerben oder sich gesellschaftlich zu engagieren. Der Zugang solle erleichtert werden, aber dennoch freiwillig bleiben. Dahingegen stehe in Turin die Förderung der sozialen Teilhabe mittels **Vergünstigungen** für ältere Menschen im Vordergrund. Teil der Strategie sei beispielsweise das Angebot, dass Menschen ab 60 Jahren für ein Jahr kostenlos und später vergünstigt verschiedene Angebote sowie den öffentlichen Nahverkehr nutzen können.

> *„(…) this is the plan about sport, this is the plan about being active at the cultural level, being active in museums, theaters, concerts. Some sort of easier access to most of the cultural activities"* (E3_TUR: 27).

Oberkategorie: Soziale Isolation

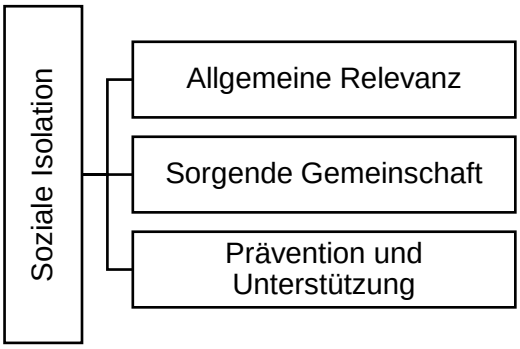


Abbildung 27: Oberkategorie "Soziale Isolation" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Allgemeine Relevanz

Es liegen mehrere Strategien vor, die sich explizit mit dem Risiko sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter beschäftigen oder in denen ältere Menschen als Subgruppe eingeschlossen sind. Im Hamburger Pakt für Prävention würden nach Angaben der Expertin **einsame und arme ältere Menschen eine relevante Zielgruppe** darstellen und auch die Expertin aus Eindhoven äußerte sich zur **steigenden politischen Bedeutung** der Thematik: [*„And there are some topics, like loneliness which are for the elderly as well and which stands very high on the governmental issues*" (E13_EIN: 48)]. Einsamkeit im Alter habe ihr zufolge das Thema Demenz von der politischen Agenda abgelöst [*„(…) a couple of years ago every organization had to say something about dementia and now it is more about loneliness*" (E13_EIN: 60)]. Auch die Experten aus Paris und London betonten das große politische Interesse an dem Thema der sozialen Isolation älterer Menschen [*„There is an enormous interest in loneliness and social isolation"* (E7_LON1: 83)]. Auf Prag treffe dies hingegen nicht zu. Eine Problematik stelle insbesondere die Erreichbarkeit der isoliert lebenden Älteren dar und es würden zahlreiche Aktivitäten zur Auflösung dieses Dilemmas unterstützt. Die Stadt Rotterdam fokussiere dem Experten zufolge diese Thematik insbesondere seit dem Skandal um eine alte Frau, die zehn Jahre unentdeckt tot in ihrer Wohnung lag.

> *„And in Rotterdam, there was the case that an older woman was found dead and in her home after ten years and that was such a huge shock, a huge moment for the local politics of course that say said this cannot happen again in Rotterdam. We have to act; we have to conduct something on social isolation for older people. How can it be that someone is lying there already for ten years?"* (E4_ROT: 155).

Ab 2018 würde es dazu eine eigene politische Strategie („*Vor Mekaar",* Übersetzung: füreinander da zu sein) geben, die alleinlebende ältere Menschen und insbesondere das Risiko der Einsamkeit im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit in den Blick

nehme [*„(…) especially the loneliness program is the most connected with mental health"* (E4_ROT: 49)]

Sorgende Gemeinschaft

Eine **zunehmende Isolation** und **Individualisierung** der Bevölkerung und ein **mangelndes kollektives Interesse** würden aufgrund der resultierenden Schwierigkeiten ein zentrales politisches Thema in Eindhoven darstellen.

> *„There is not so much collective interest anymore, I guess. So, what you see is that people stay in their houses and don't come out and connect with other people. The elderly are also familiar with that problem. Yes, but that is a big topic for the government here"* (E13_EIN: 50).

Auch in Rotterdam würde im Rahmen der Strategie zur Reduzierung der Einsamkeit im Alter (Vor Mekaar) versucht die Bürger darin zu unterstützen, verstärkt auf sich selbst und insbesondere **auf einander zu achten und für einander zu sorgen**.

> *„(…) the strategy overall is actually that the citizens of Rotterdam more and more have to take care for themselves and for each other […] (…) so not the government for you, but you have to do it for each other. And the agenda of the program is actually, how to make people conscious again; more connected to each other, yes, because about loneliness -- when they started the program, it was more about social isolation"* (E4_ROT: 153-155).

Es wurde hervorgehoben, dass der Fokus zu Beginn auf der Reduzierung sozialer Isolation lag und nun vielmehr auf der **Verringerung von Einsamkeit** gerichtet sei.

Prävention und Unterstützung

In Paris würden von der Regierung verschiedene Ansätze verfolgt, um dem Thema der sozialen Isolation zu begegnen. Neben der Prävention stehe der Umgang mit der Problematik im Vordergrund. [*„(…) we have different actions, to tackle the issue of social isolation or prevention of isolation during ageing"* (E12_PAR: 22)]. Dieser Herausforderung widme sich das französische Projekt "Les petit frères de Pauvres", welches im Rahmen der Altersstrategie gefördert werde. Mittels der Schaffung eines **sozialen Netzwerks aus Ehrenamtlichen** würden insbesondere ältere alleinlebende Menschen unterstützt.

> *„So, they are in contact, […] and they can communicate online. Like for example today, I visited him or her and he mentioned that, I don't know, that he needs somebody to do shopping the next weekend for him and a person can say, 'I am available this week"* (E12_PAR: 124).

Aktuell finde zudem eine **digitale Vernetzung häuslicher Besuchsdienste** Der **Aufbau sozialer Netzwerke und Hilfesysteme** werde aktuell digital unterstützt. Auch in Rotterdam sei im Zusammenhang mit sozialer Isolation der **Einsatz neuer Technologien** politisch verankert und ein Pilotprojekt überprüfe, ob aufgrund eines irregulären Stromverbrauchs

oder anderer Auffälligkeiten möglicherweise ein Problem in der Häuslichkeit vorliege. Eine verankerte Maßnahme seien ferner die Rotterdamer Kurse zum **Umgang mit dem Alleinsein** im Alter [„*Like to prevent it and lower the feelings of elderly people, and in that plan, we also have introduced these mental health prevention courses*" (E4_ROT: 45). In London würden hingegen **Kampagnen zur Sensibilisierung** der Bevölkerung und der älteren Menschen im Zusammenhang mit der sozialen Isolation im Alter postuliert.

Oberkategorie: Selbstständiges Lebensführung

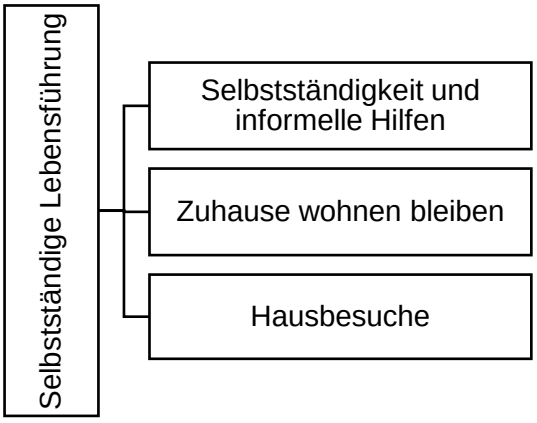


Abbildung 28: Oberkategorie "Selbstständige Lebensführung" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

<u>Selbständigkeit und informelle Hilfen</u>

Laut Aussagen der Expertin würden in Nord-Trøndelag ältere Menschen im Rahmen der kommunalen Gesundheitsstrategien insbesondere zu einer **aktiven und selbstständigen Lebensweise** motiviert. Dies sei aus Sicht der Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch in Hinblick auf die Behandlung von Krankheiten bedeutsam. In Bezug auf ältere Menschen wurde zudem **häusliche Pflege** als relevante Maßnahme zur Unterstützung einer **selbstständigen Lebensweise** benannt.

> *„(…) in Levanger it* [Anmerkung: die Gesundheitsstrategie] *is called Health and Mastery/Coping, […] (…) the main strategy is to give services to support people to help them to manage at their own"* (E11_NTR: 39-41).

Bevor professionelle Hilfen greifen fordere der Staat in den Niederlanden Ältere hingegen auf in ihrem privaten Netzwerk nach **informellen Unterstützungsmechanismen** zu suchen und unterstütze Ältere dabei.

> *„(…) but the policy in the Netherlands at the moments is focusing on -- first the city is looking if you need any kind of support, who is there in your own social network available to provide that support. And then if that is really not possible, then the city will support it"* (E5_AMS: 135).

Zuhause wohnen bleiben

Die **Unterstützung des selbstständigen Wohnens** stelle laut Aussagen der Experten aus Paris, Helsinki und insbesondere in den Niederlanden ein zentrales politisches Ziel dar: [„*Within the policy – here in the Netherlands, we say that everyone hast to stay in her or his house as long as possible, independently of care*" (E13_EIN: 45)]. In Rotterdam werde dies insbesondere im Zusammenhang mit der Strategie „Vor Meekar" realisiert, die vor allem alleinlebende ältere Menschen in den Blick nehme.

> *„Because in Holland it is the policy, in all policies, that all the elderly have to be able to stay at home as long as possible and what they are used to. Those are the large programs that are connected with the elderly, but especially the loneliness program is the most connected with mental health"* (E4_ROT: 49).

Im Rahmen der Rotterdamer Strategie „Langer Thuis", die ein möglichst langes Leben in der eigenen Häuslichkeit fokussiere, sei u.a. die **Prävention von Stürzen durch körperliches Training** zur Förderung einer **selbstständigen Lebensweise** verankert:

> *„In the program of Langer Thuis (…) there is a part that is directed specially to fall prevention, the prevention at home. […] as far as I know, physical exercise must be an important part of it. Because during the years you can see the development to more attention to make the house -- to get stronger muscles, to trying to prevent that you fall and that you break something. That is a different way of looking at fall prevention"* (E4_ROT: 137-139).

Laut der Expertin aus Eindhoven seien viele Ältere früher bereits im Alter von 65 Jahren in eine Pflegeeinrichtung gezogen. In diesem Zusammenhang betonte sie mehrfach die **hohen Kosten stationärer Pflege** [*„Because it is too expensive. […] So, they closed all the homes of the elderly*" (E13_EIN: 112)]. Dies hob auch der Experte aus Paris hervor: *[„(…) they want that the people stay with good condition at home as long as possible to avoid social costs"* (E12_PAR: 146)]. Im Rahmen des „Aktionsplans zur Förderung des Wohlbefindens im Alter" solle in Helsinki insbesondere die **Vermeidung einer frühzeitigen Unterbringung hilfe- oder pflegebedürftiger Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung** erreicht werden [*„We don´t really like that* [Anmerkung der Verfasserin: Pflegeeinrichtungen] *[…] basically, we don´t have so many nursing houses. […] More than 90 percent of our elderly people live at their own homes"* (E2a_HEL: 49-51)]. Auch in London werde dieses Ziel bereits seit den 1970er Jahren verfolgt:

> *„That* [Anmerkung der Verfasserin: ambulant vor stationär] *is being government policy since about 1970. So, we have low numbers of people in long-term care facilities, low numbers, a low proportion.* [*I: So, you try also to support the older people to live at home as long as possible?] Yes. It is a about five percent of the older people living in a long-term care facility"* (E7_LON1: 120-122)].

Viele Einrichtungen würden entsprechend zahlreicher Expertenaussagen ihr **ambulantes Unterstützungsangebot** ausweiten. Dies wurde vor allem im Rahmen der Interviews mit den Experten aus Amsterdam, Rotterdam und Hamburg deutlich.

> *„They have to reduce their capacity for elderly and I think that they are more like changing their policy into like providing their services for also to the elderly who are living at home; live in the neighbourhood"* (E4_ROT: 173).

Hausbesuche

Hausbesuche bei älteren Menschen seien in Rotterdam beispielsweise eng mit der Strategie zur Reduzierung von Einsamkeit im Alter verknüpft und würden der **Aufdeckung von problematischen Lebenssituationen** dienen.

> *„So, in the loneliness program an important part are the house visits. The home visits of people 75 plus. […] And then they can find all kind of problems that elderly people are facing"* (E4_ROT: 139).

Der Besuch werde **proaktiv** durchgeführt und diene neben der **Erfassung der Wohn- und Lebenssituation** der älteren Bevölkerung insbesondere der Unterstützung dieser durch gezielte Informationen. Dem Rotterdamer Experten zufolge sei dies eine **altmodische Methode** dar, um ältere Menschen in ihrer Häuslichkeit zu erreichen [*„(…) is actually in my opinion a very old-fashioned way of getting to know the older people in the neighborhood. It is like we did 20 years ago"* (E4_ROT: 149)]. Dennoch seien die Älteren sowie die Akteure, die diese Besuche durchführen würden, ihm zufolge sehr zufrieden:

> *„But the older people that I hear from, are very satisfied and enthusiastic about the home visit strategy and the information that they get. And what I hear from my colleagues that have made the visits, they say, "Wow, a lot of older people that we speak to, they have not so many problems, they are really managing life in their own situation in their own way"* (E4_ROT: 153).

Oberkategorie: Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit

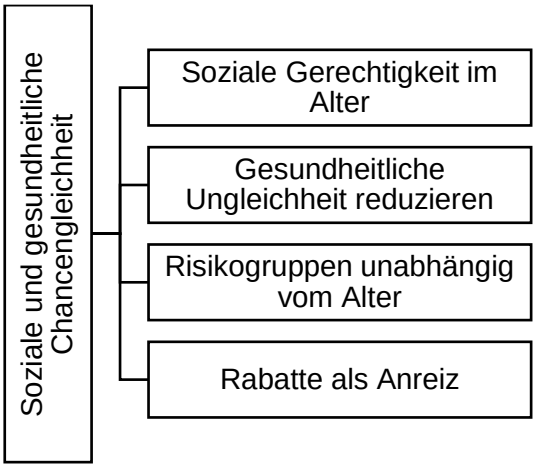


Abbildung 29: Oberkategorie "Soziale und gesundheitliche Chancen" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Soziale Gerechtigkeit im Alter

Gerechtigkeit im Alter wurde in den Interviews zum einen mit der **Verbesserung der Arbeitsbedingungen** für ältere Menschen und der **Reduzierung von Alters-diskriminierung** assoziiert.

> *„That is one goal, and one is older discrimination. Yes, anti-ageism in many areas also in the society. Yes, I think it is five themes and goals to improve healthy ageing"* (E8_PRA: 51)].

Während dies in Prag im „Aktionsplan zur Förderung eines gesunden Alterns" als Teilziel verankert sei, seien die Rechte Älterer in London in umfassenden Gesetzen zur Gleichbehandlung integriert. Ferner existiere in Helsinki ein eigenes Gesetz zur **Stärkung der Rechte** älterer Menschen. [*„It is like an additional law to take care of the old people´s rights*" (E2a_HEL: 27)]. Im Rahmen des Hamburger Pakt für Prävention werde darüber hinaus die **Altersarmut** adressiert, die Menschen in **komplizierte Lebenssituationen** befördern könne [*„They will target on lonely and poor people, and people with complicated living situations"* (E1_HAM: 503)].

Gesundheitliche Ungleichheit reduzieren

Neben der Gerechtigkeit hinsichtlich des Lebensalters wurde die **Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten** und **die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit** mehrfach von dem Amsterdamer Experten aufgeführt [*„No, actually, no, because what we say is that our main goal is to diminish the health disparities within the population"* (E5_AMS: 39)]. Seinen Aussagen zufolge stelle dies insbesondere für Menschen mit einem **Migrationshintergrund** und für Ältere mit einem **geringen Einkommen** eine Problematik dar.

Risikogruppen unabhängig vom Alter

In Großbritannien würden Ungleichheiten für **alle vulnerablen Bevölkerungsgruppen** im Rahmen übergeordneter Gesetzgebungen adressiert und nicht auf Basis des Lebensalters.

> "*Yes, and in particularly, it is that people are not just old. They are old women or old and disabled. What I am saying, it is not about age, it is about other inequalities"* (E7_LON1: 70)

Auch in Turin und Amsterdam würden vulnerable Zielgruppe im Allgemeinen **unabhängig von ihrem Lebensalter** verstärkt berücksichtigt: [*"All the citizens in Amsterdam in general and the more vulnerable groups, more disadvantaged groups, more specifically"* (E5_AMS: 21)].

Rabatte als Anreiz

Die Unterstützung vulnerabler Zielgruppen in ihrer **sozialen Teilhabe** stelle in Turin bereits seit 30 Jahren ein zentrales politisches Ziel dar und würde u.a. durch die **Erleichterung des Zugangs zu Angeboten** realisiert. Gleichwohl seien beispielsweise noch immer Ungleichheiten in Bezug auf gesundheitsbezogene Diensten zu verzeichnen. Auch in Paris gäbe es Vergünstigungen, aber diese seien an das Einkommen und nicht an einer Altersgrenze gebunden.

> „(…) *we tend to think that it is not targeted enough this social help and that it is better to have some reduction of price for poor citizens whatever their age is, rather than to reduced prices which are targeted on older people*" (E12_PAR: 164).

Dies wurde von dem Pariser Experten damit begründet, dass die ältere Bevölkerung durchschnittlich über deutlich mehr finanzielle Mittel verfügt als der Großteil der jüngeren Bevölkerung verfüge.

> *„And that is also linked to the fact that senior citizens where poorer than the rest of the population, but that is not the case anymore. Senior citizens in France and especially in Paris are on average richer than other citizens, so it is kind of hard to justify today, yes"* (E12_PAR: 164).

Oberkategorie: Mobilitätsfördernde Stadtgestaltung

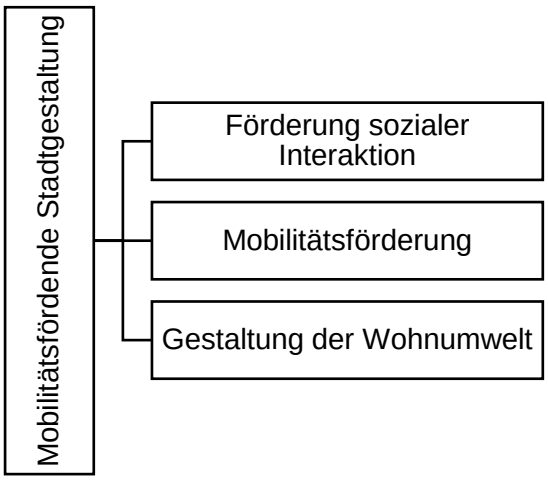


Abbildung 30: Oberkategorie "Mobilitätsfördernde Stadtgestaltung" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Förderung sozialer Interaktion

Wie bereits im Abschnitt zur sozialen Interaktion aufgeführt, würde es laut Aussagen der Expertinnen aus Helsinki für eine **soziale Interaktion innerhalb der Gemeinschaft gute Wege zur Fortbewegung** benötigen. Auch in Rotterdam wird die Stadtgestaltung zur Förderung sozialer Interaktion in der städtischen Gesundheitsstrategie berücksichtigt:

> *„We tried in this plan also to look at how the city is built. So, the building plan has a connection and takes into account that buildings, that the surrounding, the way the city is build can stimulate people and help people to have contact to each other more"* (E4_ROT: 59).

Mobilitätsförderung

Auch auf die **Mobilität im Alter** habe die Ausgestaltung der städtischen Umwelt einen Einfluss, sodass die Berücksichtigung der **Bedürfnisse älterer Menschen** in vielen Städten ein bedeutsames Ziel im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden im Alter darstelle.

> „*The second [goal] is about local transport and physical wellbeing, I would say. They combined this one. There are quite a lot of discussions how old people can move around the city and how public transport is responding*" (E2a_HEL: 37).

Entsprechend der Aussagen des Londoner Experten ziele die „Age Friendly Cities Strategy" beispielsweise auf eine Verbesserung der **Zugänge und Qualität der Gehwege und Straßen**, während in Amsterdam und Rotterdam vor allem die Qualität der **Radwege** fokussiert werde. In Rotterdam würde die Gesundheitsstrategie der Stadt (Rotterdam Vital City Plan) zudem bewusst mit weiteren Strategien (u.a. der Stadtplanung) verknüpft und ziele neben der **Bewegungsförderung** auch auf Stärkung der **Nachhaltigkeit** ab.

> *„That is also how we try to connect with other programs, because in Rotterdam there is also a program that has to do with the mobility. Like a sustainable mobility, healthy mobility. Rotterdam has the most bikers. All that kind of measures are prepared"* (E4_ROT: 57).

In Nord-Trøndelag seien umweltbezogene Faktoren in dem umfassenden Gesundheitsplan der Kommunen integriert und die Stadtplanungsbehörde darüber hinaus für die Umsetzung der gesundheitsbezogenen Ziele der Region zuständig. Neben der **Verkehrsplanung** beinhalte dies auch die **Beleuchtung** zur Unterstützung der Fortbewegung und Verbesserung des **Sicherheitsgefühls**. In Turin und Hamburg würde insbesondere die **Bewegungsförderung** und **Aktivität** älterer hervorgehoben und im Rahmen des „Mobility Programms Hamburg" der Stadtentwicklungsbehörde sei beispielsweise die Einrichtung von Bewegungsstätten in städtischen Parks verankert.

> *„It is okay, when you do sports and when you go to a Muckibude, but much better would be <u>another</u> big program in Hamburg, that is done by another department in Hamburg; it is the Mobility Program Hamburg. […] It is the Stadtentwicklung. They are doing green parks everywhere. Mobility centers for older people in parks"* (E1_HAM: 109-111).

Zur Unterstützung älterer Menschen und Menschen mit körperlichen Einschränkungen sei der Ausbau **barrierefreier** Zugänge zu öffentlichen Gebäuden wie **Nachbarschaftszentren, Ärzten** und weiteren relevanten Orten unerlässlich. Dies sei

nach der Expertin aus Prag ein bedeutsames Teilziel der Strategie zur Förderung des Wohlbefindens im Alter.

> *„(…) for the accessibility for older people or* [Ergänzung der Verfasserin: people with] *physical impairment, it is urban planning in fact, or a part of it for a barrier free environment. So, the Ministry of Local Development has some grants to boost or to create a free barrier environment in towns or in regions, just for free access to administrations for municipalities or hospitals, public buildings and so on"* (E8_PRA: 69).

Die Bedeutung **kurzer und zugänglicher Wege** zur Verrichtung von **bedeutsamen Alltagsaktivitäten** führten ebenso Experten aus London, Paris und Amsterdam auf.

> *„And those roads that lead you to the major shops, but also to the local community centres, the GP and so that you empower people of all ages to actually to easily move around in the neighbourhood, and to come across locations where you have to be. And that the environment looks nice, is safely etc."* (E5_AMS: 55).

In Großbritannien sei dies in einer entsprechenden Gesetzgebung verankert: [*„(…) there were laws on disability access and so and making every road step-free and also for older people"* (E7_LON1: 97)]. Auch in Paris und Amsterdam sei eine sogenannte **altersfreundliche Gestaltung** der Stadt im Rahmen eigener Strategien formuliert.

<u>Gestaltung der Wohnumwelt</u>

Darüber hinaus sei auch die Ausgestaltung der Wohnumwelt bedeutsam. Die Relevanz von Anpassungen an altersbedingte Einschränkungen unterstrichen insbesondere die Experten aus Prag und Helsinki [*„(…) and especially with old peoples housing. Or how we could improve it and things like that"* (E2a_HEL: 37)].

Oberkategorie: Gesundheitswesen

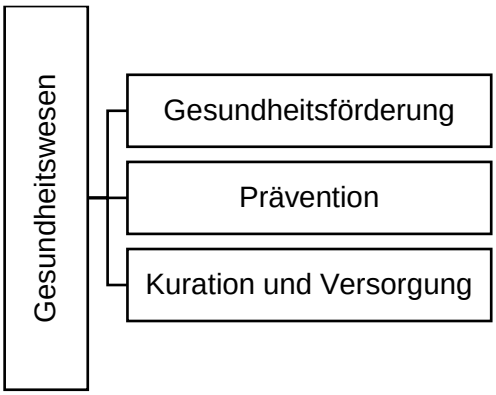


Abbildung 31: Oberkategorie "Gesundheitswesen" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Gesundheitsförderung

Nachstehend werden Aspekte aufgeführt, die explizit als gesundheitsfördernde Maßnahme benannt wurden. Während Gesundheitsförderung ebenso wie Prävention laut der Expertin aus Prag explizit im nationalen Gesetz zur öffentlichen Gesundheit verankert sei, stelle dies in Krakau eine Neuerung in der aktuellen Gesundheitsstrategie dar.

> *"To my understanding this is a much better document, then any previous one, and it includes the problems of ageing by promoting -- this is directed to promote healthy ageing, and not to deal with particular people, but rather promotion activities are funded"* (E6_KRA1: 49).

In Turin sei die Gesundheitsförderung insbesondere im Rahmen der „WHO Healthy Cities Strategy" verankert:

> *„They plan the health promotion on a bigger basis at many different levels, including old people"* (E3_TUR: 21).

Prävention

Während in Turin insbesondere die **Krankheitsprävention** und im Rahmen des „WHO Healthy Cities Network Plans" insbesondere die **Stärkung von Screenings** im Vordergrund stünde, verwiesen die Expertinnen aus Helsinki auf ein deutlich **breiteres Verständnis von Prävention**. Neben der Krankheitsprävention meine dies auch die **Unterstützung der Integration in die Gemeinschaft**. Zudem würden im Rahmen der städtischen Strategie, die auf die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens Älterer abziele (Action Plan for older peoples health and well-being), deutlich mehr präventive als versorgungsspezifische Aspekte fokussiert.

> *„So, I like to say about this Action Plan that we really wanted to put emphasis on these preventive things. So, things come before services […] (…) these networks are really positive and very much on prevention I would say. […] When I say prevention, I mean it very large. So, it the right to participate, the right to be involved in the community. That means there must be easy ways to move around"* (E2a_HEL: 126).

Auch in Paris stelle die Prävention einen zentralen Aspekt in dem zugrundeliegenden Altersgesetz dar [*„(…) and therefor also the prevention and health prevention are a big aspect of it"* (E12_PAR: 60)]. In Krakau würden erstmals die **Berücksichtigung der Ursachen** einer Erkrankung und die **Eindämmung der Risiken** durch präventive Maßnahmen in aktuellen Gesundheitsstrategie hervorgehoben [„*So, this program is different, because it deals with causes of the disease. I would say, population wide problems, which stand behind the disease*" (E6_KRA1: 49)]. Dahingegen werde in London und auch Amsterdam explizit die **Prävention psychischer Erkrankungen** thematisiert. Während der Experte aus London von einer **Kampagne** berichtete, die vor allem auf eine

Senkung der Suizidrate abziele, würde in Amsterdam vor allem die **Prävention von Depressionen und Angststörungen** adressiert. Ältere seien in der geplanten Strategie als Subgruppe berücksichtigt.

> *„(…) we are trying to formulate a new action plan for the prevention of anxiety and depression and also among elderly people"* (E5_AMS: 91).

Die **Reduzierung des Risikos demenzieller Erkrankungen** wurde ausschließlich, wenn auch mehrfach, von dem Londoner Experten thematisiert. Die Thematik sei, wie auch Diagnostik und Umgang, unter dem Dach der übergeordneten „Prime Ministers Challenge on Dementia" in Form einer eigenen Strategie gefasst [*„We said, within the Prime Ministers Challenge of Dementia, it should be in it more than anything else"* (E9_LON2: 47). In diesem Zusammenhang seien insbesondere das zeitliche Aufschieben der Symptome das Ziel, welches durch eine **gesunde Lebensweise** unterstützt werden könne und darüber hinaus das Risiko weiterer Erkrankungen reduziere.

> *„Yes, well it is not preventing, because you don't prevent, or you can´t prevent those conditions. […] Yes, I think it is more risk reduction and delay and defer, […] and if you manage the other risk factors associated with dementia, you have a far greater chance of not developing some of the types of dementia, which are clearly more meanable to cardiovascular risk reduction purposes"* (E9_LON2: 45).

> *„I mean it feels that if we really work on that, we can cut the number of people who will actually develop a dementia. So, two third* [unverständlich] *the vascular components as effectively as we could. So, there is a lot of emphasis on that. (…) because if we do achieve that, we are also reducing the chances of the vascular complications of diabetes, and we also are affecting the rate of people getting conditions, like breast cancer, like colorectal cancer, so that is also an advantage"* (E9_LON2: 59).

Zudem würden Bürger bei **medizinischen Vorsorgeuntersuchungen** frühzeitig für **vaskuläre Risiken**, wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und Übergewicht, sensibilisiert und darauf hingewiesen, dass dies Risikofaktoren für demenzielle Erkrankungen darstellen. Auch dies sei ein Teil der britischen Demenzstrategie.

> *„(…) for people who are between 40 and 50, what we are doing now, is, we are highlighting to them the importance of risk reduction. To enable them to make decisions in terms about what they should or shouldn't do in their life. But clearly the things they shouldn't do in their lives have to do with smoking, things that have to do with blood pressure. Things to do with ensuring their conditions, they don't get addicted smoking, alcohol or obesity. Well, all the stuff we know"* (E9_LON2: 47).

Kuration und Versorgung

Im Gegensatz zu präventiven Maßnahmen seien **versorgungsspezifische Aspekte** meist ein **traditionelles Ziel** gesundheitsbezogener Strategien, wie beispielsweise der Pariser Experte betonte:

> *"(…) it has been our traditional intervention to do you cure, curing. It is the majority of our financing; our budget is mostly concerned with cure"* (E12_PAR: 48).

Auch im Interview mit den Expertinnen aus Helsinki wurde die Selbstverständlichkeit versorgungsbezogener Ziele deutlich [*„(…) there are five bigger subjects or issues in that plan. So, of course we think it is about the services."* (E2a_HEL:37)]. Auch die Prager Expertin hob die **soziale und gesundheitliche Versorgung gebrechlicher Senioren** hervor [*„Another goal was to improve care, social and health care for seniors which -- who need it, which are somehow fragile or ill. So, it is also one part of it*" (E8_PRA: 49)]. Dies treffe insbesondere in Bezug auf die **psychische Gesundheit** der älteren Bevölkerung zu *„So, even with the action plan we have, this document, this strategy document is based mainly on the organization (…) of psychiatric care"* (E8_PRA: 19).

Oberkategorie: Psychische Gesundheit

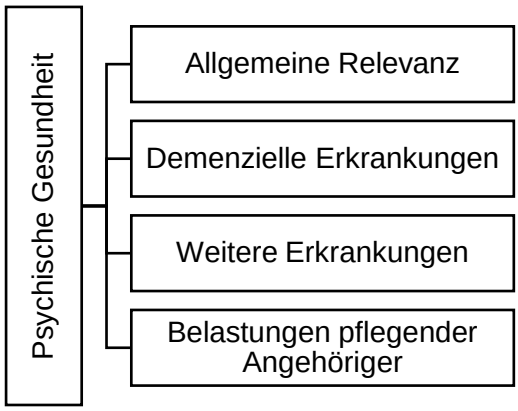


Abbildung 32: Oberkategorie "Psychische Gesundheit" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Allgemeine Relevanz

Mehrheitlich wurde betont, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen im Allgemeinen und insbesondere die Förderung der psychischen Gesundheit sich vor allem an **junge Menschen und Arbeitnehmer** richten würde. Dies betonte insbesondere der Experte aus Krakau und in Rotterdam würde im Rahmen eines **„Jahres zur Förderung der psychischen Gesundheit"** insbesondere die jüngere Bevölkerung adressiert.

> *„(…) there was a national meeting about mental health and our minister of mental health has launched a nationwide program or movement, but that targets especially on younger people"* (E4_ROT: 83).

Während die Gesundheitsförderung für Ältere im Rahmen des Paktes für Prävention eine Rolle spiele, treffe dies nicht auf die Förderung der psychischen Gesundheit zu [*„Health promotion, yes. Mental health -- I don't know. I don't see mental health yet in it"* (E1_HAM: 499)]. Auch in Prag sei die psychische Gesundheit Älterer nicht direkt in einer Strategie verankert, aber werde dafür indirekt in der Praxis adressiert [*„(…) we don't have it in a document, but we have it in practice. (…) so, it is difficult to find a document, because named is nothing about mental health"* (E8_PRA: 25)]. Laut Aussagen der Experten aus London und Turin würden sich entsprechende Maßnahmen an die Gesamtbevölkerung richten, und ältere Menschen seien lediglich in Bezug auf demenzielle Erkrankungen im Fokus.

> *„(…) as far as I know, there are no specific initiatives for mental health. The issues related to dementia and Alzheimer`s are part of this plan, up to the moment. All activities are offered to all risk population in Turin, as I understood"* (E3_TUR: 47).

Eine **hohe Relevanz der Förderung der psychischen Gesundheit** älterer Menschen berichtete hingegen der Pariser Experte und wies auf die Verankerung der Thematik in der Altersstrategie sowie der Strategie zur umweltbezogenen Gesundheit hin:

> *„(…) we have a Strategy on Ageing. […] And on this framework which is about ageing in general, mental health of old people is of course a central issue. […] Of course, I will be a bit less precise on this and it is less targeted on the issue of ageing of course, but they have for example in late 2016, they issued a Strategy on Environmental Health. […] And yes, of course the mental health aspect was part of it" (E12_PAR: 22).*

Die Prävention **psychischer Erkrankungen** spiele laut der Expertenaussagen vor allem in den osteuropäischen Städten eine eher untergeordnete Rolle [*„I am saying this prophylaxis, this prevention of psychiatric health problems, is not addressed. Well, may address, may include programs which are directed to elderly too"* (E6_KRA1: 41)]. Es stehe vielmehr die psychiatrische Versorgung im Fokus ["*But this action plan is a lot about psychiatric care and a few is about prevention"* (E8_PRA: 19)]. Auch die **Prävention von Suiziden** innerhalb der Bevölkerung schließe Ältere zwar mit ein, aber fokussiere vor allem Jüngere. Dahingegen sei die **Vorbeugung psychischer Erkrankungen** in der Strategie „Health and Mastery/Coping" der Region Nord-Trøndelag explizit aufgeführt, und nehme insbesondere **pflegende Angehörige** in den Blick.

> *"Yes, the main strategy is to give services to support people to help them to manage at their own. […] (…) promotion for a better life to prevent some mental illnesses, but also strategies for taking care of mental health or illnesses. And when it comes to older people -- how to support the family and the caretakers around and to support the older individual, and also the persons around, so they can manage the situation"* (E11_NTR: 41).

Auch im Zusammenhang mit **nicht-übertragbaren Erkrankungen** würde die psychische Gesundheit an Bedeutung gewinnen und würde dem Londoner Experten zufolge verstärkt in gesundheitsbezogenen Strategien berücksichtigt.

> *"So, there are some strategies that incorporate mental health in our thinking in all non-communicable diseases, and that was the strategy that I was talking about"* (E9_LON2: 85-87).

Weitere Erkrankungen

Depressionen im Alter wurden insbesondere von den Experten aus Amsterdam und Paris thematisiert, wohingegen diese laut Aussagen des Pariser Experten deutlich **komplexer und schwieriger zu adressieren** sein als demenzielle Erkrankungen [*„(…) obviously, depression is another aspect, but it is a bit more difficult to tackle. It is much more broad, and yes"* (E12_PAR: 140)]. Der Experte aus London betonte im Zusammenhang mit der Strategie zur Förderung des psychischen Wohlbefindens die Notwendigkeit einer **ganzheitlichen Sichtweise**. Ihm zufolge würden alle **nicht-übertragbaren Erkrankungen** wie Krebs, Demenz oder Diabetes **psychische Komponenten** beinhalten. Es seien ihm zufolge beispielsweise **Anpassungen, wie Verhaltensänderungen** notwendig, die berücksichtigt werden müssten.

> *„Let´s start with mental health. (…) what we have to understand is, that (…) every person with a non-communicable disease, (…) I mean dementia, (…) diabetes, (…) hypertension, (…) cancer. I mean every condition has components of mental health that have to be considered. […] If somebody has really quite significant diabetes, it is really unlikely that there is no aspect of mental health that needs to be dealt with. In the past, we only dealt with mental health if somebody exhibited symptoms of mental illness. I think, the new thinking needs to be around the fact, that we need to think (…) mental health processes in terms of every person who has some sort of non-communicable disease. […] (…) aspects of behavioural change, have become much more important"* (E9_LON2: 83).

Demenzielle Erkrankungen

Die Frage nach Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter wurde vorwiegend mit dem Thema **Demenz** verbunden [*„And that is especially true for dementia that there is a focus on older people"* (E5_AMS: 43)].

> *„Yes, on mental health, I would say that dementia is the main focus. In general, on curing or caring, we have many other health concerns, but if we focus on mental health, I would say that dementia is the main concern"* (E12_PAR: 140).

Überdies betonte der Turiner Experte, dass es im Rahmen des städtischen „WHO Healthy Cities Plan" Initiativen zum Thema Demenz, aber nicht in Bezug auf die psychische Gesundheit Älterer gäbe.

> *„[I: And would you say that there is also a focus on mental health in your Healthy Cities Network Plan?] No. Mental health only (…) there are no specific initiatives for mental health. The issues related to dementia and Alzheimer`s are part of this plan, up to the moment"* (E3_TUR: 47).

In der Region Nord-Trøndelag sowie in Helsinki und Paris sei das Thema Demenz in **übergeordneten Strategien** verankert, die wiederum das **lokale Handeln** beeinflussen würden.

> *„On dementia, there was a National Action Plan. On the Paris level, it was always included in another document. So, in an Ageing Strategy or a Health Strategy. […] So, we developed some action according to this plan, yes. So, it was in line with this, yes"* (E12_PAR: 68-70).

In London würde versucht die Thematik **in weiteren Strategien zu integrieren**, da es zahlreiche Lebensbereiche adressiert und nur so der gesamte Prozess verstanden werden kann, wie die nachfolgenden Zitate verdeutlichen.

> *„I think, what we are trying to do, is to incorporate dementia into everything, and for that reason every question you ask me, 'Is it part of the dementia or is it part of the whole strategy?', I will always answer the same way, 'It is the aspiration to get it into the whole strategy', because that is the only way, we are going to manage a process, and how people will know, what is going on"* (E9_LON2: 57).

> *„(…) we have the 2020 Dementia Strategy, and that is more about ensuring that people who live with dementia and their carers, have a better experience of dementia and also better services all the way through; with being diagnosed, with being risk reduced or prevented (…) to be supported to dying. So, it is through the whole journey. This is the aspiration around the Living well with dementia strategy"* (E9_LON2: 119).

Fernen würden entsprechend in Hamburg und Prag auch auf Stadtebene spezielle Demenzstrategien vorliegen. In Helsinki gab es einen städtischen Demenzplan, aber aktuell sei die Thematik und insbesondere die **Versorgung** von Menschen mit Demenz in dem übergeordneten Aktionsplan verankert. Auch in Amsterdam würde das Wohlbefinden älterer Menschen insbesondere mit der Versorgung demenziell erkrankter Menschen verknüpft und **präventive Maßnahmen** stünden laut dem Experten weniger im Vordergrund.

> *„And care especially for dementia and not so much prevention, but especially the care for people with dementia and their environment. So those are the most important topics when it comes to mental well-being"* (E5_AMS: 41).

Die Expertin aus Eindhoven wies indessen darauf hin, dass das Thema Demenz lange oben auf der politischen Agenda stand, aber von der **Einsamkeit im Alter** abgelöst wurde.

> *„It used to be like a really hot topic, but (…) there is a lot of innovation going on in that an area and apparently, I think that is enough. (…) and a couple of years ago every organization had to say something about dementia and now it is more about loneliness"* (E13_EIN: 60).

Auch in Prag nehme die Thematik im Gegensatz zur psychischen Gesundheit einen zentralen Stellenwert ein.

Belastungen pflegender Angehöriger

In Großbritannien läge nach Aussagen der Experten neben einer **speziellen Strategie** eine **eigene Gesetzgebung** zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen vor. Trotz dessen der Anspruch sei, alle Angehörigen in den Blick zu nehmen, würde dies insbesondere im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen stehen [*„(…) I assume large numbers care for people with dementia"* (E7_LON1: 54-55)]. Während deren Unterstützung auch in Amsterdam, Paris und der Region Nord-Trøndelag ein **zentrales politisches Anliegen** darstellte, würden pflegende Angehörige in Tschechien laut Aussagen der Prager Expertin **bislang kaum Unterstützung** erhalten.

> *„Mmh (groaning). Really, I don't know very much about that, but some support exists, like some courses, not much but in fact. Actually, not much, I think. We are (laughing) a hard country with this. Because (…) for us, it is normal to care. Yes. And especially as a woman"* (E8_PRA: 159).

Auch in den Niederlanden würden **professionelle Hilfen erst greifen, insofern keine familiäre Unterstützung möglich** sei.

> *"(…) basically, the idea is if first you have (…) like a physical problem, and you need care, the government will say, 'Okay let us look into your situation and see who can help you.'. Usually that is the partner or son or daughter or a neighbor or whatever. So, that is the first thing that they look at and if there is nobody available then you can ask for support from the government"* (E13_EIN: 126).

Oberkategorie: Generalisierte Ansätze

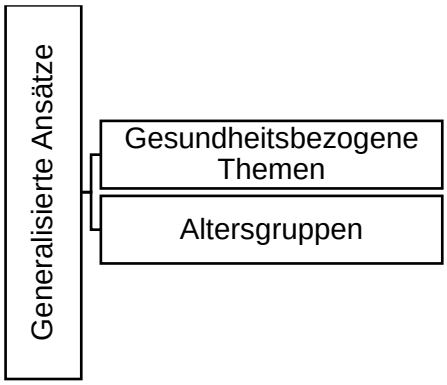


Abbildung 33: Oberkategorie "Generalisierte Ansätze" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Gesundheitsbezogene Themen

Im Folgenden werden Ergebnisse zu **generalisierten Ansätzen,** die mehrere Themen zusammenfassen, aufgeführt. Entweder wurde berichtet, dass mehrere einzelne Themenbereiche in einer übergeordneten Strategie verankert seien oder einzelne gesundheitsbezogene Strategien unter einem Dach gebündelt. Ersteres treffe insbesondere auf die Region Nord-Trøndelag zu. Dort würden die Themen wie **Demenz, soziale Isolation, Depression, Suizid oder Abhängigkeit** allesamt in dem übergeordneten „General Plan“ thematisiert, da viele präventive und gesundheitsförderliche Aspekte nach Aussagen der Expertin im **Zusammenhang mit umweltbezogenen Faktoren** stünden.

> *„But we have decided to make this into our general planning, because a lot of this health promotion and prevention of diseases, it happens in the technical plan. Like where the cars go, where you put the light that, so it is easy to go. This infrastructure is so important for the general health, so we choose to put it into the general planning”* (E11_NTR: 211).

Auch in Helsinki, Rotterdam und Amsterdam werde die **Integration einzelner Themenbereiche** im Rahmen einer **umfassenden Gesundheitsstrategie** der Stadt angestrebt. Nichts desto trotz würden insbesondere in den Niederlanden bei Bedarf **spezifische Pläne** existieren, aber stets in Verbindung zu der übergeordneten Strategie stehen, wie die nachfolgenden Zitate verdeutlichen.

> *„And so, depending on the issues, and when we say they need a specific focus on specific issues, there are specific plans as well, but still integrated”* (E5_AMS: 59).

> *„(…) that´s what we try to do in the health plan for the city of Rotterdam, to connect with other programs”* (E4_ROT: 47).

> *„(…) that is the mission of this Vital City Plan, to be more integrated, to use a more integrated approach of health promotion. So, it is a challenge still”* (E4_ROT: 211).

Ähnlich wie in Nord-Trøndelag wurde auch in Hamburg die Bedeutung der Stadtentwicklung hervorgehoben und zahlreiche **präventive und gesundheitsfördernde Aspekte** seien laut der Expertin in dem **Mobilitätsplan integriert.** Gesundheitsbezogene Aspekte würden in diesem Zusammenhang hingegen bewusst nicht explizit formuliert [*„(…) if you look at the Mobility Plan of the Stadtentwicklungsbehörde, it is not written in one-word health on it. But it is health promotion"* (E1_HAM: 338)]. Auch in Amsterdam und Paris sei die psychische Gesundheit insbesondere in **umweltbezogenen Strategien** verankert [*„(…) they don't have a specific strategy on mental health (…) mental health is part of the strategy on environmental health"* (E12_PAR: 30)]. Die Amsterdamer „WHO Age Friendly Cities Strategy" umfasse beispielsweise zahlreiche gesundheitsbezogene Aspekte, welches **dem integrierten Gedanken** der Strategie entspreche.

> *„Amsterdam is also a member of the WHO Age Friendly Cities movements which means an age friendly city implies an integrated policy plan. So, that is not only public health, it also comes to physical environment and etc."* (E5_AMS: 47).

<u>Altersgruppen</u>

In vielen gesundheitsbezogenen Strategien seien ältere Menschen als **Subgruppe** verankert und nur in einzelnen Fällen gesondert aufgeführt. Dies betonte beispielweise der Experte aus Krakau.

> *„And these programs can address elderly, so it may address them also. So, the general goals, as it is formulated, do not address a specific age group, but a specific program may address for example depression in elderly"* (E6_KRA1: 39).

Auch in Rotterdam seien Ältere nur bei **besonderen Risiken** explizit als **vulnerable Gruppe** aufgeführt. In der Regel würden definierte Ziele die gesamte Bevölkerung oder **Risikogruppen ohne Altersbeschränkung** adressieren [*„(…) in the Rotterdam Vital City Plan you will find in several places that the elderly are mentioned as a vulnerable group in the city"* (E4_ROT: 45)]. Auch in London und Helsinki seien **bevölkerungsbezogene Ansätze** die Regel.

> *„(…) And for all ages. So, there is not a special prevention plan for older people. For all population and young people also, and things like that"* (E2a_HEL: 237).

Während in Rotterdam und Eindhoven früher spezielle Strategien für ältere Menschen vorlagen, würde heutzutage, ebenso wie in der Stadt Amsterdam, bewusst darauf verzichtet.

> *„(…) some years ago the city of Rotterdam had a special plan for the elderly people with all kinds of different aspects. And not only health, but also housing or transportation. And that plan was not really stopped, but it was finished, it was over.*

> *The time was over that it was carried out, and there was not a new plan followed"* (E4_ROT: 79).

> *„(…) the city of Eindhoven has made a couple of years ago a decision that there will be no specific strategies for the elderly in the city"* (E13_EIN: 46).

Das tatsächliche Lebensalter spiele auch in Amsterdam bei der Zielformulierung eine untergeordnete Rolle. Obwohl der Experte das **erhöhte Risiko psychischer Erkrankungen** in der **Jugend und im Alter** unterstrich, sei die Thematik ihm zufolge für die gesamte Bevölkerung bedeutsam.

> *„If it comes to the other mental health issues, it is for all the ages actually, because what we see, is that both, depression and anxiety disorders, the prevalence's are also relatively high among adolescents, and also among specific groups of elderly people. So yes, those themes are important (…) for the whole population"* (E5_AMS: 43).

4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Gesundes und aktives Altern. Insgesamt habe die Bedeutung eines gesunden Alterns in den gesundheitsbezogenen Strategien der teilnehmenden Städte an Bedeutung gewonnen. Neben der Steigerung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens sei die Vermittlung von Fertigkeiten zum Umgang mit altersbedingten Veränderungen von Relevanz. Auch sollten digitale Kompetenzen gefördert werden. Dies unterstütze ältere Menschen dabei, digitale Informationen im Internet zu finden. Die Prager Expertin betonte zudem den positiven Einfluss des Erwerbs neuer Fertigkeiten im Alter auf die psychische Gesundheit. Eine besondere Wichtigkeit wurde der Aktivitätsförderung zugesprochen, die vor allem durch eine entsprechende Angebotsgestaltung und barrierefreie Zugänge unterstützt werden könne. Auch Beschäftigung im Alter sowie ehrenamtliches Engagement würden dazu zählen.

Soziale Teilhabe. Während zur Förderung sozialer Interaktion vor allem eine mobilitätsfördernde Umgebung sowie die Schaffung von Gelegenheitsstrukturen bedeutsam seien, spiele in Hinblick auf soziale Aktivitäten wie kulturellen, sport- oder freizeitbezogenen Angeboten auch ein niedrigschwelliger Zugang eine Rolle. Von der Prager Expertin wurde vor allem die Bedeutung der Bildung im Alter hervorgehoben.

Soziale Isolation. Gleichwohl soziale Isolation im Alter entsprechend der Expertenaussagen keine neue Problematik darstelle, habe die Thematik erst in den letzten Jahren an politischer Bedeutung gewonnen. In Eindhoven wurde beispielsweise das Thema Demenz von der politischen Agenda verdrängt und in Rotterdam habe der Skandal um eine Frau, die zehn Jahre unbemerkt tot in ihrer Wohnung lag, den Stellenwert erhöht.

Es wurden beispielsweise digitale Unterstützungssysteme zum Aufdecken von Unregelmäßigkeiten in der Häuslichkeit sowie der Erprobung digitaler Vernetzung ehrenamtlicher Unterstützung berichtet. Im Rahmen einer speziellen Strategie werde vor allen Dingen der achtsame und sorgende Umgang miteinander gestärkt und im Gegensatz zur sozialen Isolation insbesondere die Einsamkeit im Alter adressiert. Dahingegen würden sozial isoliert lebende Ältere in Paris insbesondere durch ehrenamtliche Besuchsdienste in der Nachbarschaft erreicht und unterstützt.

Selbstständige Lebensführung. Die Ermöglichung und Unterstützung einer selbstständigen Lebensweise stelle insbesondere in den Niederlanden ein zentrales politisches Ziel dar. Während dort vorzugsweise erst informelle Hilfen greifen sollten, hob die Expertin aus Nord-Trøndelag die Bedeutung ambulanter Pflege zur Unterstützung eines möglichst langen Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit hervor. Aus Paris und Eindhoven wurde in Hinblick auf die möglichst lange Vermeidung einer stationären Unterbringung im Besonderen das Ziel einer staatlichen Kostenreduzierung benannt. In Rotterdam würden hingegen Hausbesuche auf die Unterstützung selbstständig lebender Senioren abzielen. Neben der Aufdeckung problematischer Lebens- und Wohnsituationen stünde vor allem die Vermittlung passgenauer Hilfen im Vordergrund. Dem Rotterdamer Experten zufolge sei dies eine „altmodische“ Methode, wenngleich die teilnehmenden Senioren von hoher Zufriedenheit berichten würden.

Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit. Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit innerhalb der Bevölkerung stünden insbesondere in Turin seit vielen Jahren weit oben auf der politischen Agenda und in Amsterdam stelle dies ein aktuell hochrelevantes Ziel dar. Das Lebensalter spiele in diesem Zusammenhang eine untergeordnete Rolle und vulnerable Zielgruppen würden eher entsprechend ihres Einkommens definiert. Entsprechend würden auch in Paris beispielsweise einkommensabhängige Rabatte gewährt, denn Altersarmut spiele dort eine eher untergeordnete Rolle. In Hamburg hingegen würden ältere arme Menschen im Pakt für Prävention besonders fokussiert und auch in Turin würden Älteren ab dem 60. Lebensjahr Rabatte für soziale Aktivitäten gewährt. Während in Prag vor allen Dingen auf Reduzierung von Altersdiskriminierung und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Alter abgezielt würde, würden die Städte Paris und Helsinki für die Stärkung der Rechte älterer Menschen eigene Gesetzgebungen vorhalten.

Mobilitätsfördernde Stadtgestaltung. Den Aussagen der Experten zufolge werde der Stadtgestaltung insbesondere in Bezug auf die Mobilität im Alter eine besondere Bedeutung beigemessen. Neben der Bewegungsförderung durch beispielsweise unterstützende Bewegungsstätten stehe vor allem die Möglichkeit Alltagsaktivitäten, wie Behördengänge,

Arztbesuche oder Einkäufe erledigen zu können im Vordergrund. Auch wurde die Relevanz für die soziale Interaktion in der Gemeinschaft betont. Neben barrierefreien Wegen und Zugängen bedürfe es einer guten Verkehrsplanung und einer ausreichenden Beleuchtung zur Stärkung des Sicherheitsgefühls. Auch eine altersgerechte Gestaltung der Wohnumgebung werde vereinzelten Aussagen zufolge angestrebt.

Gesundheitswesen. Die Bedeutung der Gesundheitsförderung und eine steigende politische Relevanz betonten insbesondere die Experten der Städte Prag, Krakau und Turin. Auch der Bereich der Prävention gewinne Bedeutung. Neben der Stärkung klassischer Krankheitsprävention hoben die Expertinnen aus Helsinki ein deutlich breiteres Verständnis von Prävention hervor. Dies beinhalte ihnen zufolge zudem die Förderung der Integration in die Gemeinschaft und Teilhabe. Während der Fokus in Helsinki im Allgemeinen auf präventive Maßnahmen gerichtet sei, stelle die Berücksichtigung von Ursachen und die Eindämmung von Risiken in Krakau eine Neuerung dar. Besonders die Prävention spezieller Krankheiten, wie Depressionen und Angststörungen, aber auch demenzieller Erkrankungen wurde hervorgehoben. Hinsichtlich der Prävention psychischer Erkrankungen betonte vor allem der Londoner Experte mehrfach, dass eine gesunde Lebensweise zur Reduktion vaskulärer Risiken notwendig sei und hob die Verankerung in der nationalen Demenzstrategie hervor.

Psychische Gesundheit. Politische Ziele, die die psychische Gesundheit betreffen würden, stünden zumeist im Zusammenhang mit der jüngeren Bevölkerung oder Arbeitnehmern. Die Zielgruppe älterer Menschen würde hingegen primär mit demenziellen Erkrankungen assoziiert. Gesundheitsfördernde Maßnahmen im Alter würden im Hamburger Pakt für Prävention zwar einen Schwerpunkt darstellen, aber laut Aussagen der Expertin treffe dies nicht auf die psychische Gesundheit zu. Dahingegen spiele die Thematik in der Pariser Umweltstrategie eine zentrale Rolle und der Prager Expertin zufolge würde die psychische Gesundheit älterer Menschen auf der Praxisebene indirekt adressiert. Auch im Zusammenhang mit nicht-übertragbaren Erkrankungen sei die Berücksichtigung psychischer Komponenten im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses dem Londoner Experten zufolge unerlässlich. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen würde in den osteuropäischen Städten vor allen Dingen auf eine gute Versorgung und weniger eine Verhinderung entsprechender Krankheiten abgezielt, wohingegen dies in Nord-Trøndelag insbesondere auf die Gruppe pflegender Angehöriger zutreffe. Depressionen im Alter würden den Experten zufolge eine große Bedeutung in Bezug auf die Formulierung gesundheitsbezogener Strategien beigemessen, wenngleich diese aufgrund ihrer Komplexität deutlich schwieriger als beispielsweise Demenzen zu adressieren seien. Das Thema Demenz werde zudem größtenteils mit der psychischen Gesundheit im Alter

verbunden und entsprechend häufig aufgeführt. Dementgegen betonte die Expertin aus Eindhoven, dass die Thematik aktuell von der Einsamkeit im Alter auf der politischen Agenda abgelöst worden sei. In den anderen Städten wurde hingegen die Bedeutung der Demenz unterstrichen und neben speziellen lokalen oder nationalen Strategien sei die Thematik teilweise in übergeordneten Strategien verankert. Entsprechend des Londoner Experten solle dies im besten Fall in fast allen Strategien berücksichtigt werden, da es vielfältige Lebensbereiche berühre. Während insbesondere Unterstützung und Versorgung von Menschen mit einer Demenz im Fokus stünde, stünde im Rahmen der britischen „Dementia Friends Kampagne“ die Sensibilisierung und Risikoreduzierung im Vordergrund. Während die Unterstützung pflegender Angehöriger mehrheitlich ein zentrales politisches Anliegen darstellt, betonte die Prager Expertin das Gegenteilige. Dahingegen existierten in einigen Städten wie London oder Paris spezielle Strategien und Gesetzgebungen zur Unterstützung und auch in den Niederlanden stehen pflegende Angehörige auf der politischen Agenda, aber gleichzeitig sieht die Politik es vor, dass professionelle Hilfen erst greifen, wenn diese im persönlichen Umfeld nicht leistbar ist.

Generalisierte Ansätze. Nach Aussagen der Experten würden häufig verschiedene Altersgruppen oder gesundheitsbezogene Themen in übergeordneten Strategien zusammengefasst. Letzteres geschehe insbesondere aufgrund der zahlreichen Schnittstellen zu anderen Bereichen und vor allem umweltbezogenen Aspekten. Neben einer Einbettung gesundheitsbezogener Themen in übergeordneten Strategien der Stadt, wie es u.a. in Rotterdam, Amsterdam und Nord-Trøndelag realisiert werde, finde vor allem die psychische Gesundheit in umweltbezogenen Strategien Berücksichtigung. Der Bezug werde aber im Hamburger Mobilitätsplan der Stadtentwicklungsbehörde bewusst nicht hervorgehoben. Trotz des Bestrebens, gesundheitsbezogene Aspekte in übergeordneten Strategien zu verankern, betonte der Rotterdamer Experte die Notwendigkeit, bei speziellen Problematiken gesonderte Strategien vorzuhalten. Auch diese seien dann unter dem Dach der übergeordneten Gesundheitsstrategie der Stadt zusammenfasst. Auch werde zwischen bevölkerungsbezogenen Ansätzen und Strategien und solchen, die sich explizit an ältere Menschen richten, divergiert. Während in einigen Städten, wie Helsinki, Prag oder Paris, spezielle Altersstrategien vorliegen würden, habe man sich in den Niederlanden laut Expertenaussagen bewusst von diesem Vorgehen verabschiedet. Ältere Menschen seien in übergeordneten Gesundheitsstrategien integriert und nur im Falle besonderer Risiken gesondert adressiert. In Rotterdam treffe dies auf die Strategie zur Reduzierung von Einsamkeit im Alter (Vor Meekar) und zur Förderung der Selbstständigkeit im Alter (Langer Thuis) zu. In den meisten Fällen seien ältere Menschen als Subgruppe integriert und nur im Fall einer besonderen Vulnerabilität explizit adressiert.

4.4 Diskussion

Inwiefern wird in den genannten gesundheitsbezogenen Strategien der 12 europäischen MINDMAP Städte das Wohlbefinden älterer Menschen unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz adressiert?

Auf Basis der induktiven Kategorienbildung wurden neun zentrale Themen in den gesundheitsbezogenen Strategien der teilnehmenden Städte zur Förderung des Wohlbefindens im Alter identifiziert. Diese sind überwiegend literaturkonform, wie die nachstehende Diskussion darlegt. Entsprechend des Selektionskriteriums wurden nur Aussagen codiert und diskutiert, die im Zusammenhang mit einer Strategie genannt wurden. Weitere relevante Aspekte in Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen wurden im Rahmen der Auswertungsfrage 3 analysiert, sodass teilweise thematische Dopplungen bestehen, wenngleich das Selektionskriterium divergiert.

a) Gesundes und aktives Altern

Das übergeordnete Ziel eines **gesunden Alterns** stellte in fast allen Städten eine relevante Thematik dar. Laut Aussagen der Experten aus Amsterdam, Rotterdam, London und Prag solle dies u.a. durch eine gesteigerte **Gesundheitskompetenz** und ein verbessertes **Gesundheitsverhalten** erreicht werden. Auch in der Literatur spiegelt sich diese Relevanz wider und ist beispielsweise fest in der Ottawa Charta der WHO verankert (WHO, 1986). Obwohl die Thematik von der Hamburger Expertin nicht explizit benannt wurde, liegt nach der Befundlage vor allem auf nationaler Ebene eine hohe politische Bedeutung vor, wie die Verabschiedung des „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP) verdeutlicht. Der Bedarf ist auf eine mangelnde Gesundheitskompetenz (54 %) und daraus bedingten Schwierigkeiten gesundheitsbezogener Entscheidungen zurückzuführen (Schaeffer et al., 2018). Zudem liegen gesundheitsbezogene Informationen zunehmend in digitaler Form vor, sodass die **digitale Kompetenz** älterer Menschen unterstützt werden sollte. Die Prager Expertin hob in diesem Zusammenhang den positiven Einfluss des Lernens für die psychische Gesundheit hervor.

Insgesamt hat ein **gesunder Lebensstil** einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) sowie den Alterungsprozess (vgl. Backes & Clemens, 2013). Insbesondere das Morbiditätsrisiko steigt, welches vor allem für chronische Erkrankungen zutrifft (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Steptoe et al., 2015) und zugleich sind Ältere vermehrt von Multimorbidität betroffen (Robert-Koch-Institut, 2015a; WHO, 2017b; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Trotz der geringeren Homöostase des alternden menschlichen Körpers (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) ist der ältere Mensch in der Lage multifaktorielle Funktionseinschränkungen

(Fuchs et al., 2013) weitgehend zu kompensieren (Dapp, 2008; Wilkening et al., 2008; Wurm et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013). Entsprechend berichten viele Ältere, trotz altersassoziierter Veränderungen, über ein weitgehend hohes Wohlbefinden (Gunzelmann et al., 2006; Tesch-Römer et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; Kocka & Staudinger, 2009). Dieses Phänomen, welches beispielsweise als „Wohlbefindensparadox“ (Staudinger, 2000) oder „late-life-health-paradox“ (Wettstein et al., 2016) bezeichnet wird, unterstreicht die Angaben der Literatur, wonach ältere Menschen eine bedeutsame Zielgruppe präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen darstellen (Dapp, 2008; Dapp et al., 2009; Deutscher Bundestag, 2015; im Überblick s. Mir, 2018; Wettstein & Wahl, 2018).

Vor allem die **Aktivität im Alter** gewinnt an Bedeutung. Dies wird u.a. durch die Angaben von Lehr (2003) gestützt, wonach der Eintritt in den Ruhestand häufig mit negativen Gefühlen, wie Sinnverlust, Langeweile oder Einsamkeit korreliert. Diesbezüglich zeigt sich ein widersprüchliches Bild in der vorliegenden Literatur. Auf der einen Seite sind defizitorientierte Assoziationen mit dem Alter noch immer sehr präsent, werden jedoch dem veränderten Altersbild einer postmodernen Gesellschaft nicht gerecht (Faltermaier et al., 2014; vgl. Martin & Kliegel, 2014; im Überblick s. Mir, 2018). Dieser Aspekt wird im weiteren Verlauf vertiefend beleuchtet und unterstreicht die Diversität der älteren Bevölkerung, die sich auch in den Assoziationen zum gesunden Altern widerspiegelt. Während in London vor allem ein erfüllten Leben angestrebt wird, dessen Bedeutung auch Oswald und Konopik (2015) hervorheben, würden in Nord-Trøndelag insbesondere aktivierende Angebote geschaffen. Insgesamt wurde mehrfach auf die Bedeutung der Aktivität für ein gesundes Altern hingewiesen, sodass dieser Aspekt vertiefend im Abschnitt der Oberkategorie „Soziale Teilhabe“ diskutiert wird.

Zudem wurde **ehrenamtliches Engagement** im Zusammenhang mit einem gesunden Altern genannt. Es zeigt sich jedoch eine inkonsiste Befundlage, die zwischen Überforderung und weiterer Förderung divergiert. Als litearturkonform erweist sich die Tatsache, dass älteren Menschen mit dem Eintritt in den Ruhestand mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen (Cornwell & Waite, 2009; Faltermaier et al., 2014; Levasseur et al., 2010) und sie im Vergleich zu Jüngeren eine erhöhte Bereitschaft zum Engagement aufweisen (Dienel & Blanckenburg, 2010; Naegele, 2010). Dies trifft insbesondere auf Ältere mit einem höheren Sozialstatus zu (Backes & Clemens, 2013). Ein entsprechendes politisches oder gesellschaftliches Engagement wird als institutionalisierte Teilhabe bezeichnet (Dienel & Blanckenburg, 2010; Heite et al., 2015; Oswald & Konopik, 2015), welche nach Dienel und Blanckenburg (2010) aufgrund der bisher unzureichenden Präsenz Älterer in politischen Gremien gestärkt werden sollte. Auch die Förderung des

sozialen Engagements gewinnt aufgrund der zahlreichen gesellschaftlichen Herausforderungen an Bedeutung (Kricheldorff et al., 2015; WHO, 2017b). Das „Sozialkapital“ der älteren Bevölkerung kann vor allem in sozialbenachteiligten Stadtteilen, die von losen sozialen Netzwerken geprägt sind, unterstützend wirken (Böhme & Franke, 2010). Die Relevanz der Aktivitäts- und auch Ehrenamtsförderung im Alter kann somit auch aus gesellschaftspolitischer Sicht bestätigt werden. Insgesamt reihen sich die Ergebnisse mehrheitlich in die zugrundeliegende Literatur ein und gelten somit als relevante Themen gesundheitsbezogener Strategien zur Förderung des Wohlbefindens im Alter.

b) Soziale Teilhabe

Aufgrund des bedeutsamen Einflusses auf die Gesundheit hat die **Förderung der sozialen Teilhabe** eine besondere Relevanz für die Formulierung gesundheitsbezogener Ziele (Levasseur et al., 2010; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Neben sozialen Aktivitäten wurden die Förderung und der Aufbau sozialer Kontakte mehrfach genannt. Die Ergebnisse reihen sich in die Kenntnisse der Literatur ein und entsprechen beispielsweise den Schwerpunkten der Gerontologie (Teilhabe innerhalb der Gemeinschaft/Gesellschaft) sowie Rehabilitationsforschung (Performance; Levasseur et al., 2010). Der positive Einfluss **sozialer Aktivität** im Alter auf das Wohlbefinden wird in der Literatur umfassend bestätigt (Havighurst, 1972; Naegele, 2010; Pinto & Neri, 2016; Weltzien, 2004), wie auch die Aktivitätstheorie nach Havighurst (1972) und das etablierte Konzept des „active ageing“ untermauern (Naegele, 2010; Walker & Zaidi, 2016). Veraltete Theorien, wie die Defizit- oder Disengagementtheorie, die das Alter auf Leistungsabbau und Lernunfähigkeit reduzieren und entsprechend als „Restzeit“ des Lebens verstehen (vgl. Wilkening et al., 2008), gelten als überholt und werden entsprechend kritisiert (vgl. Martin & Kliegel, 2014). Auch gemäß des „active ageing“ Konzepts stellt soziale Teilhabe den Kern moderner Alten- und Sozialpolitik (Naegele, 2010) sowie eine Schlüsselpriorität der WHO in Bezug auf das Wohlbefinden im Alter dar (Dapp et al., 2018; Fries et al., 2011; Kalache et al., 2002). Es ist an dieser Stelle auch auf die Gefahr einer ‚Überbetonung‘ der Ressourcen im Alter hinzuweisen. Demnach fehlt es insbesondere Älteren, die nicht der Mittel- oder Oberschicht angehören, häufig an entsprechenden Potentialen (Naegele, 2010), sodass die Zielgruppen mit sozialer Benachteiligung einer besonderen Beachtung bedürfen. Auch Martin und Kliegel (2014) kritisieren in diesem Zusammenhang die fehlende Berücksichtigung soziostruktureller Unterschiede, die nach Backes und Clemens (2013) ein ‚erfolgreiches Altern‘ mit beeinflussen.

In Bezug auf soziale Aktivität wurde aus den Ergebnissen überdies die Bedeutung des Zugangs zu Bildung sowie der **Erwerb neuer Fertigkeiten** für die psychische Gesundheit im Alter ersichtlich, wie die Prager Expertin betonte, wenngleich das Ziel nur indirekt verfolgt

werde. Auch der Erhalt der Lernfähigkeit im Alter wird u.a. durch die Kritik an der Defizit- und Disengagementtheorie bestätigt (vgl. Martin & Kliegel, 2014). Darüber hinaus weisen Faltermaier et al. (2014) darauf hin, dass sich lediglich die Art des Lernens mit dem fortschreitenden Lebensalter verändert. Als förderlich gelten ihnen zufolge ein positives Selbstbild, unterstützende soziale Kontakte sowie eine stimulierende Lernumgebung, wie im Rahmen von Universitäten für Ältere (Third Age Universities) beispielsweise in Turin und Prag realisiert wird. Zudem ist die Entwicklung von Kompetenzen und Fertigkeiten nach Backes und Clemens (2013) für ein selbstbestimmtes und ‘erfolgreiches‘ Altern notwendig. Des Weiteren solle die Aktivität im Alter gemäß einiger Experten mittels **Rabatten und Vergünstigungen** (z.B. Card 60+ aus Turin) unterstützt werden. Entsprechende sozial-administrative Regelungen, wie Vergünstigungen ab dem Ruhestand (Faltermaier et al., 2014), können unterstützend wirken (WHO, 2017b).

Soziale Teilhabe umfasst ferner die **soziale Interaktion** mit anderen Personen (Levasseur et al., 2010; Pinto & Neri, 2016). Die Thematik ist laut Expertenaussagen vor allem in den gesundheitsbezogenen Strategien aus Helsinki, Prag und Rotterdam verankert. Auch die anderen Experten äußerten sich zu dieser Thematik, aber aufgrund des fehlenden Bezugs zu einer gesundheitsbezogenen Strategie, sind die Textpassagen der Auswertungsfrage 3 zugeordnet. Es sollten vor allem **Gelegenheitsstrukturen** für soziale Teilhabe geschaffen werden, die u.a. das Angebot von Senioren- oder generationsübergreifenden Nachbarschaftstreffpunkten meint (Kricheldorff & Oswald, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Zudem sollten die Wege so ausgestaltet sein, dass sie die **Mobilität innerhalb der Nachbarschaft** unterstützen (Böhme & Franke, 2010; Oswald & Konopik, 2015; vgl. Backes & Clemens, 2013). Die Relevanz einer Stärkung sozialer Kontakte im Alter spiegelt sich auch im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs wider, denn eine gute **soziale Integration** gilt als zentrales Element eines „erfolgreichen Alterns“ (Havighurst, 1972; Huxhold et al., 2010). Stabile soziale Beziehungen wirken sich indes positiv auf die psychische Gesundheit älterer Menschen aus (Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006; vgl. Backes & Clemens, 2013), da sie beispielsweise Schutzfaktoren gegenüber Stressoren darstellen. Das Gefühl der Kontrollierbarkeit steigt und das Kontingent persönlicher Coping-strategien wird erweitert (Cornwell & Waite, 2009). Zugleich wird das Bedürfnis nach Zugehörigkeit erfüllt und die Anpassung an altersbedingte Veränderungen unterstützt (Huxhold et al., 2010). In diesem Zusammenhang betonten vor allem die Experten aus Rotterdam und Helsinki, dass zur Förderung wohnortnaher Kontakte vermehrt Treffpunkte in den Nachbarschaften unterstützt würden.

Die Förderung sozialer Beziehungen, wie sie von einigen Experten postuliert wird, gewinnt insbesondere mit dem Eintritt in den Ruhestand an Bedeutung (Backes & Clemens, 2013).

Dies ist vor allem auf aufbrechende traditionelle Familienstrukturen (Künemund & Hollstein, 2005; vgl. Backes & Clemens, 2013) sowie das Versterben von Freunden und Ehepartnern zurückzuführen, die zu den kritischen Lebensereignissen des Alters zählen (vgl. Backes & Clemens, 2013). Verwandtschaftliche und nicht-verwandtschaftliche Beziehungen reduzieren sich zwar im Ruhestand, aber im Sinne der sozio-emotionalen Selektivitätstheorie intensivieren sich emotional bedeutsame Kontakte (Huxhold et al., 2010; vertiefend s. Kruse, 2017). Dieser Rückzug ist nach Huxhold et al. (2010) u.a. durch die Zunahme altersbedingter Funktionseinschränkungen bedingt und trifft insbesondere auf das hohe Alter zu, gleichwohl er den positiven Einfluss sozialer Integration auf den Alterungsprozess hervorhebt. In diesem Zusammenhang finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass ältere Menschen darin unterstützt werden sollten, mit entsprechenden Verlusten und einer damit einhergehenden Verkleinerung des sozialen Netzwerkes umzugehen. Dafür ist die Kenntnis der professionellen Akteure über die Fähigkeit älterer Menschen, die Erwartungen an soziale Beziehungen im Alter zu adaptieren, förderlich (Boomsma et al., 2005; Cornwell & Waite, 2009). Darüber hinaus sollten entsprechende Rückzugstendenzen von dem soziale Umfeld akzeptiert werden, um entwicklungspsychologische Gewinne, wie Ich-Integrität und Gerontoranszendenz, zu erreichen (vertiefend s. Kruse, 2017).

c) Soziale Isolation

In Eindhoven hat nach Angaben der Expertin die **soziale Isolation und Einsamkeit** im Alter das Thema Demenz von der politischen Agenda abgelöst und wurde indes von fast allen Experten als politisch sehr bedeutsam hervorgehoben. Die Expertin aus Eindhoven verwies in diesem Zusammenhang auf ein im Allgemeinen sinkendes kollektives Interesse innerhalb der Gesellschaft und betonte, dass eine zunehmende Individualisierung das Risiko sozialer Isolation erhöhe. Dabei gilt es entsprechend der Literatur zu berücksichtigen, dass ein kleines soziales Netzwerk nicht automatisch zu Einsamkeit führt (Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006; WHO, 2014). Einsamkeit entsteht erst bei einem Mangelempfinden als Resultat eines ungewollten Ungleichgewichts zwischen dem bestehenden sozialen Netzwerk (Qualität und Quantität) und dem individuellen Bedürfnis nach sozialer Interaktion (Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006; vgl. Backes & Clemens, 2013). Einem erhöhten Gesundheitsrisiko sind vor allem ältere alleinlebende Menschen, die nur selten an sozialen Aktivitäten teilnehmen, über ein kleines soziales Netzwerk verfügen und darüber hinaus von Einsamkeitsgefühlen berichten, ausgesetzt. Vereinsamung birgt in diesem Zusammenhang das größte Gesundheitsrisiko (Cornwell & Waite, 2009). Die Relevanz kann durch weitere Quellen bestätigt werden, wonach Einsamkeit das Risiko depressiver Symptomatiken (Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009; WHO, 2014),

chronischer Erkrankungen (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Lukaschek et al., 2017), kognitiver und körperlicher Einschränkungen sowie einer schlecht selbsteingeschätzten subjektiven Gesundheit erhöht (Bekhet & Zauszniewski, 2012).

Die selbsteingeschätzte Gesundheit wird als robuster Prädiktor für zu erwartende Einschränkungen der Funktionsfähigkeit sowie Morbidität und Mortalität angesehen (Jylhä, 2009; Tesch-Römer & Wurm, 2009; Vogelsang, 2014; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Auch Westerhof et al. (2014) konnten im Rahmen einer Metaanalyse den Zusammenhang zwischen subjektivem Altern mit zukünftiger Gesundheit bestätigen. Wettstein et al. (2016) heben hinzukommend hervor, dass die Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit im sehr hohen Lebensalter steigt. Zudem wird das subjektive Wohlbefinden durch die soziale Isolation gefährdet (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Lukaschek et al., 2017). Trotz des erhöhten Risikos von Einsamkeit birgt auch soziale Isolation allein gesundheitsbezogene Risiken, welches u.a. mit einen erschwerten Zugang zu relevanten Informationen und Ressourcen, wie verfügbaren Transportmitteln, begründet ist (Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006).

Hinsichtlich der Formulierung sozialpolitischer Ziele sind nach Huxhold et al. (2010) ältere Menschen mit einem Mangel an sozialen Beziehungen und einem Bedarf an kognitiver und emotionaler Unterstützung zu identifizieren. Ferner sollten sie im Auf- und Ausbau ihres sozialen Netzwerkes unterstützt werden. Dies erfolgt beispielsweise im Rahmen des französischen Projekts „Les petites frères des pauvres“, im Rahmen dessen Besuchsdienste und alltagsunterstützende Maßnahmen für alleinlebende Menschen organisiert wird. Damit wird ebenfalls die Relevanz der von den Experten genannten Ziele untermauert. Im „Aktionsplan für ein gesundes und zufriedenes Altern“ der Stadt Helsinki wird der Austausch und die gegenseitige Unterstützung beispielsweise durch die Schaffung lokaler Nachbarschaftsgruppen befördert. Auch dies entspricht der Literatur, denn zur Sicherung eines guten und gelingenden Alterns im Quartier im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft, bedarf es eines achtsameren Umgangs miteinander (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2017; Kricheldorff et al., 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Kricheldorff et al. (2015) betonen in diesem Zusammenhang, dass es dafür ein humanistisch geprägtes Menschenbilds und deine achtsame Haltung gegenüber den Bedürfnissen anderer braucht, das bei gleichzeitiger Gewährung der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit des Einzelnen gefördert werden sollte. Eine soziale Integration ist ferner für ein „erfolgreichen Altern“ sehr bedeutsam (Havighurst, 1972; Huxhold et al., 2010).

In Rotterdam stieg der politische Stellenwert der sozialen Isolation im Alter insbesondere nach einem Skandal um den über zehn Jahre unbemerkten Tod einer isoliert lebenden Frau. Zur Aufdeckung möglicher Problemlagen in der Häuslichkeit würden beispielsweise

Pilotprojekte zum Einsatz neuer Technologien (z.B. Überwachung des Stromverbrauchs) in politischen Strategien verankert und der achtsamere Umgang untereinander solle vor allem mittels der aktuellen Strategie „Vor Mekaar“ (Übersetzung: Füreinander da sein) gestärkt werden. Auch in diesem Zusammenhang wurde die Etablierung von generationsübergreifenden Nachbarschaftstreffpunkten als bedeutsam benannt. In London werde die Gesamtbevölkerung hingegen mittels einer öffentlichen Kampagne in Bezug auf die Thematik sensibilisiert. Neben der Förderung einer gegenseitigen Sorge solle der bereits benannte Gesundheitskurs („GRIP & GLANS“) Ältere u.a. im Umgang mit dem Verlust nahestehender Personen unterstützen.

d) Selbstständige Lebensführung

Zudem stellt die **selbstständige Lebensführung** ein mehrheitlich benanntes Ziel dar. Deren Relevanz wird ebenso mittels zahlreicher wissenschaftlicher Belege untermauert, denn der Erhalt der Selbstständigkeit hat einen bedeutsamen Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter (Graefe et al., 2012; Motel-Klingebiel et al., 2010; Rödjer et al., 2016; vgl. Backes & Clemens, 2013; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Zudem würde der Umzug in eine Pflegeeinrichtung den Abbruch von Kontakten begünstigen, sodass der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit dazu beiträgt soziale Beziehungen in der näheren Wohnumgebung aufrecht zu erhalten und somit die soziale Teilhabe im Alter fördert. Eine zentrale Bedeutung für eine selbstständige Lebensführung hat die funktionale Kompetenz (Dapp, 2008; Dapp et al., 2009, 2011; Gill et al., 2006; Neumann et al., 2017; Rochat et al., 2010; WHO, 2015). Die Rotterdamer Strategie „Langer Thuis“ (Übersetzung: Länger zuhause) will ältere Menschen darin unterstützen, solange wie möglich zuhause wohnen zu bleiben. Neben der Sturzprävention sollen Hausbesuche Hilfebedarfe identifizieren und Ältere unterstützen. Nach Einschätzungen des Rotterdamer Experten seien diese zwar altmodisch, aber würden entsprechend der Rückmeldungen gut angenommen. In der Literatur finden sich neben Aussagen zum positiven Einfluss (Friedli, 2006) durchaus kritische Stimmen.

Nach Pröfener et al. (2016) sollte nicht das Lebensalter, sondern der Funktionsstatus ein Kriterium für einen Hausbesuch darstellen, die mittels eines Funktionsscreenings ermittelt werden kann. Als besonders günstige Zielgruppe erwiesen sich ältere Menschen, die als „frail“ klassifiziert wurden. Ferner betont er den Bedarf eines fachkundigen Personals für die Durchführung (Pröfener, 2017). In Nord-Trøndelag werde der Verbleib in der Häuslichkeit beispielsweise durch die gezielte Motivation Älterer zu einer möglichst aktiven und selbstständigen Lebensweise unterstützt. Dies entspricht dem Empowerment-Ansatz, wonach die Befähigung zu einer selbstorganisierten und selbstbestimmten Lebensweise im Zentrum steht (Kricheldorff & Oswald, 2015). Mit zunehmendem Hilfebedarf wird dies nach

Aussagen der Expertin mit dem Angebot häuslicher Pflege befördert. Aufgrund der hohen Kosten greifen entsprechende Hilfsangebote in den Niederlanden beispielsweise nur bei fehlender informeller Unterstützung. Neben ambulanten Hilfen (Backes & Clemens, 2013) können altersbedingte Einschränkungen auch durch Adaptionen der Wohnbedingungen kompensiert werden (Motel-Klingebiel et al., 2005; Oswald & Konopik, 2015). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass objektive Hindernisse in der Wohnung gegenüber einer vertrauten Umgebung einen geringeren Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter haben (Motel-Klingebiel et al., 2005; Oswald & Konopik, 2015). Die Verbundenheit und Zugehörigkeit im Stadtteil wird als „Belonging“ bezeichnet (Oswald & Konopik, 2015) und ein Mangel kann die Entstehung psychischer Erkrankungen, wie Depressionen, begünstigen (Bertossi Urzua et al., 2018). Entsprechend bergen Umzüge in eine stationäre Pflegeeinrichtung Risiken (Motel-Klingebiel et al., 2005) und bedürfnisorientierte Wohnprojekte können ältere Menschen in ihrer Selbstständigkeit unterstützen (Böhme & Franke, 2010). Die Vermeidung stationärer Pflege wurde, ausgenommen von Turin, Prag und Krakau, als zentrales politisches Ziel formuliert. Die Bedeutsamkeit des Ziels einer selbstständige Lebensführung im Alter wird somit durch die Befunde unterstrichen.

e) Soziale und gesundheitliche Chancengleichheit

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass eine **soziale und gesundheitliche Chancengleichheit** in den gesundheitsbezogenen Strategien gefördert wird. Dies betonte insbesondere der Turiner Experte. Gleichwohl die Thematik für die Gesamtbevölkerung von Relevanz ist, werden ältere Menschen insbesondere durch die sogenannte „Card 60+“ unterstützt. Diese ermöglicht es älteren Menschen ab 60 Jahren sport-, kultur-, freizeit- oder bildungsbezogene Angebote sowie den öffentlichen Nahverkehr für ein Jahr kostenlos und anschließend vergünstigt zu nutzen. Ältere Menschen, die zudem von Armut betroffen sind, stellen eine zentrale Zielgruppe des Hamburger Pakts für Prävention dar. Auch werden sie in der Amsterdamer Gesundheitsstrategie explizit adressiert, wenngleich dort alle vulnerablen Gruppen unabhängig von ihrem Lebensalter im Fokus stehen. Ähnlich sind Rabatte auch in Paris an keine Altersgrenze, sondern vielmehr an dem zur Verfügung stehenden Einkommen gekoppelt. Die Divergenzen hinsichtlich der altersbezogenen oder einkommensabhängigen finanziellen Unterstützung spiegeln auch die unterschiedlichen Positionen zur Problematik der Altersarmut wider, denn auch die Befundlage der Literatur ist diesbezüglich inkonsistent. Während der Bedarf einer finanziellen Unterstützung der älteren Bevölkerung vereinzelt gestützt wird (vgl. Levenson & Jackson, 2006), finden sich ebenso Aussagen zur unterdurchschnittlichen Relevanz im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017; Naegele, 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017).

Es wird darüber hinaus darauf hingewiesen, dass Altersarmut auch bei geringen Fallzahlen für den Einzelnen problematisch ist (vgl. Backes & Clemens, 2013). Übereinstimmend wird die Bedeutung einer Berücksichtigung sozialer Benachteiligung postuliert (Jordan & Lippe, 2013; Kilian et al., 2008; Schaeffer et al., 2018; WHO, 2014). Dies wird vor allem mit dem engen Zusammenhang von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten untermauert (Mielck, 2005; Perna et al., 2010). Im Sinne des sogenannten „Präventionsdilemmas“ besteht anderweitig die Gefahr, dass das Angebot präventiver und gesundheitsfördernder Angebote Ungleichheiten sogar verstärken kann (Dadaczynski & Paulus, 2018). Neben einem kostengünstigen Nahverkehr und zusätzlichen Angeboten kann eine anregende und unterstützende Gestaltung des Wohnumfeldes soziale Begegnungen und Aktivität anregen (WHO, 2014). Ferner wurde von einzelnen Experten die soziale Gerechtigkeit angesprochen, die im Prager „Aktionsplan für ein gesundes Altern“ beispielsweise durch die Reduzierung von Altersarmut und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erzielt werden soll, während die Rechte der älteren Bevölkerung in Helsinki in einer eigenen Gesetzgebung verankert sind. Aufgrund des Schwerpunkts der Arbeit werden die Rechte älterer Menschen nicht vertiefend diskutiert.

f) Mobilitätsfördernde Stadtgestaltung

Eine weitere induktiv gebildete Oberkategorie der zugrundeliegenden Fragestellung stellt die mobilitätsfördernde Stadtgestaltung dar. Die Experten hoben die Bedeutung mehrheitlich im Zusammenhang mit der Förderung sozialer Interaktion und Aktivität hervor, aber auch in Bezug auf die Unterstützung einer selbstständigen Lebensweise. Auch die gesellschaftspolitische Relevanz steigt, da mehr als 73 % der Bevölkerung im urbanen Raum wohnen (Oswald & Konopik, 2015) und der Anteil der Menschen, die in Städten leben, bis zum Jahr 2050 Vorausberechnungen zufolge auf mehr als 68 % steigen wird (WHO, 2019a). Die Unterstützung älterer Menschen stellt eine zentrale kommunalpolitische Verantwortung dar (Klie, 2010), deren Relevanz u.a. aufgrund der steigenden Bedeutung der sozialen wie auch räumlichen Umwelt resultiert (Böhme & Franke, 2010; Heite et al., 2015; Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Kricheldorff & Oswald, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Auch der Bedeutungszuwachs einer positiven Person-Umwelt-Interaktion ist literaturkonform und insbesondere auf die zunehmenden altersbedingten Einschränkungen und die Relevanz der funktionalen Kompetenz für ein selbstständiges Leben zurückzuführen, die durch die soziale und physische Umwelt unterstützt werden kann (Dapp, 2008, 2017b; Menning & Hoffmann, 2009; Neumann et al., 2017; WHO, 2015; vertiefend s. Kocka & Staudinger, 2009). Zudem werden mehr als die Hälfte (54 %) der Wege im Alter zu Fuß erledigt (Oswald & Konopik, 2015). Neben einer ausreichenden Beleuchtung, barrierefreien Zugängen und Wegen zählt eine förderliche Verkehrsplanung zu einer alters-

gerechten Wohnumgebung (Böhme & Franke, 2010; Faltermaier et al., 2014; vgl. Backes & Clemens, 2013), deren Bedeutung von den Experten betont wurde.

Entsprechende Ziele werden beispielsweise im Rahmen der „WHO Age Friendly Cities Strategy“ (z.B. Amsterdam, London, Krakau), der Pariser Altersstrategie oder dem Rotterdamer Gesundheitsplan realisiert. Die Strategien „WHO Global Age Friendly Cities“ (WHO, 2007) und „WHO Age Friendly Environments in Europe“ (WHO, 2017a) zielen vor allem auf eine altersfreundliche Stadtgestaltung ab, die zahlreiche soziale und umweltbezogene Aspekte einschließt. Während in Rotterdam, Hamburg und Turin insbesondere die Bewegungsförderung im Vordergrund stehe, dienen ausgebaute Wege zudem der Förderung sozialer Interaktion, wie auch der Rotterdamer Experte und die Expertinnen aus Helsinki hervorhoben. Auch dieser Zusammenhang ist vielfach wissenschaftlich belegt (Böhme & Franke, 2010; Heite et al., 2015; Kricheldorff & Oswald, 2015; WHO, 2014), wenngleich lediglich 13 % der Wege im Alter dem sozialen Austausch und dagegen beispielsweise 37 % dem Einkauf dienen (Oswald & Konopik, 2015). Dies kann hingegen auf die reduzierten sozialen Beziehungen älterer Menschen zurückzuführen sein (Huxhold et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017).

Zudem steigt im Alter die Bedeutung des Zugehörigkeitsgefühls im Stadtteil („Belonging“) gegenüber „Agency“-Aspekten. Dazu zählt vor allem die Gestaltung der objektiven Wohnumwelt, welche auch die Schaffung von Gelegenheiten zum sozialen Austausch einschließt (Oswald & Konopik, 2015). Bertossi Urzua et al. (2018) betonen, dass das Zugehörigkeitsgefühl im Alter zudem das Risiko psychischer Erkrankungen, wie Depressionen, reduziert. Auch altersassoziierte Anpassungen in der direkten Wohnumwelt werden bedeutsamer, wie insbesondere von den Experten aus Helsinki und Prag berichtet wurde. Aufgrund des Schwerpunkts der Dissertation auf der äußeren Wohnumwelt und der wenigen Aussagen zur u.a. Wohnraumgestaltung oder Wohnformen werden diese Aspekte nicht weiter vertieft. Die Ergebnisse sind insgesamt literaturkonform.

g) Gesundheitswesen

Die Experten wiesen zudem explizit auf die in den Strategien formulierte Stärkung von **Gesundheitsförderung und Prävention** im Allgemeinen, aber auch auf die zentrale Bedeutung der **Kuration und Versorgung** hin. Letztere sind nach Expertenaussagen traditionell in Gesundheitsstrategien verankert, wie insbesondere aus Paris, Helsinki und Prag betont wurde. Obwohl präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen auch in Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen an Bedeutung gewonnen haben (Deutscher Bundestag, 2015; im Überblick s. Mir, 2018), bedarf es einer weiteren Integration der Thematik im Gesundheitswesen (vgl. Hurrelmann et al., 2014; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Die Relevanz wird zudem durch das Potenzial der großen und heterogenen älteren

Bevölkerung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention untermauert (Dapp et al., 2011, 2018; Robert Koch-Institut, 2015b). Die Ergebnisse hierzu divergieren zwischen den Städten. Während der Bereich der Gesundheitsförderung in Prag und Turin nach Aussagen der Experten ein etabliertes Handlungsfeld darstelle, wurde die Thematik in Krakau erst neuerdings in der nationalen Gesundheitsstrategie berücksichtigt und erstmalig finanziell unterstützt. Es ist anzunehmen, dass dies auf die noch primär biomedizinische Sicht auf Gesundheit zurückzuführen ist. Während präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten vor allem in Turin und Paris im Fokus stehen, treffe dies den Interviewpartnern aus London und Amsterdam nach vor allem in Bezug auf psychische Krankheiten zu. Laut der Prager Expertin stehe insbesondere die psychiatrische Versorgung im Fokus. Die Relevanz wird mittels Angaben zu vergleichsweise hohen Prävalenzen von Depressionen in Osteuropa gegenüber anderen Ländern Europas bestätigt, die entsprechend der Literatur auf Erfahrungen nach Ende des Kommunismus basieren (Bertossi Urzua et al., 2018; Preuss et al., 2009).

Entsprechend der Literatur sind psychische Erkrankungen für 6,6 % der mit einer Behinderung oder Einschränkungen verbrachten Lebensjahre ab 60 Jahren verantwortlich (WHO, 2017b) und treten am häufigsten in der Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren auf (vgl. Levenson & Jackson, 2006). Ausgewählte Gruppen mit einem Krankheitsrisiko werden mittels zielgruppenspezifischer Prävention erreicht, während selektive Prävention greift, wenn die Zielgruppe noch keinen Schaden aufweist, aber einem Risiko ausgesetzt ist (Leppin, 2014). Dies trifft beispielsweise auf das Risiko einer Demenzerkrankung zu, deren größer Risikofaktor das Alter ist (Robert-Koch-Institut, 2015a; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Die Reduktion des Risikos demenzieller Erkrankungen ist nach Aussagen der Londoner Experten insbesondere in der britischen „Prime Ministers Challenge on Dementia“ verankert. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere die Bedeutung einer gesunden Lebensweise hervorgehoben. Die Relevanz der Thematik wird zum einen durch den steigenden Anteil der älteren Bevölkerung unterstrichen (Naegele, 2010; Statistisches Bundesamt, 2016; Tesch-Römer & Wurm, 2009; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018; Wirtz et al., 2018), aber aufgrund des Schwerpunkts der Arbeit nicht weiter vertieft. Darüber hinaus liegen Kenntnisse vor, nach denen das Risiko einer Demenz mittels eines ausgeprägten Gesundheitsverhaltens verringert beziehungsweise hinausgezögert werden kann (Prince et al., 2014). Dahingegen wird der Begriff der Prävention in Helsinki deutlich weiter gefasst und zudem mit einer Unterstützung der Teilhabe und Integration in der Gesellschaft assoziiert.

h) Psychische Gesundheit

Den Ergebnissen zufolge sei die Förderung der **psychischen Gesundheit** insbesondere in Bezug auf die jüngere Bevölkerung und Arbeitnehmer in Strategien verankert. Ältere Menschen werden vor allem mit demenziellen Erkrankungen assoziiert, welches vor allem aufgrund des altersassoziierten Krankheitsrisikos (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) und der weltweit steigenden Prävalenz zurückzuführen ist (WHO, 2015). Es liegt jedoch auch in diesem Zusammenhang ein Präventionspotential vor und u.a. eine gesunde Lebensweise kann das Risiko reduzieren (Prince et al., 2014). Obendrein stellen Stigmata eine zusätzliche Belastung dar (WHO, 2017b), die in Bezug auf Demenz im Rahmen der britischen „Dementia Friends“ Kampagne abgebaut werden sollen. Zudem wird die Bevölkerung hinsichtlich des Risikos der Vereinsamung im Alter mittels einer öffentlichen Kampagne sensibilisiert.

Der von den Experten mehrfach pointierte Anstieg von Depressionen und demenziellen Erkrankungen im Alter wurde bereits im Abschnitt zur Krankheitsprävention (Oberkategorie: Gesundheitswesen) diskutiert und wird aufgrund des Schwerpunkts der Dissertation nur kurz mit weiteren Belegen untermauert. Während in Eindhoven das Thema Demenz aufgrund zahlreicher Bestrebungen zum Umgang damit, von der Einsamkeit im Alter auf der politischen Agenda abgelöst wurde, hob der Pariser Experte insbesondere die Schwierigkeit Depressionen zu adressieren hervor. Die Komplexität der Thematik resultiert in zahlreichen divergierenden Erklärungsansätzen (McCulloch, 2006). Älteren Menschen werden in Bezug auf psychische Erkrankungen zudem meist nicht die gleichen Gesundheitsleistungen angeboten (Friedli, 2006; vgl. Levenson & Jackson, 2006). Anstatt psychologischer erhalten sie häufig nur altersbezogene Unterstützungen (vgl. Levenson & Jackson, 2006). Angaben zu Schwierigkeiten bei der Suche bedarfsgerechter Hilfen (WHO, 2017b) sowie einer unzureichenden integrierten Versorgung im Allgemeinen (McCulloch, 2006) können durch die Literatur bestätigt werden. Möglicherweise trägt auch die schlechte Erreichbarkeit älterer Menschen nach dem Eintritt in den Ruhestand dazu bei. Dies wurde mehrfach von den Experten postuliert, wie im Zusammenhang mit der Auswertungsfrage 3 (Besonderheiten der Zielgruppe) vertiefend diskutiert wird.

Der Fokus auf der psychiatrischen Versorgung älterer Menschen kann zum einen auf ein mögliches mangelndes Interesse an der älteren Bevölkerung aufgrund ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit zurückzuführen sein (Faltermaier et al., 2014). Neben einer Sensibilisierung der Politik gegenüber der Ressourcen älterer Menschen sollten diese auch selbst dahingegen sensibilisiert werden, da u.a. Westerhof und Wurm (2015) auf die Gefahr eigener negativer Altersbilder verweisen, da diese im Sinne einer „self-fullfilling prophecy“ den eigenen Alterungsprozess negativ beeinflussen würden. Die Assoziation mit

einem vorwiegenden Leitungsabbau wird hingegen durch zahlreiche Angaben widerlegt, wonach viele Ältere altersbedingte Einschränkungen weitgehend kompensieren können (Dapp, 2008; Wilkening et al., 2008; Wurm et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013). Auch der bedeutsame familiäre (u.a. pflegende Angehörige) oder gesellschaftliche Beitrag (u.a. Ehrenamt) eines großen Anteils der älteren Bevölkerung darf nicht außer Acht gelassen werden (Faltermaier et al., 2014; WHO, 2017b). Eine mangelnde Berücksichtigung der Zielgruppe, wie sie laut Expertenaussagen überwiegend in Bezug auf die Förderung der psychischen Gesundheit vorliegt, kann somit nicht durch die Literatur unterstützt werden, wird aber vielfach bestätigt.

Laut Aussagen der Hamburger Expertin stellen ältere Menschen hingegen eine zentrale Zielgruppe im Pakt für Prävention dar (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012; 2016). Deren Bedeutung wird durch die Befundlage untermauert, wonach Ältere als Zielgruppe für Gesundheitsförderung an Bedeutung gewonnen haben (im Überblick s. Mir, 2018; Wettstein & Wahl, 2018). Gemäß der Expertin wird die psychische Gesundheit hingegen nicht direkt adressiert. Dies reiht sich in die Angaben der Literatur ein, wonach im europäischen Kontext primär versorgungsbezogene Aspekte und weniger die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter im Fokus steht (European Observatory on Health Systems and Policies, 2018), wenngleich Jané-Llopis und Gabilondo (2008) die steigende Bedeutung im europäischen Kontext betonen. Es ist anzunehmen, dass die inkonsistenten Aussagen auf die zeitliche Differenz von zehn Jahren der beiden Veröffentlichungen zurückzuführen sind. Die Handlungsfelder des Rahmenprogramms „Gesund alt werden in Hamburg!“ des Pakts für Prävention (Zuhause im Quartier, Bewegungsförderung und Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung in Pflege- (nahen) Situationen; Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012; 2016) stehen zwar nicht direkt im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit, aber haben einen bedeutsamen Einfluss auf das Wohlbefinden, wie u.a. die Gesundheitsdefinition der WHO unterstreicht. Danach wird psychische Gesundheit als ein Zustand des Wohlbefindens beschrieben, der die Bewältigung des Alltags und das Ausschöpfen individueller Potentiale voraussetzt und es dem Einzelnen ermöglicht, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten (WHO, 1948). Dies geht vor allem mit dem im Pakt für Prävention postulierten Ziel einer Unterstützung der Selbstständigkeit im Alter einher (Handlungsfeld 1), die wiederum durch die Bewegungsförderung und Gesunderhaltung (Handlungsfeld 2) unterstützt wird (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012). Der positive Einfluss einer gesunden Lebensweise im Allgemeinen (vgl. Backes & Clemens, 2013) und körperlicher Aktivität im Besonderen ist zahlreich nachgewiesen (Krug et al., 2013; Wurm et al., 2010) und trifft insbesondere auf den Erhalt einer möglichst langen selbstständigen Lebensweise zu (Dapp, 2008; Fuchs et al., 2013; Reichert & Lis, 2009; Rödjer et al., 2016; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018, 2018).

Diese gilt wiederum als zentrale Determinante des Wohlbefindens (Graefe et al., 2012; Haider et al., 2016, 2016; Motel-Klingebiel et al., 2010; Rödjer et al., 2016; vgl. Backes & Clemens, 2013; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Während Rödjer et al. (2016) eine erhöhte Lebensqualität älterer Patienten nach zweijähriger Teilnahme an einem durch den Hausarzt verschriebenen Bewegungsprogramm nachwiesen, ist zudem ein reduziertes Sturzrisiko durch körperliche Aktivität bestätigt worden (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Entsprechend kann den oben genannten Handlungsfeldern des Pakts für Prävention ein bedeutsamer indirekter Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter nachgewiesen werden, wie es nach Friedli (2006) mittels einer Bandbreite an Maßnahmen möglich ist.

Ähnlich werde auch in der Prager Gesundheitsstrategie für die ältere Bevölkerung vor allem eine indirekte Adressierung der psychischen Gesundheit realisiert, wohingegen die Thematik in der Pariser Alters- sowie Umweltstrategie fokussiert werde. Die Relevanz einer engen Verbindung zu umweltbezogenen Strategien kann durch zahlreiche Belege untermauert werden. Demnach wirken neben dem individuellen Gesundheitsverhalten unterschiedlichste Determinanten auf die Gesundheit des Einzelnen und auch das Gesundheitsverhalten selbst wird durch weiter gefasste Faktoren beeinflusst (Kilian et al., 2008; Richter & Hurrelmann, 2018; WHO, 2014; vgl. Hurrelmann et al., 2014), wie das Modell der Determinanten der Gesundheit darstellt (Dahlgren & Whitehead, 2007). Der positive Einfluss umweltbezogener Faktoren trifft für psychisch gesunde Personen zu sowie für jene, die sich auf einem Kontinuum zwischen den Polen gesund und krank bewegen (Friedli, 2006). Ferner spiele psychische Gesundheit dem Londoner Experten zufolge im Zusammenhang mit allen nicht-übertragbaren Krankheiten eine Rolle und werde im Zuge einer zunehmend ganzheitlichen Sichtweise vermehrt in gesundheitsbezogenen Strategien berücksichtigt, wenngleich noch immer ein Verbesserungsbedarf bestehe. Der Anteil psychischer Komponenten an nicht-übertragbaren Erkrankungen wird insbesondere in Bezug auf chronische Erkrankungen bestätigt (Bekhet & Zauszniewski, 2012), da diese meist mit Einschränkungen der Alltagsbewältigung und somit einer selbstständigen Lebensführung einhergehen (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Saß et al., 2010; WHO, 2017b; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Der Einfluss auf die psychische Gesundheit resultiert in diesem Zusammenhang insbesondere aus der oben beschriebenen Relevanz einer selbstständigen Lebensweise für das Wohlbefinden im Alter.

Eine weitere Thematik, die nach Expertenaussagen ein häufiges Ziel gesundheitsbezogener Strategien darstellt, ist die Unterstützung **pflegender Angehöriger**. Parallel zu Alterung der Bevölkerung steigt die Zahl der pflegenden Angehörigen (Nowossadeck, 2013; Nowossadeck et al., 2016; Wetzstein et al., 2015), die zahlreichen Belastungen ausgesetzt

sind (Nowossadeck et al., 2016). Ferner weist die Zielgruppe ein vergleichsweise schlechteres Gesundheitsverhalten auf (Wetzstein et al., 2015). Die Pflege wird meist von Frauen, insbesondere von der Altersgruppe ab 70 Jahren, übernommen, sodass ältere Menschen eine relevante Zielgruppe darstellen (Nowossadeck et al., 2016). Wenngleich die Pflege zu einem nahestehenden Familienmitglied auch mit positiven Gefühlen assoziiert wird (Wetzstein et al., 2015), besteht ein Gesundheitsrisiko und ein hoher Unterstützungsbedarf (Nowossadeck et al., 2016). Die Relevanz einer Berücksichtigung dieser Zielgruppe entspricht demnach der Literatur.

i) Generalisierte Ansätze

Während für einige der Themen gesonderte Strategien vorliegen, sind die meisten als Teilziele oder Unterthemen in übergeordneten Strategien berücksichtigt (Oberkategorie: **Generalisierte Ansätze**). Dies trifft vor allem auf die Städte Rotterdam, Amsterdam und Nord-Trøndelag zu. Die speziellen Strategien zur Einsamkeit (Vor Meekar) und selbstständigen Lebensführung im Alter (Langer Thuis) der Stadt Rotterdam sind beispielsweise unter dem Dach der städtischen Gesundheitsstrategie (Rotterdam Vital City Plan) gefasst. Entsprechend werde in den Niederlanden im ersten Schritt die Gesamtbevölkerung angesprochen und vulnerable Zielgruppen in eigenen Strategien besonders berücksichtigt. Im Zusammenhang mit präventiven Maßnahmen wird dies als universelle oder selektive Prävention bezeichnet (Leppin, 2014). Auch die von Schaeffer et al. (2018) nachgewiesene mangelnde Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, wie zu Beginn der Diskussion bereits erläutert wurde, unterstützt das Vorgehen. Das niederländische Vorgehen entspricht somit der Differenzierung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im fachlichen Diskurs.

Andere gesundheitsbezogene Strategien richten sich hingegen ausschließlich an die ältere Bevölkerung. Dazu zählen beispielsweise Helsinki, Prag und Paris. Ein Fokus auf die ältere Bevölkerung kann aufgrund der Möglichkeit des weitgehenden Erhalts der funktionalen Kompetenz durch eine veränderte soziale und räumliche Umwelt bestätigt werden (Neumann et al., 2017; WHO, 2015). Ferner wird die Bedeutung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Alter durch mehrere Quellen gestützt (Dadaczynski & Paulus, 2018; Friedli, 2006; Fuchs et al., 2013; im Überblick s. Mir, 2018; Wirtz et al., 2018), wenngleich diese insbesondere im fortschreitenden Alter häufig einem hohen Legitimationsdruck ausgesetzt sind (im Überblick s. Mir, 2018). Zudem sollten ältere Menschen aufgrund zunehmender altersassoziierter kritischer Lebensereignisse besonders angesprochen werden (vgl. Levenson & Jackson, 2006) und die interindividuelle Heterogenität der Zielgruppe (Faltermaier et al., 2014; Tesch-Römer et al. 2006; vertiefend s. Schirra-Weirich & Wiegelmann, 2017) kann berücksichtigt werden. Gegen spezielle

Altersstrategien spricht hingegen, dass sich viele Ältere noch gar nicht als solche empfinden (Faltermaier et al., 2014) und sich die Teilnehmer (47 bis 95 Jahre) einer Studie zu Altersidentitäten zufolge mehrheitlich als „normale Erwachsene“ mit gleichbleibenden Bedürfnissen wahrnehmen (Graefe et al., 2012; vertiefend s. Kruse, 2017). Dies trifft jedoch nicht auf alle Älteren zu, sodass ein positives Altersbild aufgrund des Einflusses auf den eigenen Alterungsprozess (Westerhof und Wurm, 2015) weiter gestärkt werden sollte. Ebenso wie die Ergebnisse sind die Angaben in der Literatur kontrovers, sodass die Interviewaussagen teilweise bestätigt und widerlegt werden.

Auch die Integration gesundheitsbezogener Themen in umweltbezogene Strategien, wie es insbesondere in Paris, aber auch in Hamburg vorgenommen wird, kann durch die Literatur bestätigt werden. Entsprechende Ausführungen wurden bereits im Abschnitt zur psychischen Gesundheit erläutert. Basierend auf den Aussagen der norwegischen Expertin zielte die Wahl eines generalisierten Ansatzes und einer entsprechenden Verankerung der Gesundheit in dem übergeordneten Plan der Kommune insbesondere darauf ab, eine ausschließlich gesundheitsbezogene Denkweise zu vermeiden. Dies geht zum einen mit in der Literatur zahlreich pointierten ganzheitlichen Sichtweise auf Gesundheit einher (Dahlgren & Whitehead, 2007; Kilian et al., 2008; Richter & Hurrelmann, 2018; WHO, 2014; vgl. Hurrelmann et al., 2014). Darüber hinaus unterstütze dies eine gute intersektorale Zusammenarbeit, wie im Abschnitt zu den hinderlichen (Teil 4a) und förderlichen Faktoren (Teil 4b) in Bezug auf die Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung vertiefend diskutiert wird. Vorab erfolgt eine Darlegung der Kernbotschaften.

4.5 Kernbotschaft

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass einem gesunden und aktiven Altern mehrheitlich eine hohe Relevanz in den gesundheitsbezogenen Strategien beigemessen wurde, wenngleich die Schwerpunkte divergieren. Insbesondere die Förderung der sozialen Teilhabe, im Sinne sozialer Interaktion und Aktivität, stellte ein mehrheitlich zentrales Ziel dar. Auch die selbstständige Lebensführung sollte berücksichtigt werden, die, ebenso wie die Förderung sozialer Teilhabe, durch eine mobilitätsfördernde Stadtgestaltung unterstützt werden kann. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das Zugehörigkeitsgefühl im Stadtteil (Belonging) im hohen Alter an Bedeutung gewinnt. Die soziale Teilhabe im Alter kann zudem durch das Angebot von Gelegenheitsstrukturen für soziale Interaktion und soziale Aktivität gefördert werden. Ferner sollten soziale Ungleichheiten aufgrund des erhöhten Gesundheitsrisikos berücksichtigt werden. Den Befunden entsprechend sollten Ältere zudem im Umgang mit altersassoziierten Beeinträchtigungen und Verlusten nahestehender Personen unterstützt werden. Insbesondere Vereinsamung stellt eine große Problematik im

Alter dar. Um zunehmenden Individualisierungstendenzen zu begegnen, sollten generationsübergreifende Kontakte sowie ein achtsamer Umgang innerhalb der Nachbarschaft unterstützt werden, wie es bereits in einigen Städten angestrebt wird. Strategien, die sich an die Gesamtbevölkerung richten und ältere Menschen als Subgruppen adressieren sowie konkrete Altersstrategien bergen jeweils Vor- und Nachteile, wenngleich insbesondere ältere Menschen mit besonderen Risiken (z.B. Vereinsamung) gesondert adressiert werden sollten. Insgesamt ist eine Verknüpfung mit weiteren Strategien im Sinne einer ganzheitlichen Sicht auf Gesundheit förderlich.

5 Teil 3: Besonderheiten der Zielgruppe

Weiter wurden aus den qualitativen Daten Erkenntnisse generiert, die im Zusammenhang mit der Zielgruppe älterer Menschen genannt wurden und Auskunft darüber geben, welche Besonderheiten der Zielgruppe in der kommunalen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen sind.

5.1 Fragestellung

Auswertungsfrage 3: Welche Besonderheiten der Zielgruppe gilt es darüber hinaus in der kommunalen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen?	
Selektionskriterium Aspekte, im Sinne von Themen oder Einflussfaktoren, die im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden im Alter als relevant erachtet, aber nicht im Zusammenhang mit aktuellen gesundheitsbezogenen Strategien genannt werden.	**Abstraktionsniveau** Konkret beschreibbare Aspekte, die im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden im Alter stehen, die aber keine detaillierten Beispiele.

5.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Nachstehend sind die acht induktiv gebildeten Oberkategorien dargestellt. Diese sind nachstehend mit den jeweiligen dazugehörigen Unterkategorien aufgeführt.

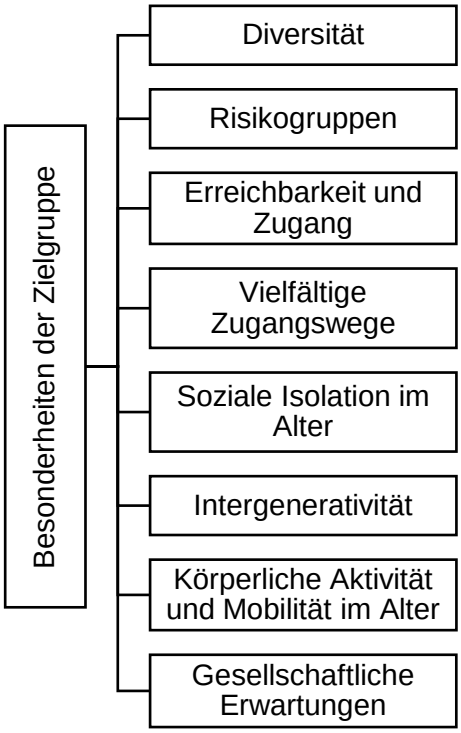


Abbildung 34: Acht Oberkategorien "Besonderheiten der Zielgruppe".

Oberkategorie: Diversität

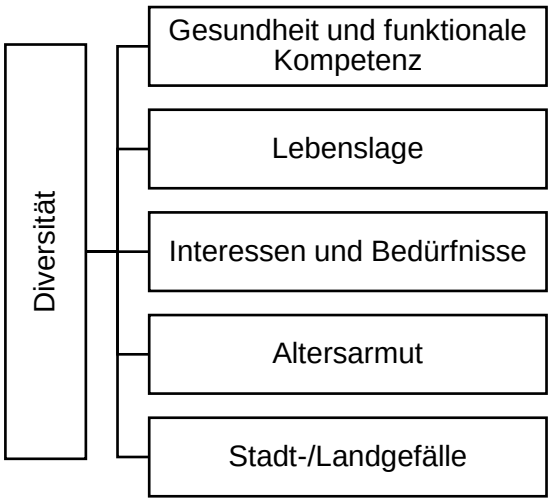


Abbildung 35: Oberkategorie "Diversität" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Gesundheit und funktionale Kompetenz

Den Experten zufolge würden sich ältere Menschen insbesondere hinsichtlich ihrer Gesundheit und **funktionale Kompetenz** unterscheiden. Einige seien auf Unterstützung angewiesen und wiederum andere würden sich ihnen zufolge zu fit fühlen, um an **speziellen Angeboten** für Senioren teilzunehmen. Die hoben insbesondere die Experten aus Paris und London hervor.

> *„But at the same time, it is very difficult to adapt to the diversity of this population. Obviously, it is not the same if you have this or that level of dependency, and in terms of activities"* (E12_PAR: 154).

Es bedürfe einer Unterscheidung innerhalb der Gruppe Älterer und des Angebots eines **breiten Spektrums** von präventiven und gesundheitsförderlichen hin zu versorgungsbezogenen Maßnahmen.

> *„I think it is wrong to talk about older people as a big group. So, if you are like very old and nearly the end of life, then it is more care and treatment, and at the younger retired and being at the midlife, it might be more prevention and public health orientated. But those would be wild generalization. But when you ask me a question like that, it would probably the spectrum that you would see"* (E7_LON1: 150).

Zudem wurde darauf hingewiesen, dass im Fall einer **Multimorbidität** die vorliegenden Krankheiten **gemeinsam betrachtet** werden sollten, da diese meist im Zusammenhang zueinanderstehen stünden und dem Londoner Experten zufolge immer auch psychische Komponenten aufweisen würden.

> *„(…) if we go down the path of disease, what we end up with, is that each individual will have three different treatment plans. And that doesn't help them, because it gets terribly, terribly confusing. We need to be thinking of these conditions of being*

> *related, which they are, and actually divide our strategies, to manage the whole process"* (E9_LON2: 57).

Lebenslage

Mehrfach wurde im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit die höhere Bedeutung der Lebenslage gegenüber dem Lebensalter hervorgehoben. Die Londoner Expertin wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine Reduzierung auf das Lebensalter relevante Merkmale, die für die Person charakteristisch seien und Ungleichheiten begünstigen unterstützen könnten, außer Acht lasse.

> *„(…) in particularly, it is that people are not just old. They are old women or old and disabled. What I am saying, it is not about age, it is about other inequalities"* (E7_LON1: 79).

Auch der zweite Londoner Experte hob weitere zu berücksichtigende Aspekte, wie **Behinderungen** und **Einschränkungen** sowie **Geschlecht, Migrationshintergrund** und die **sexuelle Orientierung** hervor [*„(…) age would be that, disabilities, gender, ethnicity, and race or sexual orientation"* (E7_LON1: 77)]. Überdies ergänzte der Rotterdamer Experte **chronische Erkrankungen**, die **Pflege eines Angehörigen** sowie ein **geringes Einkommen** als Risiken für die psychische Gesundheit.

> *„(…) that are also people with chronical diseases, (…) caretakers, informal caretakers, also younger mothers, and people who are a very important, are people with problems, like finance problems, like people who are unemployed. So that is the way we define target groups for mental health, and not so much like younger or older. More like wide risk groups"* (E4_ROT: 69).

Dem schloss sich der Experte aus Amsterdam an, aber betonte, dass neben unterschiedlichen Lebenssituationen insbesondere in Bezug auf die psychischen Gesundheit die Divergenz zwischen jungen und alten Menschen zu berücksichtigen sei. Die **Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Unterscheidungen** sei ihm zufolge von der Thematik abhängig.

> *„(…) we also divide them by relevant demographic variables. So, that is age of course, it is gender, it is socio economic status, and of course also background slash cultural background. […] When it comes to policies or public health interventions, (…) we make distinctions of age, gender etc., and of course age is a thing which is almost always necessary, of course. I mean when it comes to mental health of the youth, you have a very different situation, as when it comes to mental health of the elderly population"* (E5_AMS: 33).

Altersarmut

Wie bereits betont spiele neben dem Lebensalter der **sozio-ökonomische Status** einer Person eine relevante Kategorie, dessen Problematik durch Einsamkeit verstärkt werde [*„(…) vulnerable old people in the city. And especially lonely people, and poor people --*

poor and lonely" (E1_HAM: 473)]. Nach einem anfänglichen Abstieg der Bedeutung in den kommenden Jahren, werde diese entsprechend der Aussagen der Hamburger Expertin mit dem Älterwerden der **Babyboomer-Generation** wieder ansteigen.

> *„Many old and sick people, whatever sickness they have, they are really poor. […] So, the next cohort is having enough money and the next after, the "babyboomers", my generation, will be poor again"* (E1_HAM: 507-509).

Altersarmut führe u.a. auch dazu, dass für den Ruhestand gehegte Träume und Wünsche aufgrund **unzureichender finanzieller** Mittel nicht realisiert werden könnten.

> *„And then you have the dream, to be a couch potato on the Maldives, but I then you realize, 'Oh, I have to be active and I am really poor; so not Maldives. I have to stay in Hamburg"* (E1_HAM: 155).

Die Problematik der Altersarmut führte lediglich die Hamburger Expertin auf, während die weiteren Interviewpartner diese Thematik nicht erwähnten. Der Pariser betonte überdies, dass Ältere im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen über **deutlich mehr finanzielle Mittel** verfügen würden.

<u>Interessen und Bedürfnisse</u>

Zudem wurde mehrfach auf die Heterogenität innerhalb der Gruppe älterer Menschen hinsichtlich ihrer Interessen und Bedürfnisse hingewiesen [*„(…) people are very different in terms of what they need and what they require"* (E9_LON2: 73)]. Auch die Expertin aus Prag verwies auf interindividuelle Unterschiede und bemängelte zugleich, dass **kaum Informationen zum Lebensstil** älterer Menschen vorlägen.

> „*But we probably need more data about lifestyle from my point of view. I am more interested in lifestyle of people who are older, in different age categories, because I think it is different if you are 60 or 80"* (E8_PRA: 59).

Die Relevanz vermehrter Informationen zum Lebensstil älterer Menschen verdeutlichen auch die Aussagen der Experten aus Paris, London und Hamburg, welche die **divergenten Interessen** älterer Menschen hervorhoben. Laut Aussagen des Londoner Experten bedürfe es beispielsweise neben verhaltensbezogenen Trainingsangeboten auch gemeinschaftliche Beteiligungsmöglichkeiten.

> *„People have very different desires. Some of them just say, 'I don't want the activities for me to be activities for senior citizens. I just want to participate in activities, and I just happen to be a senior and that´s it (laughing)"* (E12_PAR: 154).

<u>Stadt-/Landgefälle</u>

Der Bedarf einer Unterscheidung zwischen der Stadt- und Landbevölkerung wurde mehrfach erwähnt [*„I think it might be different, and also a different lifestyle between people in*

Prague as a big city or as in a village (…)" (E8_PRA: 59)]. In der primär ländlichen Region Nord-Trøndelag gäbe es nach der Expertin zum Beispiel nur **wenige Angebote zur Aktivitäts- oder Bewegungsförderung** im Alter, da dies aufgrund des **ohnehin hohen Aktivitätsgrads der älteren ländlichen Bevölkerung** nicht notwendig sei [*„A lot of older people are quite active here"* (E11_NTR: 203)]. Der Experte aus Amsterdam verwies indes auf die Diversität der städtischen Bevölkerung den Bedarf der Differenzierung in Subgruppen.

> *„What we see, especially in the urban environment, is that you really have to distinguish between different sub groups in the population"* (E5_AMS: 31).

Oberkategorie: Risikogruppen

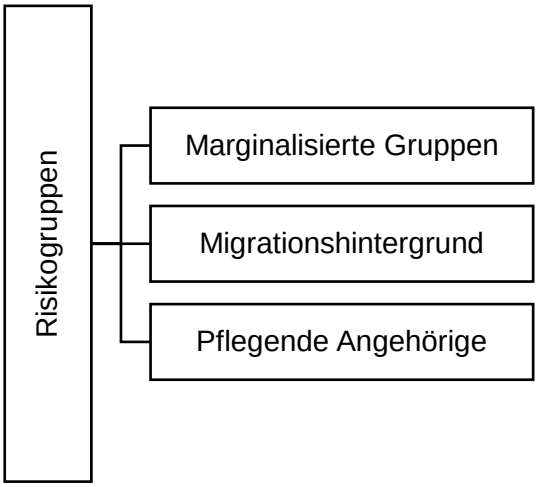


Abbildung 36: Oberkategorie "Risikogruppen" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

<u>Marginalisierte Gruppen</u>

Es wurde an verschiedenen Stellen des Interviews betont, dass Hamburg eine „Stadt für Gewinner" sei und es hingegen schwierig sei, ein sogenannter „Verlierer" zu sein. Sie betonte, dass Menschen mit **sozialen Problemen** es schwer hätten und zudem **unzureichend akzeptiert** seien [*„Being not a nice and happy person in Hamburg, is really difficult"* (E1_HAM: 89)].

> *„What actually our biggest problem is (…) So that as long as you can take all these offers as a winner, because you like to sing, and you are there with your friends, it is okay. But if you go there, because you are lonely, and you don't want to sit alone in your apartment the whole day, it is really not easy to go. Hamburg is really a city for the winners. Being a loser is really difficult in Hamburg, I think. (…)"* (E1_HAM: 87).

Ihren Aussagen entsprechend gäbe es heutzutage immer mehr **ältere Menschen mit psychischen Problemen**, die im Quartier sichtbar werden, aber nur **unzureichend Unterstützungsmöglichkeiten**.

> *„(…) if they are really, really mental ill old people, since maybe not five years, but 10 years, they really get older. And the psychiatry enquête 40 years ago said, 'They don't have to stay in hospitals, they can live in quarters as everybody. They can go to the doctor and get their medicines and make whatever they have to do, and they live as normal persons with other people.'. But we didn't see them much, because there where not so many mentally ill old people. I think it is a bigger problem now"* (E1_HAM: 455).

Sie kritisierte insbesondere, dass die Gesellschaft nicht vorbereitet sei *„(…) auf eine Gesellschaft der altgewordenen komplizierten Menschen (laughing)"* (E1_HAM: 89). Es sollten insbesondere Menschen, die **aufgrund schwieriger Lebenssituationen ausgegrenzt** würden und dem **Risiko von sozialer Isolation und Armut** ausgesetzt seien, verstärkt berücksichtigt werden. Viele gelten ihr zufolge trotz eines geringeren Lebensalters als alt und hätten entsprechend ähnliche Bedarfe.

> *„Yes, and that shouldn't matter, whether you are mentally ill or if you have another problem, like if you are isolated and poor, because the strategies that work, are the same"* (E1_HAM: 510).

<u>Migrationshintergrund</u>

Insbesondere in den Interviews mit den niederländischen Experten wurde mehrfach auf die besondere Berücksichtigung von **älteren Menschen mit einem Migrationshintergrund** hingewiesen [*„Especially the migrant elderly, and the elderly that have a low health literacy and low health skills"* (E4_ROT: 45)]. Aber auch die Expertin aus Prag betonte, den Bedarf **kulturelle Unterschiede** hinsichtlich des **Lebensstils** zu berücksichtigen. Zum einen sei das **Wahrnehmen und Ausdrücken von gesundheitsbezogenen Belangen** kulturell beeinflusst.

> *„Yes, because if it comes to mental health and well-being, there is a strong cultural influence as well. (…) so how do you express it or how do you recognize it also depends on your social background. Whether you can discuss it with your family and friends or not. That is all very dependent on the culture, you are living in. So, you really have to take that into account"* (E5_AMS: 101).

Dies spiegele sich ferner in den Ergebnissen einer Rotterdamer Studie zum **individuellen Gesundheitsverständnis** wider, in der Bürger sich dem neuen Gesundheitskonzept **„Positive Health"** von Machtheld Hubert oder der **etablierten WHO Gesundheitsdefinition** zuordnen sollten. Menschen mit einem Migrationshintergrund und Menschen mit

einem geringen Einkommen identifizierten sich primär mit den Grundsätzen der traditionellen Definition der WHO.

> *„And there was the first conclusion actually that the migrants' people and the people of low income and social status were more into the traditional definition of health. They were more connected to the WHO, (…) the original definition of health, which is more about to be ill and things like that. And the people, who were more developed, were more into the positive, the positive definition of health"* (E4_ROT: 211).

Pflegende Angehörige

Trotz des Hilfebedarfs und des vorhandenen politischen Interesses sowie einer Vielzahl unterstützender Angebote seien pflegende Angehörige laut der Experten aus Eindhoven und Paris als **besonders schwer erreichbare Zielgruppe** [*„An action which seems relevant on our level, might not always be relevant for them. So, it is not easy. But it is definitely one of our key issues that we want to deal with"* (E12_PAR: 80)]. Als möglicher Grund wurde das **persönliche Gefühl zur Angehörigenpflege verpflichtet** zu sein genannt.

> *„Well, what I think, is that a lot of caregivers don't ask for help, because they feel like they are obliged to give this kind of support to their partner or father or mother or whatever and I think before they ask for help (…) sometimes it is a little bit too late, but it has nothing to do with the government or something. I think it is more in the people's mind"* (E13_EIN: 134).

Oberkategorie: Erreichbarkeit und Zugang

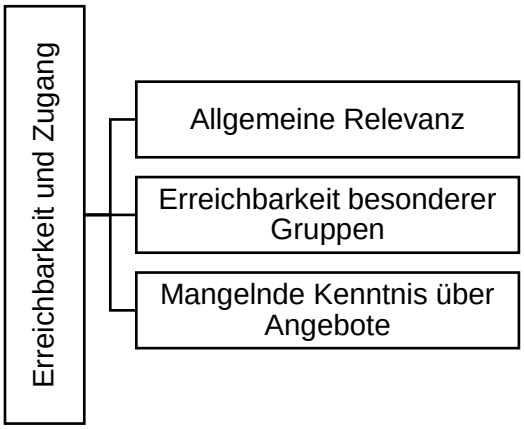


Abbildung 37: Oberkategorie "Erreichbarkeit und Zugang" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Allgemeine Relevanz

Trotz dessen die Frage der Erreichbarkeit der Zielgruppe kein Bestandteil des zugrundeliegenden Leitfades war, wurde diese Thematik von fast allen Gesprächspartnern meist mehrfach angesprochen. Insbesondere die Experten aus Nord-Trøndelag, Hamburg,

Rotterdam, Paris und Amsterdam betonten das **Dilemma**, dass viele ältere Menschen nur schwer erreicht würden [*„You can imagine that people that have some problems are not so easy to be reached“* (E4_ROT: 153)]. Weiter wurde hervorgehoben, dass insbesondere diejenigen, die eine **Tendenz zur Isolation** aufwiesen, **meist unerreicht** blieben, trotz dessen es für sie am wichtigsten sei.

> *„(…) it is very hard to get the people and their tendency is to isolate and they don't want to come, but actually you should get them"* (E11_NTR: 197).

Besonders schwer erreichbar seien laut dem Pariser Experten ältere Menschen, die **nicht mehr arbeiten** und auch **keine staatliche Unterstützung** in Anspruch nehmen würden.

> *„(…) we have some part of the population that is not really included, because they just don't think they need or they don't think they would like to be included in our actions. So that is one thing that we want to develop"* (E12_PAR:118).

Die Expertin aus Hamburg betonte, dass jüngere Menschen in Settings wie dem Betrieb vergleichsweise einfach erreicht würden. Laut Präventionsgesetz seien **Ältere im Quartier** anzutreffen, aber ihr zufolge seien vor allem die Menschen mit einem Hilfebedarf oft **erfolgreich darin unsichtbar** zu sein.

> *„(...) and for old people, who are not working anymore -- we don't know how to address them. The Präventionsgesetz tells us, that you find them in them in the quarter, but you don't know how to find them in the quarter, because people, who don't want to be seen, are not seen (laughing). It's quite effective how they do it (laughing)“* (E1_HAM: 215).

Auch in Eindhoven stelle diese Problematik die **Politik vor große Herausforderungen** und es werde versucht ältere Menschen auf **unterschiedlichen Wegen** zu erreichen [*„(…) here in Eindhoven that the government doesn't know exactly how to handle this"* (E13_EIN: 196)]. Im Rahmen des Interviews mit dem Turiner Experten wurde deutlich, dass neben der **mangelnden Kenntnis** auch eine **unzureichende Akzeptanz** und **Zugangsbarrieren** zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen die Erreichbarkeit der Zielgruppe erschweren würden.

> *"Well, obviously, I know that these kinds of health promotion activities are not really accepted by all of the population. There are inequalities by the access of these programs"* (E3_TUR: 89).

<u>Erreichbarkeit besonderer Zielgruppen</u>

Im Zusammenhang mit der älteren Bevölkerung hoben die niederländischen Experten insbesondere die Schwierigkeit Menschen mit einem **Migrationshintergrund** zu erreichen, hervor: [*„(…) we have to report that for men, it is still difficult -- for older migrants. It is very difficult to bring them together or to reach out to them or to find them for a training course"*

*(*E4_ROT:133)]. Während in den Großstädten Amsterdam und Rotterdam verschiedene Ansätze zur Erreichbarkeit erprobt und implementiert würden, merkte die Expertin aus Eindhoven an, dass die Stadt dafür zu klein sei [*„(…) those groups of people (…) they keep them to themselves. So, it is difficult to reach them"* (E13_EIN: 194)]. Der Experte aus Rotterdam verwies indes auf ein städtisches Gartenprojekt als erfolgreicher Zugang zu älteren Menschen mit einem Migrationshintergrund, da der Anbau von Gemüse an alte **Ressourcen und Erinnerungen aus dem Heimatland** anknüpfe.

> *„If you think about the migrant elderly, (…) it fits very well with their own culture, with what they were used to do in their homeland, like being together outside, growing their own vegetables. It was very common for them"* (E4_ROT: 99).

Er unterstrich zudem die Bedeutung von **informativen Bildern**. Dies werde u.a. in dem Gesundheitsförderungsprogramm „GRIP & GLANS" berücksichtigt, welches sich ursprünglich an ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund richte.

> *„(…) now we see that it is better to work with images, and not so much with words and text. And that you have to take into account that "GRIP and GLANS" targets the possibilities of older people to have control over their life's"* (E4_ROT:119).

In Amsterdam werde dem Experten zufolge beispielsweise der Versuch unternommen Menschen aus Afrika (südlich der Sahara) mittels **lokaler Radio- oder Fernsehsendungen** zu erreichen und Menschen aus der Türkei oder Marokko werden hingegen primär in den **Moscheen** angesprochen [*„It depends a bit on the population, how to reach out to them"* (E5_AMS: 97)]. Trotz dessen bekannt sei, dass die Berücksichtigung des **kulturellen Hintergrunds** und die Ansprache in der **Muttersprache** bei gesundheitsbezogenen Belangen eine große Rolle spiele, sei eine Veröffentlichung fremdsprachiger Informationen von der aktuellen Regierung politisch nicht gewollt.

> *„(…) which we see in practice, especially when it comes to health and sickness, (…) the best way to communicate, is in your mother language, mother tongue. That is for everyone, I think. And that is always a debate, when it comes to health and well-being; are we allowed to give information or to reach out to people within their own language or only in the Dutch language"* (E5_AMS: 103).

Auch für **Menschen mit Hörproblemen** bedürfe es laut der Expertin aus Prag spezieller Zugangswege. Angepasste Präsentationen zum Lebensstil oder der Stressbewältigung würden sich insbesondere an die psychische Gesundheit richten.

> *„(…) and I find it quite important, because they really have lost their hearing or are losing their hearing, they have worse access to information. So, they really need some special access and special material to increase the health literacy"* (E8_PRA: 113).

Mangelnde Kenntnis über Angebote

In Amsterdam gäbe es den Aussagen des Experten zufolge **eigentlich ausreichend Angebote** für Ältere, aber diese würden **unzureichend genutzt.**

> *„(...) I can say most of them we are doing. What our biggest problem is that actually the number of people that is reached by all those activities is relatively small. Especially among the elderly people* (E5_AMS: 91).

Die Hamburger Expertin kritisierte, dass man entweder bereits in ein Hilfesystem eingebunden sein müsse oder selbst **proaktiv um Hilfe bitten** müsse**.**

> *„I think there is a lot of information, but you only get them if you see your doctor, if you see your friend or go to neighbourhood meeting point and or ask for it. You have to look for it and ask for it. <u>If you ask for it, you get it</u>"* (E1_HAM: 103).

Betroffene seien ihr zufolge jedoch meist **nicht in der Lage, selbst nach Hilfen zu suchen** [*„Ah, it is difficult. They don't know about it, and for many people who are affected, they don't know about it and for many people it is difficult to ask about"* (E1_HAM: 155)]. Und trotz dessen es zahlreiche Angebote gäbe, die auch in der Zwischenzeit unterstützend wirken könnten, werde dies während der **langen Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz** unzureichend kommuniziert [*„But in between these six months, there are many programs, that are offered in the waiting time, but nobody tells you"* (E1_HAM: 179)]. Sie verwies weiterhin darauf, dass die meisten Menschen diese selbst finanzieren könnten und auch würden [*„They can pay a car, or a TV, they could pay a little bit for their psychological health -- for their well-being, but they don't know about it"* (E1_HAM: 181)]. Neben einer mangelnden Kenntnis **fehle oft das Wissen,** das **Recht** zu haben entsprechende Angebote zu nutzen [*„They don't know what services we have, they don't find information* (E2a_HEL: 118)].

> *„(…) looking as a health promoter on this area, I would say, it is enough, but people don't know how to find it. I would not even say, that it is a problem that people don't find it, but they don't know that they have the right to use it. […] people don't know about the range of what they could do or what they should do"* (E1_HAM: 95-97).

Neben der Bevölkerung mangele es auch den Akteuren häufig an Kenntnis über existierende Angebote [*„(…) it is not that I don't know, it is not easy to find information which is very useful for public"* (E8_PRA: 211)]. Auch in Paris werde der Bedarf **einer verstärkten Information der relevanten Akteure** zukünftig angestrebt.

> *„Yes, so we have some information. So, they can come to us spontaneously, but the question is how do we get them otherwise if they don't have the idea. So, we try to inform some people, who can give information. So that would be doctors, that would be hospitals employees, and we have information centers of whatever organization or coordination of different professionals"* (E12_PAR: 178).

Oberkategorie: Vielfältige Zugangswege

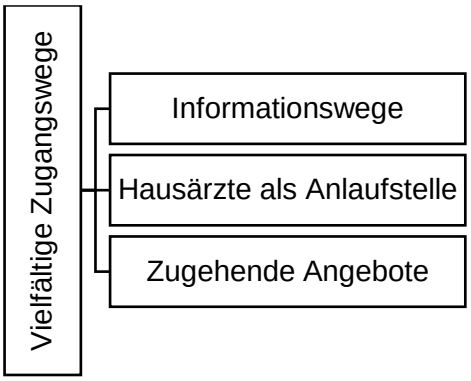


Abbildung 38: Oberkategorie "Vielfältige Zugangswege" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Informationswege

Um ältere Menschen in ihrer Vielfalt adäquat zu erreichen, bedürfe es **vielfältige Zugangswege**, die in Hamburg laut Angaben der Expertin bereits vorlägen [*„I think there is a lot there. We have brochures for nearly everything"* (E1_HAM: 99)]. Sie führte weiter auf, dass **die meisten Informationen im Internet** zu finden seien. Der Experte aus Rotterdam betonte in diesem Zusammenhang eine mangelnde Digitalkompetenz älterer Menschen [*„ (…) the problem with the modern approach -- with of course apps and the internet and all like that -- all the older people are still not acquainted with that information"* (E4_ROT: 104)]. Wohingegen die Expertin aus Hamburg betonte, dass ältere Menschen mit diesem Medium deutlich vertrauter seien als viele annehmen würden [*„(…) older people use online much more than we think"* (E1_HAM: 87)]. Auch die Expertinnen aus Helsinki berichteten von einem Ausbau des Internetauftritts, verwiesen aber zugleich auf den weiteren **Bedarf schriftlicher Informationen** [*„We have to have different channels"* (E2a_HEL: 120)]. Den Bedarf weiterer **Informationsstellen** sowie einer **interdisziplinären Unterstützung** älterer Menschen mit einer psychischen Erkrankung hob die Hamburger Expertin hervor [*„(…) we don't have really points which assure, that I get good information"* (E1_HAM: 107)]. Sie verwies in diesem Zusammenhang auf die guten Erfahrungen des Netzwerks Frühe Hilfen und plädierte dafür eine ähnliche Institution für ältere Menschen einzurichten.

> *„(…) soon, we will have a very good collaboration to work with people, who don't want to be seen. It works fine for children. Why don't they get an expert for old people in these Familienteams? That would be perfect"* (E1_HAM: 340).

Hausärzte als Anlaufstelle

In fast allen Interviews wurde die **besondere Rolle des Hausarztes** für ältere Menschen hervorgehoben und auch die Expertin aus Hamburg betitelte die Hausarztpraxis als **geeignetes Setting zur Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen** [*„It could be the general practitioners setting, where you find healthy and not healthy old people, and*

address -- not only address their illness, but health in general" (E1_HAM: 215)]. Auch der Turiner Experte verwies in dem Interview auf die besondere Bedeutung des Hausarztes für **sozial benachteiligte Menschen** und die Relevanz, sich dieser Zielgruppe verstärkt zu widmen, um beispielweise den **Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten zu erleichtern**.

> *„(…) there are inequalities by the access of these programs. Obviously, this is the role of the general practitioners. The general practitioners should be able to give specific support to -- including in this program those, who are part of disadvantaged areas of the population and for these people, their role is really important. They should focus on those people at risk on not being interested in this program"* (E3_TUR: 89).

Auch in Amsterdam solle die Rolle des Hausarztes gestärkt werden, um u.a. mehr Menschen für **relevante Screenings** zu erreichen und ggf. mit entsprechenden weiterführenden Informationen zu versorgen. Die Experten aus Hamburg, London und Eindhoven hoben dessen Bedeutung in Bezug auf **regelmäßige Gesundheitscheckups** hervor [*„(…) we are using the primary care physician to enable us, to invite people for their health checks within (…) in England"* (E9_LON2: 49)].

<u>Zugehende Angebote</u>

Der Bedarf zugehender Angebote wurde in vielen Interviews mehrfach erwähnt. Dies könne beispielsweise mittels der aktiven **Aushändigung von Information durch Fachkräfte** realisiert werden *[„(…) there should be someone, who gives it to me (…)"* (E1_HAM: 103)]. Dahingegen werde in Nord-Trøndelag darüber nachgedacht ältere Menschen **zuhause abzuholen** oder im Sinne eines **Hausbesuches** dort aufzusuchen.

> *„(…) it is very hard to get the people and their tendency is to isolate and they don't want to come, but actually you should get them. You should pick them up and visit them, but we haven't solved that problem. […] Maybe I need to start with the home visits, to make a relation and come over with specials"* (E11_NTR: 199).

Oberkategorie: Soziale Isolation im Alter

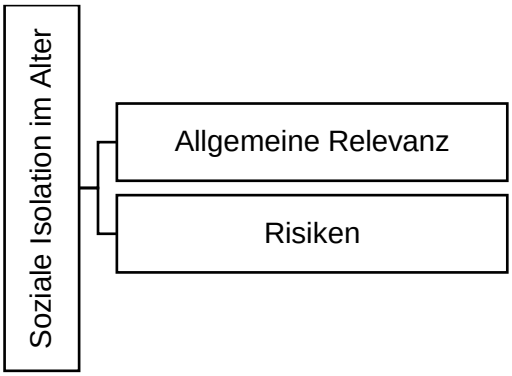


Abbildung 39: Oberkategorie "Soziale Isolation im Alter" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Allgemeine Relevanz

Aussagen, die zum Thema „Soziale Isolation“ bereits im Zusammenhang mit politischen Strategien genannt wurden, sind bereits im entsprechenden Kapitel aufgeführt. Die Problematik wurde in fast allen Interviews hervorgehoben und spiele maßgeblich im Zusammenhang mit der Zielgruppe älterer Menschen eine **große Rolle** [*„I think it is a problem here as well, and I think for the ones getting old and getting disabled, it is isolation”* E11_NTR:195]. Eine besonders vulnerable Zielgruppe seien der Hamburger Experten zufolge vor allem **einsame Ältere**, die zudem von **Altersarmut** betroffen seien.

> *„Exactly, vulnerable old people in the city. And especially lonely people, and poor people -- poor and lonely. And I think that the discussion -- I will tell you this idea the next time”* (E1_HAM: 473).

Sie äußerte weiter den Wunsch, dass die Hausärzte insbesondere hinsichtlich der Erreichbarkeit sozial isolierter älterer Menschen stärker aktiv werden müssten. Es brauche u.a. Strukturen, die das allein erschweren würden. Ärzte könnten beispielweise nach dem **sozialen Netzwerk und der sozialen Aktivität fragen** und ggf. über die Risiken sozialer Isolation und möglichen **wohnortnahen Angeboten** zur **Förderung der sozialen Teilhabe** informieren.

> *„I don’t think it is only a question of politeness. (…) medicine should ask, ‘Do you see you friends regularly?’, and the person says, ‘Oh, no. They are all gone, I don’t have any.’, then he should say, ‘Oh, that is not good for your health.’, and then he or she goes somewhere, where it is not accepted that she doesn’t go out; as a kind of social restriction”* (E1_HAM: 76-77).

Der Experte aus London hob in diesem Zusammenhang insbesondere den **gesundheitsbezogenen Einfluss sozialer Isolation** hervor.

> *„We know, that something as simple as social isolation or managing that process, can actually make a significantly reverse to a disease-free life which is really, what we are trying to develop”* (E9_LON2: 37).

Risiken

Der Rotterdamer Experte betonte insbesondere den Unterschied zwischen sozialer Isolation und **Einsamkeit**. Während letzteres ihm zufolge ein **subjektives Gefühl** darstelle und in direktem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit stehe, beschreibe **soziale Isolation** einen **Mangel an Kontakten und Bindungen**, die auch zahlreiche Risiken berge.

> *„Because social isolation is different from loneliness feelings actually. So, the one is more a subjective feeling and more connected to mental health and social isolation is just a situation, where you are at risk for all kinds of problems"* (E4_ROT: 155).

Auch dem Experten aus London zufolge müsse die Reduktion sozialer Isolation stärker thematisiert werden, da es neben dem **Risiko für die psychische Gesundheit** auch das **zahlreicher Krankheiten** steigere.

> *„The thing which comes very much nearer to it, is the association between social isolation and not only quality of life (…) we know, that people (…) who become socially isolated develop problems (…) not only with their mental health over a matter of time, as well as dementia of course, but also in terms of being more generally ill"* (E9_LON2: 37).

Oberkategorie: Intergenerativität

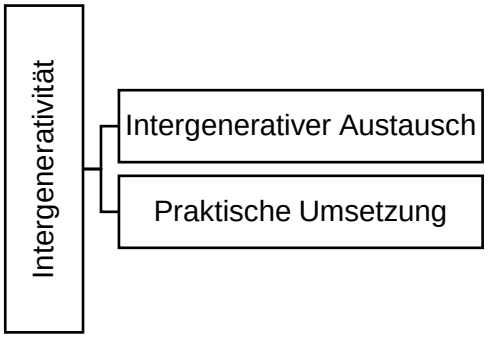


Abbildung 40: Oberkategorie "Intergenerativität" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Intergenerativer Austausch

Intergenerativität sei laut Aussagen eines bedeutsamen deutschen Gerontologen die grundlegende Gesundheitsförderung für ältere Menschen [*„He proposes, that Intergenerativität is pure health promotion. You should forget for the rest"* (E1_HAM: 348)]. Dies resultiere insbesondere aus dem Gefühl heraus sich nützlich zu fühlen [*„(…) they have a good feeling, because they are useful"* (E8_PRA: 139)]. Auch die Prager Expertin hob die Bedeutung des **Austauschs mit jüngeren Generationen** hervor. Im Rahmen vereinzelter Projekte würden insbesondere ältere Frauen ihr **Wissen**, wie Handarbeit oder traditionelle Bewegungsspiele, **an nachfolgende Generationen weitergeben**.

> *„And it is also like just to make older people useful and help them to find a chance that they can try to transfer their knowledge. And it is -- I think it will be good. It is a good idea, but really some activities only"* (E8_PRA: 139).

Praktische Umsetzung

Während den Ergebnissen zufolge insbesondere in Prag entsprechende Aktivitäten gefördert würden, wurde zugleich auf die Schwierigkeit der **Organisation** entsprechender Angebote verwiesen [*„(…) it is quite difficult to organize children and older people together. But we try, yes"* (E8_PRA: 133)]. Auch die Hamburger Expertin plädierte für ein **verstärktes Angebot intergenerativer Aktivitäten**, deren Umsetzung bisher unzureichend stattfinde.

> *„And so, it is the moment to propose intergenerativity -- old and young together. And perhaps the middle agers too. Make it intergenerational -- to make Mehrgenerationenttreffpunkte. But I don't know, why nobody does it. It is known. It lays on the table. The opportunity is there, but it is not done, and I don't know why"* (E1_HAM: 350).

Oberkategorie: Mobilität und körperliche Aktivität

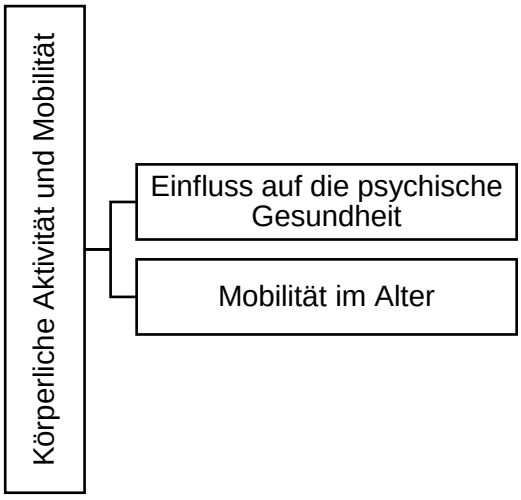


Abbildung 41: Oberkategorie "Körperliche Aktivität und Mobilität" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Einfluss auf die psychische Gesundheit

Die Bedeutung der **körperlichen Aktivität** im Alter wurde in zahlreichen Interviews verdeutlicht [*„Well, the most important thing we know, is exercise. So, promoting a healthy life for people of whatever age, is fundamental important"* (E9_LON2: 71)]. Darüber hinaus wurde häufig der **positive Einfluss** auf die **psychische Gesundheit** hervorgehoben.

> *„And all physical activity and exercise is of course good, and also for their feeling, and also mental health. So, our activities, which are targeted on physical activity, are also there to support mental health. So, it is my professional opinion (laughing)"* (E8_PRA: 99).

Die Prager Expertin verwies dabei insbesondere auf die positiven Effekte des Verlassens der Häuslichkeit und in Gruppenaktivitäten neue **soziale Kontakt**e knüpfen zu können.

> *„(…) I see it from like positive mental health perspective and I used to say, and I am sure, that physical activity is one of the best forms to promote mental health, because people have to go somewhere, they lose their isolation, they have to go, to join a group of people, and make social contacts"* (E8_PRA: 99).

Auch der Experte aus Turin hob den **positiven Einfluss in Bezug auf Depressionen** und die **Behandlungserfolge** im Vergleich zu medikamentösen Therapien hervor.

> *„As a psychiatrist, I really know that in most of the depressive disorders you can offer regular -- if you are able offer regular physical activity, you are going to get the same outcome or a better outcome, than the outcome expected by drugs"* (E3_TUR: 89).

Insgesamt sei es förderlich, wenn der Zusammenhang zwischen der körperlichen und psychischen Gesundheit erkannt würde. Dazu werde die Bevölkerung in Helsinki beispielsweise bei öffentlichen Veranstaltungen über den positiven Einfluss einer **gesunden Lebensweise**, die Bewegung im Alter einschließe, informiert. Es werde dabei insbesondere auf das **reduzierte** Risiko einer **Demenz** hingewiesen.

> *„So, when you eat healthy and you move, and you keep your brain healthy, and then you avoid this memory disorders also. It's a combination, we try to tell our people nowadays that it is important to keep your health"* (E2a_HEL: 68).

<u>Mobilität im Alter</u>

Neben der Bedeutung der körperlichen Aktivität verwies der Londoner Experte obendrein auf die Bedeutung der **Mobilität im Alter**, wie das folgende Zitat darstellt.

> *„I mean exercise is important yes. But I think that is something that we think is the most important thing; getting people to move more this is really important"* (E9_LON2: 71).

Auch die Ausgestaltung der umgebenden **Lebensumwelt** habe einen Einfluss auf ihre Mobilität, wie an verschiedenen Stellen im Interview hervorgehoben wurde. Unterstützend seien beispielsweise **Parkbänke** [*„(…) we don't say that it is only for the older, we say that it is for everybody to take a rest"* (E11_NTR: 187)]. Auch in Eindhoven würden Veränderungen der Lebensumwelt vor allem darauf abzielen die **Aktivität** älterer Menschen zu erhöhen. Zudem sollten gut ausgebaute **Gehwege**, **Verkehrsinseln**, ein **gut ausgebauter öffentlicher Nahverkehr** sowie **erreichbare medizinische Versorgungsstrukturen** und **Einkaufsmöglichkeiten** dazu beitragen, dass ältere Menschen **so lange wie möglich zuhause wohnen** bleiben können.

> *„You know there should be good sidewalks, you know where the pavement is smooth, places to cross streets, but also public transportation. And that is also the local physical therapist or doctor, you know. That kind of stuff or maybe a grocery store. And I think at that point, this is really important, because our national thought about the elderly is that they should be able to live as long as possible at their own"* (E13_EIN: 108).

In Hinblick auf die **Verbesserung der entsprechenden Rahmenbedingungen** berichtete die Expertin aus Eindhoven von der **kommunalpolitischen Beteiligung** der älteren Menschen in ihrer Stadt sowie verbalisierten Handlungsbedarfen dieser Bevölkerungsgruppe. Der höchste Bedarf bestünde derzeit in Bezug auf **Verbesserung der Wege** und der **Zugangsmöglichkeiten** innerhalb der einzelnen **Nachbarschaften**.

> *„(…) that neighborhoods are good or larger accessible. […] You know there should be good sidewalks, you know where the pavement is smooth, places to cross streets, but also public transportation. And that is also the local physical therapist or doctor, you know. That kind of stuff or maybe a grocery store. And I think at that point, this is really important, because our national thought about the elderly is that they should be able to live as long as possible at their own"* (E13_EIN: 108).

Oberkategorie: Gesellschaftliche Erwartungen

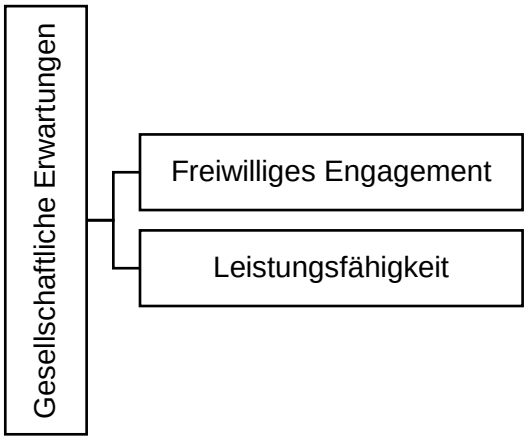


Abbildung 42: Oberkategorie "Gesellschaftliche Erwartungen" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Freiwilliges Engagement

Unterschiedliche Bedürfnisse lägen auch hinsichtlich des Engagements sowie der weiteren Beschäftigung nach der Berentung vor. Die Hamburger Expertin hob den **Konflikt** zwischen der **gesellschaftlichen Erwartung** an das Engagement Älterer und des möglichen **Bedürfnisses des älteren Menschen** nach dem langersehnten **Ruhestand** hervor.

> *„Normally when you get 65 years, and even you could work until 71 -- it is in the discussion -- you could do that, because your health allows it, but you don't want to, because you think, 'I have worked 40 years. That is enough. Now, I want to be a free old person'"* (E1_HAM: 115-117).

Dahingegen wurde in dem Interview mit dem Experten aus London eine Förderung des Engagements Älterer und der Bedarf, deren **Beitrag zur Gesellschaft** hervorzuheben, deutlich. Dies berge ihm zufolge viele Vorteile, wie die **positive Beeinflussung des Wohlbefindens** durch Aktivität und Engagement.

> *„The strategy needs to be based more on the contribution of older people to society, rather than increasing longevity, because (…) if we get more people who are older to contribute more to society, there will be various advantages. One advantage will be of course, that they will remain engaged, because we know that the more you remain engaged, the more likely is, you remain well"* (E9_LON2: 95).

Mangelnde Leistungsfähigkeit

Der Londoner Experte betonte weiter, dass es neben einer Eindämmung von Krankheiten und Hilfebedürftigkeit im Alter einer **veränderten Sichtweise** auf diese Lebensphase bedürfe. [„*The issue is, we haven't really managed to compress morbidity enough, to actually make the worth of healthy ageing attractive"* (E9_LON2: 95)]. Er hob indes die **finanziellen Vorteile** des Engagements sowie einer **weiteren Beschäftigung** älterer Menschen hervor. Hinzukommend verwies er auf den Bedarf, diese **Potentiale** mittels einer **neuen Sprache** in zukünftigen Strategien hervorzuheben, denn die **alleinige Verlängerung der Lebenserwartung** mache ein gesundes Altern politisch **nicht attraktiv.**

> *„(…) it is actually quite difficult to develop a strategy for healthy ageing. (…) it is difficult to convince governments that this is something, we need to do, because governments or payer in general of the health system, aren't necessarily interested in longevity, and people associate healthy ageing with increased longevity. With good reason, I might add. And with good reason, because to date, what we have managed to do, is to increase the longevity, but not managed to depress ill health"* (E9_LON2: 93).

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Diversität im Alter. Innerhalb der Gruppe älterer Menschen seien laut der Expertenaussagen u.a. Divergenzen in Bezug auf die gesundheitliche Lage sowie der funktionalen Kompetenz zu verzeichnen, die auch das Interesse der Zielgruppe an einem Angebot beeinflussen. Während einige sich deutlich zu fit für altersspezifische Angebote fühlen würden, seien andere auf Unterstützung angewiesen. Entsprechend hob der Pariser Experte den Bedarf einer Bandbreite an Angeboten hervor, die sich an der funktionalen Kompetenz einer Person orientiere. Hinsichtlich der gesundheitlichen Lage einer Person bedürfe es insbesondere im Falle von Multimorbidität einer ganzheitlichen Betrachtung und der Berücksichtigung psychischer Krankheitsanteile. Darüber hinaus seien vor allem in Bezug auf soziale Benachteiligungen neben dem Lebensalter weitere Charakteristika, wie

Behinderungen, Einschränkungen, Geschlecht oder Migrationshintergrund und insbesondere die Lebenslage einer Person zu berücksichtigen. Auch ein geringes Einkommen und Pflegeverantwortung sowie chronische Krankheit würden dazu zählen. Darüber hinaus verwies der Amsterdamer Experte auf altersbedingte divergente Interessen, die zu berücksichtigen seien und hob hervor, dass die Notwendigkeit besondere Zielgruppen zu berücksichtigen, themenabhängig sei. Zudem hätten ältere Menschen unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse, wenngleich laut Aussagen der Prager Expertin kaum Informationen zu den Lebensstilen innerhalb der Gruppe älterer Menschen verfügbar seien. Entsprechend hoben die Experten aus Paris und Hamburg den Bedarf eines vielfältigen Angebots hervor, um möglichst viele ältere Menschen mit unterschiedlichen Interessen zu erreichen. In Bezug auf den sozio-ökonomischen Status einer Person verwies die Hamburger Expertin alleinig auf das Risiko der Altersarmut. Sie betonte die derzeit sinkenden Zahlen, aber die zukünftig wachsende Problematik im Zuge der Alterung der Babyboomer. Auch der Pariser Experte bestätigte, dass ältere Menschen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen aktuell im Durchschnitt über ausreichend finanzielle Mittel verfügen würden. Ferner müsse zwischen der älteren Stadt- und Landbevölkerung unterschieden werden. Während der Amsterdamer Experte auf die Diversität der Stadtbevölkerung verwies, hob die Expertin aus Nord-Trøndelag den ohnehin hohen Aktivitätsgrad der älteren Bürger der primär ländlichen Region und den daraus resultierenden geringeren Bedarf bewegungsfördernder Angebote hervor.

Gruppen mit besonderen Bedarfen. Die Divergenz innerhalb der älteren Bevölkerung mündet in heterogenen Bedarfslagen. Eine Gruppe, die der Hamburger Expertin entsprechend insbesondere dem Risiko der Marginalisierung ausgesetzt sei, seien Menschen mit sozialen und psychischen Problemen sowie einem Armutsrisiko. Während sogenannten Gewinnern zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung stünden, würden Menschen in schwierigen Lebenssituationen unzureichend unterstützt. Basierend auf den Aussagen der Experten würden ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund eine besonders relevante Zielgruppe in den Niederlanden darstellen. Neben der Berücksichtigung kultureller Unterschiede im gesundheitsbezogenen Lebensstil sowie im Wahrnehmen und Ausdrücken gesundheitsbezogener Belange würden ihnen zufolge auch die individuellen zugrunde liegenden Vorstellungen von Gesundheit divergieren. Einer niederländischen Studie zufolge würden sich Menschen mit einem Migrationshintergrund ebenso wie Menschen mit einem geringen Einkommen zumeist mit der WHO Definition von Gesundheit und weniger mit den Grundzügen des innovativen Gesundheitskonzepts „Positive Health“ identifizieren. Auch besondere Bedarfe von pflegenden Angehörigen seien zu berücksichtigen. Neben der Belastungen würden sie vor allem laut Aussagen der Experten aus Paris und Eindhoven zufolge eine im Allgemeinen schwer erreichbare Ziel-

gruppe darstellen. Dafür sei den Experten zufolge u.a. das persönliche Pflichtgefühl verantwortlich.

Gesellschaftliche Erwartungen. Auch in Hinblick auf die Gestaltung des Ruhestands bedürfe es einer Berücksichtigung der unterschiedlichen Interessen und Bedürfnisse älterer Menschen. Dies treffe insbesondere in Bezug auf das freiwillige Engagement zu. Die Hamburger Expertin wies in diesem Zusammenhang auf den Konflikt zwischen der gesellschaftlichen Erwartung daran und des oft konträren Wunsches vieler Älterer nach einem erholsamen Ruhestand hin, wenngleich die Wünsche oft aufgrund unzureichender finanzieller Mittel nicht realisierbar seien. Dahingegen hob der Londoner Experte den positiven Einfluss des Engagements und weiterer Beschäftigung auf das Wohlbefinden hervor. Ihm zufolge solle der Beitrag, den viele Ältere leisten, verstärkt in Strategien hervorgehoben werden, um ein gesundes Altern auch für die Politik attraktiver zu machen, denn die alleinige Verlängerung der Lebenserwartung sei ihm zufolge kein Anreiz.

Erreichbarkeit und Zugang. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass es schwierig sei, ältere Menschen, trotz bestehender Angebote, zu erreichen, obwohl die Thematik eingangs nicht im Leitfaden vorgesehen war. Insbesondere die Experten aus Nord-Trøndelag, Hamburg, Paris, Rotterdam und Amsterdam betonten die Problematik. Ein Dilemma sei die Tatsache, dass insbesondere diejenigen mit einer Tendenz zur Isolation und einem entsprechend hohen Hilfebedarf nur schwer erreicht würden und meist erfolgreich unsichtbar seien. Während jüngere Menschen meist über die Schule oder den Arbeitsplatz erreichbar seien, stelle nach dem deutschen Präventionsgesetz das Quartier das geeignete Setting für ältere Menschen dar. Es wurde jedoch mehrfach betont, dass der Versuch, Ältere auf unterschiedlichen Wegen zu erreichen, zumeist aufgrund mangelnder Kenntnis und Akzeptanz scheitere. Insbesondere ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund seien laut Aussagen der niederländischen Experten schwer zu erreichen. Trotz der Kenntnis über die Bedeutung der muttersprachlichen Ansprache werde dies durch aktuelle Politik erschwert. Dennoch werde versucht, die Zielgruppe mit Hilfe visueller Informationen sowie lokaler Medien zu erreichen. Auch die Ansprache in der Moschee sowie im Rahmen eines nachbarschaftlichen Gärtnerprojektes stelle einen möglichen Zugangsweg dar und knüpfe an die Interessen und vorhandenen Ressourcen an. Entsprechend gäbe es in Prag besondere Informationen für (ältere) Menschen mit Hörproblemen. Auch Akteure seien häufig nicht ausreichend über das meist vielfältige Angebot informiert. Entsprechend solle dies in Paris und Prag verbessert werden. Aus Hamburg wurde insbesondere die Notwendigkeit kritisiert, selbst proaktiv nach Hilfe zu fragen oder zu suchen, da gerade dies denjenigen mit einem hohen Unterstützungsbedarf schwerfallen würde. Zugleich seien viele über das Recht, entsprechende Angebote nutzen

zu können, unzureichend informiert. Zudem würden die ohnehin langen Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz nicht ausreichend für zwischenzeitliche Unterstützung genutzt trotz meist bestehenden Interesses und entsprechender finanzieller Mittel.

Vielfältige Zugangswege. Um der Problematik der schweren Erreichbarkeit älterer Menschen zu begegnen, wurde mehrfach der Bedarf vielfältiger Informationswege aufgegriffen. Ferner wurde betont, dass es neben Informationen im Internet weiterhin schriftlicher Materialien bedürfe, wenngleich die ältere Bevölkerung meist versierter im Umgang mit dem Internet sei als angenommen würde. Aus Hamburg wurde in diesem Zusammenhang die Einrichtung weiterer zentraler Informationsstellen und die Erprobung multiprofessioneller Teams zur Unterstützung älterer isoliert lebender Menschen empfohlen. Auch sei eine Ausweitung zugehender Angebote empfehlenswert. Aus Nord-Trøndelag wurde hingegen vorgeschlagen, die Menschen in der Häuslichkeit abzuholen oder dort im Rahmen eines Hausbesuchs direkt zu besuchen. Mehrheitlich wurde der Hausarztpraxis eine zentrale Rolle hinsichtlich der Erreichbarkeit älterer Menschen zugesprochen und diese als geeignetes Setting zur Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen erachtet, sodass die Position weiter gestärkt werden sollte. Darüber hinaus pointierte die Hamburger Expertin den Bedarf einer besseren Unterstützung isoliert lebender Älterer. Dies könne beispielsweise mittels gezielter Fragestellungen nach der sozialen Eingebundenheit erfolgen, um mögliche Unterstützungsbedarfe zu identifizieren und im besten Fall gezielt zu agieren. Ihr zufolge brauche es Strukturen, die das Alleinsein im Allgemeinen erschweren. Auch aus Turin wurde die Bedeutung des Hausarztes vor allem im Zusammenhang mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen hervorgehoben.

Soziale Isolation im Alter. Soziale Isolation wurde mehrfach als hohes Risiko der Lebensphase Alter beschrieben. Während die Thematik in den Niederlanden und insbesondere Rotterdam nach einem Skandal um eine zehn Jahre lang unentdeckte tote Frau oben auf der politischen Agenda stünde, spiele dies in Prag eine bislang untergeordnete Rolle. Auch die Hamburger Expertin betonte die Risiken sozialer Isolation, die obendrein durch Altersarmut verstärkt würde. Während soziale Isolation laut dem Rotterdamer Experten den Mangel sozialer Bindungen meine, sei Einsamkeit ein subjektives Gefühl, welches ihm zufolge ein größeres Risiko für die psychische Gesundheit darstelle. Der Londoner Experte verwies im Gegenzug darauf, dass die Verhinderung sozialer Isolation einen positiven Einfluss auf zahlreiche Krankheiten hätte und nicht nur für die psychische Gesundheit förderlich sei.

Intergenerativität. Der Austausch mit jüngeren Generationen und die Weitergabe von Kompetenzen und Erfahrungen an nachfolgende Generationen sei für die Gesundheitsför-

derung im Alter von großer Bedeutung und werde in Prag beispielsweise im Rahmen von der Vermittlung traditioneller Handarbeitskunst oder alter Bewegungsspiele von Älteren an Jüngere realisiert. Auch die Hamburger Expertin forderte eine vermehrte Umsetzung entsprechender Angebote, aber hob ein Beispiel guter Praxis im Rahmen eines Mehrgenerationenhauses hervor. Ebenso wie die Kollegin aus Prag betonte sie die Schwierigkeiten der praktischen Implementierung solcher Angebote.

Körperliche Aktivität und Mobilität. Die Bedeutung der körperlichen Aktivität im Alter wurde ebenso wie der positive Einfluss auf die psychische Gesundheit mehrheitlich und mehrfach betont. Dies resultiere der Prager Expertin zufolge insbesondere aus der Notwendigkeit heraus das Haus zu verlassen und im Falle einer Gruppenaktivität soziale Kontakte zu knüpfen. Der Turiner Experte betonte darüber hinaus die Behandlungserfolge bei Depressionen im Vergleich zu medikamentösen Therapien. In Hinblick auf demenzielle Erkrankungen berichteten die Expertinnen aus Helsinki davon, dass die Bevölkerung über darüber informiert werde, dass körperliche Aktivität das Krankheitsrisiko reduziert beziehungswese hinauszögert. Laut Aussagen des Londoner Experten spiele die Mobilität im Alter eine weitaus bedeutsamere Rolle und solle entsprechend gefördert werden. Die hohe Relevanz bestätigten zahlreiche Interviewpartner und hoben gleichzeitig die Bedeutung der Ausgestaltung der Lebensumwelt hervor. Neben gut ausgebauten Wegen und Zugängen wurden gut erreichbare Einkaufsmöglichkeiten und medizinische Versorgungsstrukturen genannt.

5.4 Diskussion

Welche Besonderheiten der Zielgruppe älterer Menschen gilt es darüber hinaus in der kommunalen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen?

Diese Auswertungsfrage war ursprünglich nicht im Leitfaden verankert, aber nachdem die ersten Interviewpartner allesamt mehrfach auf die interindividuellen Unterschiede der Zielgruppe hinwiesen, wurde dieser Aspekt in den nachfolgenden Gesprächen aufgegriffen. Mittels der induktiven Kategorienbildung konnten insgesamt sieben Oberkategorien extrahiert werden, die im weiteren Verlauf unter Einbeziehung der zugrundeliegenden Literatur diskutiert werden.

a) Diversität im Alter

Die Berücksichtigung der **Diversität im Alter** wurde von den Experten mehrfach im Zusammenhang mit der **gesundheitlichen Lage** und **funktionalen Kompetenz** betont, welches sich in die Literatur einreiht. Demnach divergieren der objektive Gesundheits-

zustand (Lukaschek et al., 2017; Wahl & Schilling, 2012; WHO, 2017b; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) sowie die individuelle funktionale Kompetenz innerhalb der älteren Bevölkerung (Dapp et al., 2018; Faltermaier et al., 2014; Fuchs et al., 2013). Insgesamt steigt das Risiko funktionaler Einschränkungen (Dapp et al., 2009, 2011; Gill et al., 2006; Rochat et al., 2010; im Überblick s. Kohli et al., 2005; Wettstein & Wahl, 2018), aber ältere Menschen verfügen über unterschiedliche Kompensationsmöglichkeiten (Dapp, 2008; Dapp et al., 2018; Wilkening et al., 2008; Wurm et al., 2010), welche zu Unterschieden unabhängig vom tatsächlichen Lebensalter führen. Insgesamt stellen Angehörige des vierten Lebensalters eine hochvulnerable Zielgruppe dar (vertiefend s. Kruse, 2017), obwohl die meisten „jungen Alten“ bei guter Gesundheit sind (Sass et al., 2010). Wettstein und Wahl (2018) sprechen sich für eine Unterscheidung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter aus und auch Kocka und Staudinger (2009) heben den Vorteil solcher Kategorisierungen zur normativen Orientierung hervor, wenngleich diese Differenzierung nach Faltermaier et al. (2014) nicht ausreicht. Beispielsweise trägt die subjektive Wahrnehmung des eigenen Alters zu einer weiteren Diversität der Zielgruppe bei (Wahl & Siebert, 2016; Wurm et al., 2010; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018).

Zudem hat eine Pluralisierung der Lebensentwürfe und **Lebenslagen** stattgefunden (vgl. Backes & Clemens, 2013; Tesch-Römer & Wurm, 2006) und es bedarf auch in dieser Hinsicht einer Berücksichtigung interindividueller Unterschiede (vertiefend s. Kocka & Staudinger, 2009). Auch Graefe et al. (2012) untermauern dies mittels ihrer Studie, nach der keine typischen Altersidentitäten vorliegen. Ältere nehmen sich vielmehr als „normale Erwachsene“ wahr. Die Unterstützung positiver Altersbilder ist nicht nur für die Politik, sondern auch für die älteren Menschen selbst bedeutsam, denn negative Assoziationen mit dem Altern können diesen Prozess nach Westerhof und Wurm (2015) entsprechend negativ beeinflussen („self-fullfilling prophecy“). Divergenzen resultieren u.a. aus unterschiedlichen sozialen Lagen über den Lebenslauf hinweg, die sich zum einen im Alter fortsetzen und zudem weiter ausprägen (vgl. Backes & Clemens, 2013; im Überblick s. Kohli et al., 2005). Diese erreichen im dritten Alter ihren Höhepunkt, während altersbedingte und gesundheitliche Einschränkungen im hohen Alter zu einer Angleichung der Vielfalt führen (Motel-Klingebiel et al., 2010). Interindividuelle Unterschiede zwischen dem „dritten und vierten Alter“ werden vielfach betont (Faltermaier et al., 2014; Motel-Klingebiel et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013). Entsprechend wird eine Aufgliederung der älteren Bevölkerung in verschiedene Subgruppen empfohlen (Boudiny, 2013; Faltermaier et al., 2014), womit die Ergebnisse bestätigt werden können. Ein eben solches Vorgehen berichteten insbesondere die niederländischen Experten aus Amsterdam und Rotterdam, die primär die Gesamtbevölkerung und im Bedarfsfall spezifische Risikogruppen adressieren. Entsprechend des Amsterdamer Experten bestimme letztlich das Thema, ob eine

zielgruppenspezifische Ansprache vorgenommen werde oder ob sich Strategien an die Gesamtbevölkerung richten.

Laut Aussagen der Experten aus London und den Niederlanden (Rotterdam und Amsterdam) werden neben dem Alter weitere Merkmale (u.a. Geschlecht, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung, Krankheit Behinderung, Bildungstand, Einkommen) bei der Definition von Zielgruppen berücksichtigt. Eine Reduzierung auf das Lebensalter befördere nach Aussagen der Londoner Expertin vielmehr soziale Ungleichheiten. Auch diese Ergebnisse reihen sich in die vorliegende Literatur ein, wonach schwierige Lebenslagen zu sozialen Benachteiligungen führen können (Motel-Klingebiel et al., 2010im Überblick s. Kohli et al., 2005), die wiederum das Risiko von gesundheitlichen Ungleichheiten erhöhen (Mielck, 2005; Perna, et al., 2010; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemens, 2013). Zur Vermeidung sozialer und daraus resultierender Ungleichheit bedarf es der Berücksichtigung des Risikos der **Altersarmut**, wie die Hamburger Expertin hervorhob. Ihren Aussagen zufolge führe dies u.a. dazu, dass Ziele und Wünsche für die Zeit des Ruhestands nicht realisiert werden könnten. Nach Tesch-Römer et al. (2010) ist ein „erfolgreiches Altern“ u.a. durch die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation charakterisiert und auch die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens trägt zum Wohlbefinden bei (Lukaschek et al., 2017; Steptoe et al., 2015). Können, aufgrund unzureichender finanzieller Mittel, bedeutsame Wünsche im Alter nicht erfüllt werden, wird das Wohlbefinden negativ beeinflusst. Dies wird durch Angaben von Diener et al. (2003) bestätigt, wonach sich das Wohlbefinden zwischen ärmeren und reicheren Ländern unterscheidet. Die Expertin aus Hamburg betonte hingegen, dass die Problematik zukünftig an Bedeutung verliere, aber mit der Alterung der Babyboomer wieder steigen werde. In diesem Zusammenhang ist auf die Aussagen des Pariser Experten hinzuweisen, wonach die ältere Bevölkerung im Vergleich zu anderen Zielgruppen finanziell besser aufgestellt sei. Trotz Aussagen der Experten zu einer abnehmenden Relevanz der Altersarmut stellt dies für die Betroffenen ein Risiko dar, welches es zu berücksichtigen oder zu reduzieren gilt (vgl. Backes & Clemens, 2013). Insgesamt ist die Befundlage inkonsistent, denn neben Angaben, die das Risiko untermauern (vgl. Levenson & Jackson, 2006), berichten andere von einem unterdurchschnittlichen Risiko der älteren Bevölkerung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017; Naegele, 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013). Unerlässlich ist nach Angaben der Literatur hingegen Berücksichtigung bestehender Benachteiligung in Bezug auf die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Angebote (Jordan & Lippe, 2013; Kilian et al., 2008; Schaeffer et al., 2018; WHO, 2014), sodass die Relevanz einer Berücksichtigung sozialer Benachteiligung aufgrund von Altersarmut bestätigt wird.

Auch divergierende **Interessen** älterer Menschen sollten berücksichtigt werden. Der Londoner Experte verwies beispielweise auf die Notwendigkeit, neben individuellen Trainingsangeboten, gemeinschaftsbezogene Aktivitäten und Beteiligungsmöglichkeiten für ältere Menschen anzubieten. In diesem Zusammenhang kritisierte die Prager Expertin, dass bislang unzureichende Informationen zum Lebensstil älterer Menschen in Tschechien vorlägen. Die Relevanz wird durch die Bedeutung verfügbarer regionaler Daten, wie beispielweise Gesundheitsberichterstattungen, für die Identifikation von Handlungsbedarfen unterstützt (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Zudem sollten laut der Expertin aus Nord-Trøndelag Unterschiede zwischen der **Stadt- oder Landbevölkerung** berücksichtigt werden. Sie betonte, dass ältere Menschen in ländlichen Regionen deutlich aktiver seien als die Stadtbevölkerung. In der Auswertung dieser Fragestellungen lagen nur wenige Textstellen zu Besonderheiten der urbanen Lebenswelt vor, wohingegen zahlreiche Kodierungen im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Strategien vorgenommen wurden und eine entsprechend ausführliche Diskussion bereits im Abschnitt 4.4 erfolgte. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die ältere Bevölkerung durch Vielfalt charakterisiert ist (Faltermaier et al., 2014; Voelcker-Rehage et al., 2006; vgl. Backes & Clemens, 2013; vertiefend s. Schirra-Weirich & Wiegelmann, 2017; im Überblick s. Tesch-Römer et al., 2006) und sich die Ergebnisse somit als literaturkonform erweisen.

b) Risikogruppen

Als besonders relevante Risikogruppen wurden vor allem **pflegende Angehörige** und **ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund** benannt. Dies reiht sich in die Literatur ein, wonach ein Migrationshintergrund zu zahlreichen Belastungen führen kann (Böhme & Franke, 2010; Naegele, 2010; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemens, 2013; Levenson & Jackson, 2006). Obwohl ein vorliegender Migrationshintergrund nicht zwangsläufig ein Risiko darstellt (vgl. Backes & Clemens, 2013), bergen Migrations- oder mögliche Rassismuserfahrungen gesundheitsbezogene Risiken (vgl. Levenson & Jackson, 2006). Zudem wurden pflegende Angehörige mehrfach als relevante Zielgruppe hervorgehoben, deren Bedeutung aufgrund zahlreicher Belastungen bestätigt wird (Nowossadeck et al., 2016; Wetzstein et al., 2015). Wie bereits zu Beginn dieses Abschnitts beschrieben, fördern riskante Lebenslagen soziale Ungleichheiten (Motel-Klingebiel et al., 2010; im Überblick s. Kohli et al., 2005) und bergen gesundheitliche Risiken (Buber & Engelhardt, 2011; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemens, 2013). Auch der Amsterdamer Experte betonte, dass das Lebensalter nur eine vieler relevanter Kategorisierungen sei und vielmehr nach Risiko- und weniger nach Altersgruppen unterschieden werden solle.

c + d) Erreichbarkeit und Zugang & vielfältige Zugangswege

Aufgrund der zahlreichen Nennungen wurden zwei induktiv gebildete Oberkategorien für die Erreichbarkeit älterer Menschen extrahiert, die nachstehend aufgrund des engen Zusammenhangs gemeinsam diskutiert werden. Neben Schwierigkeiten der **Erreichbarkeit** und des **Zugangs** wurden **vielfältige Zugangswege** als unterstützend benannt. Insbesondere die Experten aus Nord-Trøndelag, Hamburg, Paris, Rotterdam und Amsterdam wiesen mehrfach auf diese Problematik hin, die sich vor allem im Zusammenhang mit sozialer Isolation erhöhe. Dies entspricht der Befundlage der Literatur, wonach der objektive Mangel an sozialen Kontakten den Zugang zu relevanten Informationen einschränkt und verfügbare Transportmöglichkeiten reduziert (Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006). Auch laut Aussagen der Amsterdamer und Hamburger Experten würden auf der einen Seite zahlreiche Angebote existieren, aber die Information darüber erreiche meist nur Ältere, die bereits in einem Hilfesystem eingebunden sein. Die Hamburger Expertin kritisierte ferner die Notwendigkeit, proaktiv nach Unterstützung fragen oder suchen zu müssen, denn die meisten Menschen weisen Schaeffer et al. (2018) zufolge eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Dies trifft für etwa zwei Drittel der älteren Bevölkerung und 75 % der Personengruppe ab 75 Jahren zu (Schaeffer et al., 2018), sodass die Aussagen der Experten untermauert werden. Neben den älteren Menschen selbst verfügen auch viele professionelle Akteure über eine unzureichende Kenntnis in Bezug auf existierende Angebote und Informationen, wie die Experten aus Prag und Paris hervorhoben. Förderlich ist nach Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007) in diesem Zusammenhang beispielsweise die Zugehörigkeit im Gesunde-Städte-Netzwerk (Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 2019).

Vor allem **ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund** wurden als **schwer erreichbare Zielgruppe** und der Bedarf interkultureller Angebote und muttersprachlicher Informationen hervorgehoben. Auch kulturelle Unterschiede in Bezug auf subjektive Gesundheits- oder Krankheitskonzepte (Huber et al., 2011, 2016; Schaeffer et al., 2018; vgl. Levenson & Jackson, 2006) oder die negative Assoziation stationärer Pflege (vgl. Backes & Clemens, 2013) unterstreichen die Relevanz interkultureller Angebote (Böhme & Franke, 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; Levenson & Jackson, 2006). Auch Menschen mit Hörproblemen würden nach Aussagen der Prager Expertin mittels angepasster Informationsmaterialien angesprochen. Diese Relevanz geht mit der Literatur einher, wonach im Alter neben weiteren funktionalen Einschränkungen u.a. das Hörvermögen abnimmt (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018).

Insgesamt sollten vor allem Menschen, die **sozialen Benachteiligungen** ausgesetzt seien, besonders berücksichtigt werden. Eine zentrale Rolle spiele in diesem Zusammenhang die

Hausarztpraxis, deren Bedeutung von fast allen Interviewpartnern postuliert wurde. Neben der Durchführung von Screenings und Gesundheits-Check-Ups solle der Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten unterstützt werden. Darüber hinaus wurden **Hausbesuche** unterschiedlicher Art im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit älterer Menschen genannt. Entgegen wissenschaftlicher Expertise würden diese beispielsweise von der älteren Bevölkerung aus Rotterdam gut angenommen, insofern diese von fachkundigem Personal durchgeführt (Pröfener, 2017) und insbesondere Ältere, die als „frail“ bezeichnet werden, adressiert werden (Pröfener et al., 2016).

e) Soziale Isolation im Alter

Auch **soziale Isolation** stellt ein Risiko im Alter dar, welches besonders berücksichtigt werden sollte. Ergebnisse im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Strategien wurden bereits im Abschnitt 4.4 diskutiert. Das Risiko steige der Hamburger Expertin zufolge insbesondere im Falle gleichzeitiger Armut, welches der aktuellen Befundlage entspricht (Böger et al., 2017; vgl. Backes & Clemens, 2013). Auch körperliche und kognitive Einschränkungen, chronische Erkrankungen und eine schlechte subjektive Gesundheit erhöhen das Risiko, sodass multifaktorielle Ursachen vorliegen (Bekhet & Zauszniewski, 2012). Diese können mittels einer Unterstützung der individuellen Anpassung altersassoziierter Beeinträchtigungen (Oswald & Konopik, 2015) sowie einer Förderung sozialer Teilhabe im Alter positiv beeinflusst werden (vgl. Backes & Clemens, 2013). Darüber hinaus gab die Hamburger Expertin an, dass der Hausarzt durch gezielte Fragen nach dem sozialen Umfeld und der Eingebundenheit des Patienten das Risiko sozialer Isolation erkennen und entsprechend intervenieren könne. Dies solle ihr zufolge u.a. die Information über die gesundheitlichen Risiken eines Kontakt- und Aktivitätsmangels und insbesondere der Gefahr möglicher Einsamkeit beinhalten, wie die Literatur belegt (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009; Lukaschek et al., 2017; WHO, 2014). Auch der Londoner Experte hob das hohe Krankheitsrisiko sozial isoliert lebender Menschen hervor, sodass auch diese Einschätzung bestätigt wird. Dies trifft ferner für die von den Experten (London und Rotterdam) vorgenommene Unterscheidung zwischen sozialer Isolation und Einsamkeit zu, wenngleich unterschiedliche Erklärungsansätze vorliegen (Cornwell & Waite, 2009; Gierveld & Hagestad, 2016; Tomaka et al., 2006; van Baarsen et al., 2016). Für die vorliegende Forschungsarbeit findet insbesondere der Ansatz von Cornwell und Waite (2009) Anwendung. Danach wird das Vorliegen weniger oder keiner sozialen Kontakte als objektive Isolation und das Gefühl einsam zu sein und ein selbst wahrgenommener Mangel an sozialer Unterstützung dagegen als subjektive Isolation bezeichnet. Der Vereinsamung wird ein größeres Gesundheitsrisiko zugesprochen als der sozialen Isolation allein. Diese erhöht jedoch das Einsamkeitsrisiko

und trägt ferner zu einem schlechteren Gesundheitsverhalten sowie reduzierten Zugang zu Transportmöglichkeiten und gesundheitsrelevanten Informationen bei (Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006). Die Relevanz der Thematik für Zielgruppe älterer Menschen kann bestätigt werden.

f) Intergenerativität

Auch die Bedeutung der **Intergenerativität** wurde mehrfach im Zusammenhang mit der kommunalen Gesundheitsförderung für die ältere Bevölkerung aufgeführt. Insbesondere die Expertin aus Prag berichtete von Projekten, in denen Ältere ihre Kenntnisse weitergeben, wie die Vermittlung von Handarbeit an die jüngere Bevölkerung, auch wenn die Organisation entsprechender Projekte sehr schwierig sei. Auch die Hamburger Expertin betonte die Bedeutung des Austausches zwischen den Generationen. Die Bedeutung für die Gesundheitsförderung resultiere insbesondere aus dem Gefühl sich nützlich zu fühlen. Sie hob vor allem den generationsübergreifenden Austausch in einem Hamburger Mehrgenerationenhaus positiv hervor. Dies reiht sich in die vorliegende Literatur ein, denn nach Kruse (2017) stellt Generativität und insbesondere die Weitergabe von Erfahrung an die jüngere Bevölkerung eine zentrale Entwicklungsaufgabe älterer Menschen dar. Im Rahmen einer breit angelegten Studie wurde ihm zufolge indes der bedeutsame Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter bestätigt und auch nach Oswald und Konopik (2015) haben ältere Menschen u.a. das Bedürfnis nach einer als sinnvoll erlebten Alltagsgestaltung. Zudem verweisen Hilbrand, Coall, Gerstorf und Hertwig (2017) auf den positiven Einfluss der Übernahme der Großelternrolle, die bei erfolgreicher Anpassung an die neue Rolle mit einer erhöhten Lebenserwartung einhergeht (grandparenting-hypothesis). Dies unterstreicht die Bedeutung generationsübergreifender Kontakte, denn auch dort können ältere Menschen aufgrund ihrer vermehrten zeitlichen Ressourcen (Cornwell & Waite, 2009; Faltermaier et al., 2014) beispielsweise in Projekten mit Kindern oder Jugendlichen aktiv werden und übernehmen zugleich eine sinnvolle Aufgabe. Das „Sozialkapital“ älterer Menschen ist vor allem in sozialbenachteiligten Stadtteilen bedeutsam (Böhme & Franke, 2010).

g) Körperliche Aktivität und Mobilität

Auch die **körperliche Aktivität** und **Mobilität** wurden mehrfach als bedeutsame Aspekte im Zusammenhang mit der Zielgruppe aufgeführt. Die Bedeutung der körperlichen Aktivität wird aufgrund der gesundheitlichen Risiken eines Bewegungsmangels zudem durch zahlreiche Belege der Literatur gestützt (Buber & Engelhardt, 2011; Krug et al., 2013; Wurm et al., 2010; vgl. Levenson & Jackson, 2006). Ferner werden kognitive Fähigkeiten positiv beeinflusst (im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018), die ebenso wie die physische Kapazität positiv auf eine selbstständige Lebensführung wirken (Dapp, 2008; Fuchs et al., 2013;

Reichert & Lis, 2009; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Insgesamt kann ein positiver Einfluss der körperlichen Aktivität auf die Lebensqualität im Alter bestätigt werden (Haider et al., 2016; Rödjer et al., 2016; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Eine inkonsistente Befundlage liegt für das Bewegungsverhalten älterer Menschen vor. Während Kruse (2007) auf einen Bewegungsmangel hinweist, gaben mehr als ein Drittel der Befragten der DEGS-Studie an, sich ausreichend zu bewegen (Krug et al., 2013). Ein ähnlich widersprüchliches Bild zeigt sich auf den ersten Blick in Bezug auf die Nutzung bewegungsfördernder Angebote. Während Krug et al. (2013) betonen, dass diese aufgrund des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins im Alter vermehrt genutzt werden, verweisen Wettstein und Wahl (2018) auf den Bedarf entsprechender Angebote für die inaktive Gruppe älterer Menschen. Dies unterstreicht das Präventionsdilemma, wonach meist diejenigen erreicht werden, die ohnehin aktiv sind (Dadaczynski & Paulus, 2018). Die Relevanz entsprechender Interventionen wird darüber hinaus durch den positiven Einfluss körperlicher Aktivität auf den Alterungsprozess untermauert (Colcombe & Kramer, 2003; Fuchs et al., 2013; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018).

Während der Turiner Experte die Bedeutung körperlicher Aktivität in Bezug auf Depressionen hervorhob, bestätigten die Expertinnen aus Helsinki dies vor allem für demenzielle Erkrankungen. Auch diese Kenntnisse reihen sich hinsichtlich des positiven Einflusses in Bezug auf Depressionen (Buber & Engelhardt, 2011; Regan, 2016) und Demenz in die Literatur ein (Prince et al., 2014). Es wurde weiter hervorgehoben, dass es hilfreich sei, wenn der Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit erkannt werde (Buber & Engelhardt, 2011). Die Expertin aus Prag hob vor allem das für die Teilnahme an einem Bewegungsangebot notwendige Verlassen der Wohnung sowie die Kontakte innerhalb der Gruppe positiv hervor. Die Teilnahme an Gruppenaktivitäten mit Gleichaltrigen kann entsprechend der Literatur das Kohärenzgefühl stärken (Wiesmann et al., 2006), welches nach Faltermaier et al. (2014) die individuelle Bewältigungskompetenz fördert. Dies geht mit der Aussage des Londoner Experten einher, wonach Mobilität bedeutsamer als die alleinige Bewegungsförderung sei. Auch dies entspricht der Literatur, denn danach nimmt der Aktionsradius im Alter ab (Kricheldorff & Oswald, 2015; Renteln-Kruse, 2004; vgl. Backes & Clemens, 2013). Aufgrund der u.a. eingeschränkten Psychomotorik im Alter gewinnt die Gestaltung der Wohnumwelt an Bedeutung (Böhme & Franke, 2010; Faltermaier et al., 2014; Kricheldorff & Oswald, 2015; Oswald & Konopik, 2015). Basierend auf diesen Kenntnissen können auch die Aussagen der Experten aus Eindhoven und Nord-Trøndelag bestätigt werden, wonach die Mobilität neben einer guten Infrastruktur und guten Geh- und Radwegen, zudem durch das vermehrte Angebot von Parkbänken befördert werde. Auch die Senioren in der Stadt Eindhoven würden den größten

Verbesserungsbedarf in einer guten Gestaltung der Wege und Zugänge innerhalb der Nachbarschaften sehen, sodass die Ergebnisse der Literatur entsprechen.

h) Gesellschaftliche Erwartungen

In Bezug auf das ehrenamtliche Engagement Älterer liegen widersprüchliche Ergebnisse vor, wie bereits in der Diskussion dieses Aspekts im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Strategien (siehe Abschnitt 4.4) ersichtlich wurde. Auch an dieser Stelle werden Aspekte dargelegt, die nicht im Zusammenhang mit eben diesen Strategien, sondern mit dem Fokus auf die ältere Person selbst genannt wurden. Die Hamburger Expertin gab zu bedenken, dass viele Ältere sich durch die gesellschaftlichen Erwartungen unter Druck gesetzt fühlen und vielmehr einen erholsamen Ruhestand wünschen würden. Aus London wurde auf der anderen Seite eine Stärkung des Ehrenamtes hervorgehoben und ergänzt, dass insgesamt weniger die Beeinträchtigungen, sondern vielmehr die Potentiale der Älteren betont werden sollten. Dies fördere die Attraktivität der Lebensphase, die es aus seiner Sicht für eine verstärkte Unterstützung eines gesunden Alters durch die Politik brauche. Dies Ergebnis kann zum einen durch die Kritik an der Disengagement- und Defizittheorie (Voelcker-Rehage et al., 2006; vgl. Martin & Kliegel, 2014) und den mehrfach beschriebenen positiven Einfluss von Aktivität im Alter bestätigt werden (Havighurst, 1972; Pinto & Neri, 2016; Walker & Zaidi, 2016; Weltzien, 2004). Auf der anderen Seite stützt der Hinweis von Naegele (2010) auf die Gefahr einer Überbetonung der Potentiale und Ressourcen im Alter die Aussage der Hamburger Expertin, die insbesondere auf Menschen der unteren Sozialschichten zu trifft. Nach Backes und Clemens (2013) verfügen Ältere mit einem höheren Sozialstatus obendrein über ein größeres Interesse an sozialem Engagement. Auch an dieser Stelle wird die Relevanz der Berücksichtigung sozialer Benachteiligung zur Vermeidung einer weiteren Festigung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten ersichtlich (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Jordan & Lippe, 2013). Das Bild des passiven älteren Menschen (vgl. Martin & Kliegel, 2014; im Überblick s. Mir, 2018), entspricht zudem nicht mehr dem Altersbild postmoderner Gesellschaften (Faltermaier et al., 2014). Dies würde wiederum die Bedeutung des Ehrenamts im Alter stützen. Zudem ist davon auszugehen, dass negative Altersbilder innerhalb einer Gesellschaft auch das subjektive Altersempfinden beeinflussen. Ausgehend von der Annahme einer selbsterfüllenden Prophezeiung (selffullfilling phrophecy) wird aufgrund eines defizitorientierten Selbstbildes weniger in die eigene Gesundheit investiert (Westerhof et al., 2014; Westerhof & Wurm, 2015; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Auch nach Wirtz et al. (2018) basiert die subjektive Gesundheit, die ein zuverlässiger Prädiktor für die Entwicklung von Krankheit und Gesundheit darstellt, auf dem eigenen Gesundheitsverständnis (Erhardt et al., 2006; Jylhä, 2009; Vogelsang, 2014; im Überblick s. Tesch-Römer & Wurm, 2006; Wettstein &

Wahl, 2018). Die Förderung eines positiven und aktiven Altersbildes reiht sich somit in die Literatur ein.

5.5 Kernbotschaft

Die vorliegenden Kenntnisse sprechen für eine Berücksichtigung der Diversität älterer Menschen. Neben der gesundheitlichen Lage und funktionalen Kompetenz resultiert diese aus divergenten Lebenslagen (z.B. Pflege eines Angehörigen, Migrationshintergrund, soziale Benachteiligung). Es wurde ersichtlich, dass die Zielgruppe je nach Thematik in Subgruppen differenziert werden und auch Angebote vielfältig gestaltet sein sollten. Eine besondere Problematik stellt die Erreichbarkeit älterer Menschen dar. Es sollten vor allem isoliert lebende Ältere gezielt adressiert werden, da der Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen, wie auch das Gesundheitsverhalten meist schlechter ausfallen. In diesem Zusammenhang stellen die Hausarztpraxis und Hausbesuche zentrale Zugangswege dar. Auch sollten intergenerative Kontakte gefördert werden, denn das Weitergeben von Erfahrungswissen und Kompetenzen stellt u.a. eine zentrale Entwicklungsaufgabe des Alters und das Ausüben einer sinnvollen Aufgabe beeinflusst zudem das Wohlbefinden älterer Menschen positiv. Neben der Bewegungsförderung gewinnt eine mobilitätsfördernde Stadtgestaltung aufgrund des sich reduzierenden Aktionsradius im Alter an Bedeutung.

6 Teil 4: Hinderliche und förderliche Faktoren

Zur Ableitung von Aspekten, die zu einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung beitragen, wurden neben förderlichen auch hinderliche Faktoren erhoben. Diese sind nachstehend aufgeführt.

Leitfrage: Inwiefern kann eine praktische Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung gelingen?

6.1 Teil 4a: Hinderliche Faktoren

6.1.1 Fragestellung

Auswertungsfrage 4a: Welche hinderlichen Faktoren liegen hinsichtlich einer gelingenden Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung vor?	
Selektionskriterium Aussagen zu hinderlichen Faktoren in Bezug gelingende Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung, die gesundheitsbezogene Strategien und Interventionen meint.	**Abstraktionsniveau** Konkret beschreibbare Hürden, aber keine detaillierten Beispiele.

6.1.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Die sechs Oberkategorien umfassen Aussagen zum geringen **politischen Stellenwert** oder einem **pathogenen Gesundheitsverständnis**. Auch eine mangelnde **Theorie- und Evidenzbasierung** sowie hinderliche Faktoren einer **praktischen Umsetzung** werden, ebenso wie Aussagen zur **sektoralen Trennung** und unzureichenden **Mitteln** aufgeführt.

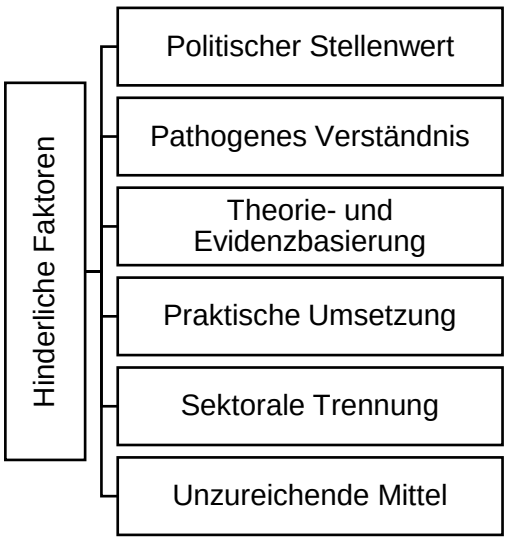


Abbildung 43: Sechs Oberkategorien "Hinderliche Faktoren".

Oberkategorie: Politischer Stellenwert

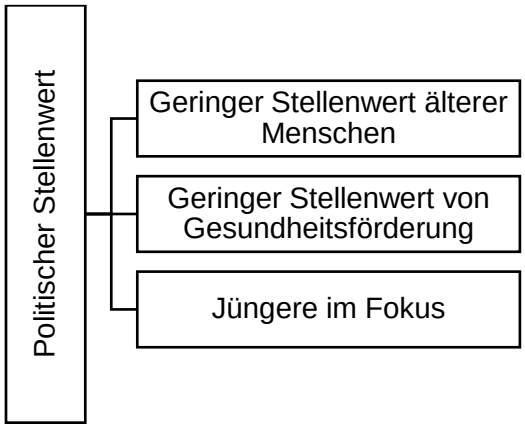


Abbildung 44: Oberkategorie "Politischer Stellenwert" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Geringer Stellenwert älterer Menschen

Insgesamt wurde an verschiedenen Stellen das **mangelnde politische Interesse** an der Zielgruppe älterer Menschen betont. Die Expertinnen aus Helsinki ergänzten (sarkastisch), dass sich dies in der Regel kurz vor den Wahlen ändere [*„But when the election comes, everybody loves older people (both laughing)“* (E2a_HEL: 199)]. Der Rotterdamer Experte ergänzte, dass das Interesse steige, wenn Probleme auftreten würden.

> *„We have one party in the city council that actually asks about the well-being of the elderly. That is mostly when some problem has occurred or when there is an unsolved question or something like that“* (E4_ROT: 81).

Eine Hürde sei die Tatsache, dass ältere Menschen von der Politik überwiegend als **Kostenfaktor** wahrgenommen würden und die Entwicklung einer Strategie zur Förderung eines gesunden Alterns entsprechend schwierig sei. Eine **Erhöhung der Lebens-erwartung,** ohne eine Verbesserung der Gesundheit, schaffe seinen Aussagen zufolge eine **abhängige Bevölkerungsgruppe**, deren Versorgung und Unterstützung mit **hohen Kosten** verbunden sei.

> *„And it is actually quite difficult to develop a strategy for healthy ageing. And it is quite difficult to develop this strategy for various reasons. One is, that it is difficult to convince governments that this is something, we need to do, because governments or payer in general of the health system, aren't necessarily interested in longevity, and people associate healthy ageing with increased longevity”* (E9_LON2: 93).

Geringer Stellenwert von Gesundheitsförderung

In Prag steige der Stellenwert von Gesundheitsförderung, wenngleich die physische Gesundheit fokussiert werde [*„Physical health is still on the scope and the others are just underestimated or disadvantaged”* (E8_PRA: 165)]. Die psychische Gesundheit werde hingegen kaum unterstützt [*„Mental health is not very supported in the Czech Republic“*

(E8_PRA: 23)]. Es stünde vielmehr die **Prävention** von Erkrankungen und **weniger die Förderung psychischer Gesundheit** im Fokus.

> *„So, mental health promotion is not just about the prevention of psychiatric illnesses, it is also about well-being. If I speak about mental health, even with professionals, all that we talk about is illness. So, even with the action plan we have, (…) this strategy document is based mainly on the organization (…) of psychiatric care"* (E8_PRA: 19).

> „*(…) it´s really targeted on prevention. If you talk about older people or how to live with dementia, it´s a bit about to support good mental health. It is against isolation, prevention of depression and so, it is not very, not concept -- it is a bit underestimated*" (E8_PRA: 23).

<u>Jüngere im Fokus</u>

Gesundheitsfördernde Maßnahmen würden sich nach Aussagen zahlreicher Experten überwiegend an **jüngere Menschen** richten. Insbesondere **Familien** und **Arbeitnehmer** stünden im Zentrum dieser Bemühungen [„*It is rather directed to occupational active people, not to old"* (E6_KRA1: 43)]. Aufgrund der vielen Krankmeldungen, die auf psychische Probleme zurückzuführen seien, gäbe es beispielsweise viele Angebote der **betrieblichen Gesundheitsförderung**, wie die Hamburger Expertin betonte.

> *„Yes, I think it got a bigger priority. Perhaps not mental health of older people, but mental health of younger, working class working people. So, many people can´t work, because of sick days, because of mental health sick days"* (E1_HAM: 455).

In Rotterdam solle die Bedeutung der psychischen Gesundheit mittels der Verabschiedung eines nationalen Programms gestärkt werden, in dem Älteren jedoch voraussichtlich eine untergeordnete Rolle zu Teil werde.

> *„(…) our minister of mental health has launched a nationwide program or movement, but that targets especially on younger people. Yes, so a lot of money from the government next year will be targeted on preventing depression and anxiety within younger people"* (E4_ROT: 83).

Auch in Nord-Trøndelag stünde die psychische Gesundheit insbesondere im Zusammenhang mit der jüngeren Bevölkerung und **ältere Menschen** würden vielmehr mit **demenziellen Erkrankungen** assoziiert [„*I would say it is more focused on younger people, and for older people the bigger focus is on dementia"* (E11_NTR: 45)].

Oberkategorie: Pathogenes Verständnis

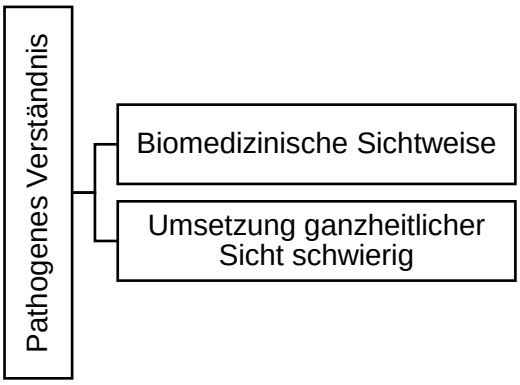


Abbildung 45: Oberkategorie "Pathogenes Verständnis" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Biomedizinische Sichtweise

Als eine weitere Hürde in Bezug auf Umsetzung und Etablierung der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter und insbesondere in Hinblick auf die Berücksichtigung der psychischen Gesundheit wurde ein **mangelndes ganzheitliches Gesundheitsverständnis** aufgeführt. Insbesondere die osteuropäischen Interviewpartner hoben ein **primär biomedizinisch geprägtes Gesundheitsverständnis** hervor [*„(…) because the care and healthcare in Czech Republic is really based on biomedicine"* (E8_PRA: 163)]. Die Prager Expertin betonte zudem, dass ihre zahlreichen Appelle an eine vermehrt ganzheitliche Sichtweise bislang scheiterten.

> *„So, I say: Health is not just absence of disease. (…) because when I am saying like, 'I am a doctor, I am from public health, so people are starting to talk about illness. […] (…) even among professionals, we know the definition, it is repeated, but really in practice, in how it is in our mind, the outcome is still very medical"* (E8_PRA: 165).

Die Prager Expertin drückte in dem Interview mehrfach ihre **Unzufriedenheit** bezüglich der **pathogenen Sicht auf die psychische Gesundheit** [„(…) *sometimes I am not very happy with this concept, that mental health is just seen as a psychiatric illness. But you know, a lot of people talk about it this way"* (E8_PRA: 19)] und des Stellenwerts von Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Bereich aus. [*„Positive mental health, this is what I mean. It is not there"* (E8_PRA: 19)].

Umsetzung ganzheitlicher Sicht schwierig

Die Hamburger Expertin wies darauf hin, dass eine Umsetzung des ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses, wie in der **WHO Gesundheitsdefinition** dargestellt, **in der Praxis oft nur schwer umsetzbar** sei [*„I think what we need, is a holistic view on health, as you asked in your research. But it is not done"* (E1_HAM: 143)]. Darüber hinaus gab der Pariser Experte an, die Definition selbst nicht ausreichend zu kennen, um diese in der

Praxis anzuwenden [*„I think I must confess that I haven't studied enough the WHO definition"* (E12_PAR: 142)]. Die Prager Expertin, betonte, dass die Definition nicht ausreichend verstanden werde [*„So, it is very old, and people repeat it, but really nobody really understands it (laughing)"* (E8_PRA: 165)]. Zudem sei es sich problematisch, wenn die gesundheitsbezogenen Einflüsse anderer Lebens- bzw. Politikbereiche von ministeriellen Fachkräften aufgrund eines unzureichenden ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses **nicht erkannt** würden, wie die Expertin aus Nord-Trøndelag hervorhob [„(…) *because sometimes the planners don't realize that this is actually a medical question as well"* (E11_NTR: 25)].

Schwierigkeiten hinsichtlich der Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen wurden auch im Rahmen des Interviews mit dem Experten aus Turin deutlich, denn der Experte gab an, dass in seinem Arbeitsfeld als Psychiater die Sekundär- und Tertiärprävention psychischer Erkrankungen im Fokus stehe und weniger gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen. Gleichzeitig verwies er auf den Bedarf einer **Stärkung von Sekundärprävention**, da eine langfristige medikamentöse Behandlung schädlich sei.

> *„You know, in my work in the mental health field it is not that easy to focus on health promotion and prevention. […] Our focus is more on secondary and tertiary prevention and not so much on primary prevention. Tertiary prevention is more important in mental health. So, if you take psychiatric drugs on a regular basis it gets worse outcomes. So, the basic issue should be secondary prevention" (E3_TUR: 112).*

Oberkategorie: Theorie- und Evidenzbasierung

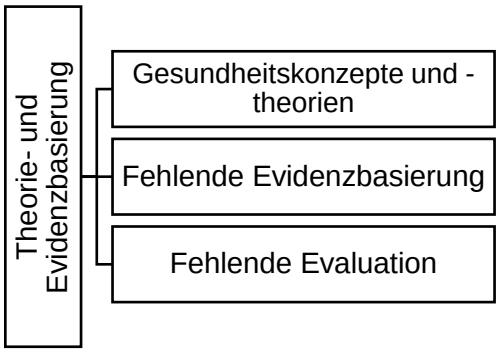


Abbildung 46: Oberkategorie "Theorie- und Evidenzbasierung" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

<u>Gesundheitskonzepte und -theorien</u>

Auch ein Handeln auf Basis etablierter Konzepte, wie dem **Modell der Determinanten der Gesundheit** von Dahlgren und Whitehead oder der **WHO Gesundheitsdefinition** werde nach Aussagen der Expertin aufgrund mangelnder Kenntnis nicht umgesetzt [*„(…) so even*

the definition is really very often repeated, you can say it, but in practice, it is not really visible" (E8_PRA: 165)]. Ferner kritisierten die Expertinnen aus Helsinki die **Abstraktheit der WHO Definition** und die Schwierigkeit diese in die Praxis umsetzen [*„(…) We had all this in our Action Plan, but maybe people don't think like this and these WHO definitions are pretty broad"* (E2a_HEL: 255)]. Laut Aussagen des Amsterdamer Experten unterstreiche die Abstraktheit den Bedarf **regionaler Zielformulierungen und konkreter Handlungsempfehlungen** [*„(…) but the outcomes and what you are really going to do within the framework that is to be decided at the local level"* (E5_AMS: 71)].

Fehlende Evidenzbasierung

Auch ein **Mangel an bevölkerungsbezogenen Daten** und Informationen zum Gesundheitsverhalten würden laut der Prager Expertin eine **zielgruppenspezifische Arbeit erschweren**. Zudem seien wissenschaftliche Kenntnisse für Akteure **schwer zugänglich** [*„But if programs and policies are based on this data, I am not sure. It should be, it should be, yes (laughing)"* (E8_PRA: 59)]. Auch die Hamburger Expertin bestätigte, dass **viele Akteure in der Praxis** im Gegensatz zu Wissenschaftlern über **unzureichende evidenzbasierte Kenntnis** über ältere Menschen verfügen würden.

> *„I know, that researchers know a lot about older people, but this is not a common knowledge of medicines or sports professionals or people, who are doing theatre or choir"* (E1_HAM: 105).

Aus Amsterdam wurde die häufige **Diskrepanz zwischen wissenschaftlichen Ergebnissen und praktischen Erfahrungen** der Akteure hervorgehoben, wie es aktuell im Zusammenhang mit den Hausbesuchen für Ältere der Fall sei:

> *„(…) we are not really convinced by the results of the scientific research and literature about it, whether or whether not it can be effective, and at what age should you start with that. And we know that if it comes to loneliness for example, in the scientific literature well, it doesn't help if someone is visiting once or is staying one visit"* (E5_AMS: 115).

Auch aus Rotterdam wurden im Zusammenhang mit Hausbesuchen für ältere Menschen über **Divergenzen zwischen Evaluationsergebnisse und Folgen für die Praxis** postuliert. Trotz mangelnder attestierter Wirksamkeit würden diese aktuell einige Jahre später in leicht veränderter Form erneut angeboten.

Fehlende Evaluation

Auch hinsichtlich der Evaluation der Strategien berichteten die Experten häufig von mangelnder Kenntnis oder bestehenden Kritikpunkten. Während die Kosten oder die Anzahl neuer Angebote evaluiert würden, seien aufgrund **zu weicher Indikatoren** meist

keine Aussagen zur Wirksamkeit möglich [*„I think, it is not enough for an evaluation. For an evaluation for profit maybe, more than effects“* (E8_PRA: 41)]. Auch der Pariser Experte bestätigte, dass aufgrund zu weicher Kriterien **überwiegend qualitative Aussagen** zum **Erfolg einer Maßnahme** vorlägen [*„(…) lot of aspects we just explain what we did and assessed how good it works, but it mostly remains on the qualitative sides”* (E12_PAR: 42)]. Dies wurde aus London bestätigt und zudem betont, dass beispielsweise das Ziel „Gesundes Altern“ nur **schwer messbar** sei.

> *„Ah. Now we are getting into a much more difficult territory, because (…) outcome indicators for healthy ageing are notoriety difficult to calculate, because you can either calculate biomedical methods and you are disappointed, or you can calculate engagement, whatever that means, and you are largely disappointed”* (E9_LON2: 115).

Der Experte wies weiter darauf hin, dass eine erhöhte Teilnahme an gesundheitsbezogenen Angeboten nicht automatisch in eine bessere Gesundheit resultiere. Vielmehr sei die **subjektive Gesundheitseinschätzung** relevant und es bedürfe einer **Überprüfung der tatsächlichen Wirksamkeit** der Angebote.

> *„(…) ‘Look, we have a better healthy ageing, because more people go to the healthy ageing course’; that is a complete rubbish. Or more people are engaged in another kind of rubbish. It is whether they themselves are feeling like healthier, whether the feel like their life is enhanced. That is what you want to find out, not what we think they are doing, because we have a bios of that we think, what we have is working (laughing)”* (E9_LON2: 117).

Oberkategorie: Praktische Umsetzung

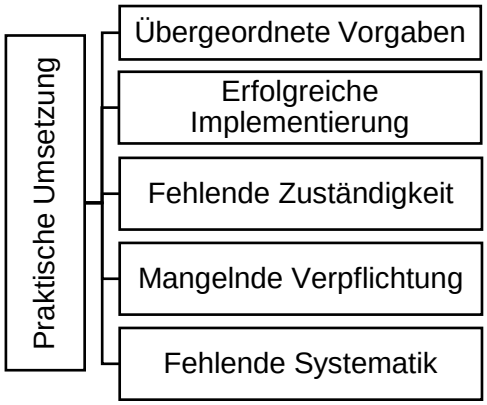


Abbildung 47: Oberkategorie "Praktische Umsetzung" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Übergeordnete Vorgaben

Auch die Hamburger Expertin betonte mehrfach, dass sie ihr **berufliches Handeln** in erster Linie an die **zuständigen Sozialgesetze** und weniger an den Grundsätzen der WHO

Gesundheitsdefinition **orientieren** müsse [*„The approach of recovery, treatment and so is bounded or connected to the Sozialgesetzbücher. It is a completely another world than the WHO“ (*E1_HAM: 11)]. Die Gebundenheit an Gesetze sei insbesondere auf ministerieller Ebene vorherrschend [*„(…) as long as I am with the health authorities, I can´t“* (E1_HAM: 21)]. Mit der Einführung des **Präventionsgesetzes** stünden ihr zufolge zwar **mehr finanzielle Ressourcen** zur Verfügung, aber die geplanten Maßnahmen würden aus Sicht der Expertin einen **Rückschritt** darstellen. Zudem seien die **formulierten Ziele konservativ und kleinschrittig**. Sie verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für viele nun neue Akteure ein **völlig neues Handlungs- und Arbeitsfeld** darstelle.

> *„(…) what we experience know, is a role back. 20 years of health education. (…) All these new actors have to learn a lot about health promotion, because they don't know a lot about it. 10 years of policy -- in 5 or 10 years they will know how to do it, but know it is a role back. So, the Pakt für Prävention and the Präventionsgesetz where thought in the right way, but in what they will do, it will be very small; small and very conservative. They will do things that we know, and "tun keinem weh". This is a very pessimistic view“* (E1_HAM: 131).

Insgesamt sei es eine **komplizierte Situation**, in der viele Akteure trotz ihrer langjährigen Erfahrung im Bereich der Gesundheitsförderung aufgrund der **finanziellen Abhängigkeit** gezwungen seien uninteressante und aus ihrer Sicht überholte Dinge zu tun.

> *„Ich glaube momentan ist wirklich eine sehr komplizierte Situation. Weil wir haben zum einen das Präventionsgesetz, das auf der einen Seite Geld ins System schaufelt, aber wir haben auf der anderen Seite eine rückläufige Policy-Struktur. Was da jetzt gemacht wird, wird geplant von Leuten, die Evidenzbasierung verlangen, aber wissen überhaupt nicht, was das ist. […] Aber da muss man mitspielen, weil da das Geld ist, und weil das gerade neu ist. Also muss man nicht nur was Langweiliges machen, sondern muss das andere auch noch weitermachen. Man muss plötzlich zweigleisig fahren. […] Und als drittes ist man dann noch an die Sozialgesetzbücher gebunden. Da sind die Freiheitsgrade echt sehr klein“* (E1_HAM: 137).

<u>Erfolgreiche Implementierung</u>

Auch Schwierigkeiten der praktischen Umsetzung formulierter Ziele oder neuer Ideen wurde häufig bemängelt [*„The implementation is difficult. […] That is what the problem is"* (E9_LON2: 141)]. Dies treffe der Hamburger Expertin zufolge insbesondere auf **innovative Ideen**, wie beispielsweise intergenerativer Angebote zu [*„But I don't know, why nobody does it. It is known. It lays on the table. The opportunity is there, but it is not done, and I don't know why“* (E1_HAM: 350-352)]. Auch der Pakt für Prävention sei entsprechend ihrer Aussagen durch ein primär **konservatives Handeln** geprägt [*„(…) but it is not filled with*

new ideas. If you see who is looking on the field of getting old healthy, you could take your Taschentuch and cry" (E1_HAM: 147)]. Sie kritisierte insbesondere die **fehlende ganzheitliche Sichtweise** und **mangelnde Innovationen** [*"I think what we need, is a holistic view on health, as you asked in your research. But it is not done"* (E1_HAM: 302)]. Der Amsterdamer Experte gab hingegen an, dass die **Entwicklung neuer Programme** im Gegensatz zur erfolgreichen Implementierung dieser und bereits bestehender Interventionen **unproblematisch** sei.

> *"And I think our main challenge is not so much to develop new programs or interventions, but especially to implement existing programs in a good way. That we want to reach more and with better results"* (E5_AMS: 91).

Auch ein **fehlender Praxisbezug gesundheitsbezogener Strategien** wurde mehrfach kritisiert [*„(…) this is a political document at the moment. So, it doesn't go much into the details"* (E6_KRA1: 57)]. Es würden zwar viele Strategien vorliegen, aber die formulierten Ziele nicht immer auch in der Praxis umgesetzt [*"The documents are easy to find. The problem is actually, how easy are they to implement"* (E9_LON2: 141)].

<u>Fehlende Zuständigkeit</u>

Auch das **Gefühl mangelnder Zuständigkeit** wurde als hinderlich berichtet. Die Hamburger Expertin führte in diesem Zusammenhang ein Beispiel zur Stärkung der Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit auf. Ärzte würden ihr zufolge zum einen präventive Maßnahmen fördern, dies aber **nicht selbst realisieren,** sondern die Verantwortung vor allem an die Psychologen abgeben [*„'Great, they should do it, because prevention is not our topic'"* (E1_HAM: 259)]. Ähnliches berichtete sie im Zusammenhang mit einer neuen Verordnung für Gesundheitscheck-ups. Auch hier sei es für sie als Mitarbeiterin im Gesundheitsministerium schwierig geeignete Ansprechpartner und Partner für die praktische Umsetzung zu finden.

> *„Wir möchten am liebsten irgendwie initiativ werden, wenn es um systematische Möglichkeiten geht, ne? Und da finden wir eben die Hausarztpraxis ist ein gutes Setting für alte Leute, weil sie da eben sowieso sind. Und es gibt auch Studien, die besagen, dass 63 % der Patienten in Hausarztpraxen über 60 sind. […] (…) aber wir müssen auch den Einstieg finden"* (E1_HAM: 235).

Sie hob ferner mehrfach hervor, dass die Implementierung neuer Ideen oder Instrumente in der Hausarztpraxis meistschwierig sei.

> *„(…) wir können uns jetzt gut vorstellen, dass wir eben jetzt ab 60 unseren Frailty-Check da miteinsetzen und integrieren. […] Und man könnte eben auch das Grüne*

> *Rezept, also das Bewegungsrezept, mit angeben. Das ist der Moment; dachten wir. Aber keiner will mit uns darüber sprechen"* (E1_HAM: 227-231).

Sie ergänzte weiter, dass viele Hausärzte sich häufig nur im Rahmen von Pilot- oder Modellprojekten für Innovationen, wie der Einführung des Bewegungsrezeptes, engagieren würden [*„(…) they will do it only for the time, the researcher are in the Praxis. So, by the time the researchers go away, they turn into their old habits"* (E1_HAM: 328)].

Mangelnde Verpflichtung

Auch eine mangelnde Verpflichtung sich für bestimmte Themen oder Zielgruppen einzusetzen, gelte als hinderlich für die praktische Umsetzung formulierter Ziele.

> *„(…) there is no mandatory thing that they have to organize something for the local elderly people. Some are doing that and some of them don't"* (E5_AMS: 127).

In Hamburg treffe dies beispielsweise auf das Angebot intergenerativer Aktivitäten zu, welches trotz der bekannten positiven Effekte aufgrund der Freiwilligkeit nur selten realisiert wird. Entsprechend groß sei die Abhängigkeit vom Engagement Einzelner [*„If you are engaged, you get the access"* (E1_HAM: 195)]. Die Expertin begründete dies damit, dass es nicht verpflichtend sei, sich für Belange älterer Menschen oder eine übergreifende Vernetzung einzusetzen und darüber hinaus unzureichend Anreize vorliegen.

> *"You don't have to go, and you don't get any qualifying points, or you don't get any money (…) es gibt kein Anreizsystem für solche quartiersbezogenen -- oder an sonst irgendwelchen intersektoralen Dingen teilzunehmen"* (E1_HAM: 199).

Auch innerhalb der Gesundheitsförderung herrsche ein unzureichender Verpflichtungscharakter vor und die Hamburger Expertin kritisierte die mangelnde Durchsetzungskraft und zu weich formulierte Ziele dieses Arbeitsfeldes im Gegensatz zur Versorgungsforschung:

> *„(…) zum Beispiel Gesundheitsziele war zu weich. Jetzt gibt es ja zum Beispiel eine Versorgungsforschungskonferenz. So das ist aber echt ein ganz anderer Turf. Gesundheitsförderer sind eher so am Spielen. Gesundheitsförderer sind eher so die Ringelpitz-mit-Anfasser, und alles was richtig zählt ist Versorgung"* (E1_HAM: 167).

Der Pariser Experte merkte an, dass auch die unzureichende Lobbyarbeit der Älteren und der daraus resultierende geringe politische Druck dazu beitragen würden [*„The senior citizens are not really organized in pressure groups which are going to fight for them"* (E12_PAR: 211)]. Dies wurde aus Nord-Trøndelag bestätigt.

Fehlende Systematik

Neben einer mangelnden Verpflichtung wurde auch eine fehlende Systematik trotz existierender Strukturen, wie runder Tische oder Netzwerktreffen, mehrfach als hinderlicher Faktor aufgeführt [*„(...) there are structures that could be used, but they are not used systematically“* (E1_HAM: 191)]. Darüber hinaus wurde das Fehlen einer Strategie zur psychologischen Unterstützung älterer Menschen kritisiert [*„(…) we don't have any psychological plan for older people actually“* (E1_HAM: 259)]. Auch der Mangel an guten Versorgungsketten wurde hervorgehoben [*„(…) not a good pathway“* (E1_HAM: 181)]. Der Amsterdamer Experte hob zudem den Bedarf guter Angebote hervor, an die beispielsweise der Hausarzt verweisen kann [*„So, you have to make sure that there any interventions available, where we can refer people to”* (E5_AMS: 95)]. Auch eine unstrukturierte Angebotsdarstellung und -vermittlung verhindere eine gute praktische Umsetzung.

> *“But all the others mentioned on your two pagers, we have that in Amsterdam as well, but as I said, most of them are not very well implemented or not on a very good structural basis”* (E5_AMS: 105).

Zudem wurde auf die Problematik verwiesen, dass es häufig an einer systematischen Verbreitung von Beispielen guter Praxis mangele. Im Rahmen des Interviews mit der Expertin aus Eindhoven wurde beispielsweise deutlich, dass es keine systematische Zusammenarbeit zwischen den Städten in den Niederlanden gebe und jede Stadt entsprechend eigene Angebote entwickle [*„You might find the program here in Eindhoven, but not in Amsterdam or where ever. I am not sure, but it is very individually based”* (E13_EIN: 174)]. Selbst innerhalb einer Stadt, wie in Hamburg, würden erfolgreiche Projekte nicht systematisch in die Fläche getragen, wie an dem nachstehenden Beispiel deutlich wird.

> *„She is a real talent. She is a Leuchtturm. […] And after ten years the Mehrgenerationenhaus won many prices for music instruments, they have a very good instrumentation. And they won a Gesundheitspreis, a music price, einen für soziale Intergration, eine Bundesausschreibung. Also, alle möglichen Preise. But to be exceptional good doesn't mean you give the idea into the system”* (E1_HAM: 292-294).

Oberkategorie: Sektorale Trennung

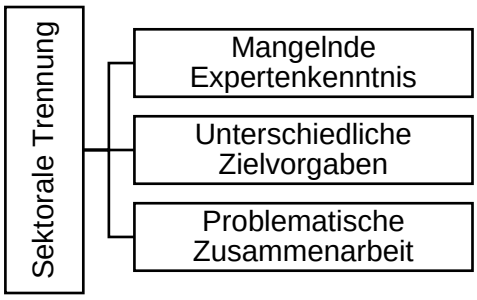


Abbildung 48: Oberkategorie "Sektorale Trennung" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Mangelnde Expertenkenntnis

Überwiegend wurde eine mangelnde Kenntnis über bestehende Angebote als hinderlicher Faktor für eine gute intersektorale Zusammenarbeit genannt [*„It doesn't mean that they don't have them, it might be that I don't know them"* (E13_EIN: 66)]. So berichteten zahlreiche Experten, dass sich die Kenntnis zu gesundheitsbezogenen Strategien und Angeboten meist auf das eigene Arbeitsfeld beziehungsweise die jeweilige Zielgruppe beschränkt.

> *"So, people concerned about mental health, they are doing something for mental ill people. […] Everybody working with that target group, knows that program. But as I am not working with that target group, I don't know that program"* (E1_HAM: 51).

Die Hamburger Expertin ergänzte, dass sich ihre ministerielle Expertise zudem auf Handlungsbedarfe und weniger auf existierende Angebote konzentriere [*"For me it is actually a problem, because I know a lot that should be done, but not what is done"* (E1_HAM: 69)]. Dies bestätigten die Experten aus Krakau, Prag und London mit dem Unterschied, dass ihre Kenntnis insbesondere nationale Belange fokussiert.

Unterschiedliche Zielvorgaben

Aus Rotterdam wurde betont, dass unterschiedliche Zielvorgaben eine intersektorale Zusammenarbeit erschweren können und eine Herausforderung darstelle.

> *„(…) I think it is part of our work that we see that, but it is not always that easy, because it is clear that all the departments have their own goals and targets, and (…) it is a challenge to connect those goals and targets in a way that we enforce each other. Well, that is not always easy. That is really true"* (E4_ROT: 73).

Neben unterschiedlichen Zielvorgaben und Zuständigkeiten kann auch eine fragmentierte Finanzierung eine Hürde darstellen und eine gute Zusammenarbeit über Sektoren hinweg und eine nachhaltige Implementierung erschweren, wie aus Amsterdam betont wird:

> *"Yes, it is very fragmented and also the way it is financed is quite difficult. Partly it is financed by the city, partly it's financed by the city district and by the healthcare insurance companies, and that makes it all very difficult to organize a robust program if it comes to mental health, and that's what we really would like to change"* (E5_AMS: 93).

<u>Problematische Zusammenarbeit</u>

Darüber hinaus wurde ein möglicher Konkurrenzdruck oder Ignoranz von der Hamburger Expertin als häufige Hürde aufgeführt [*„I think it is terrible, but it is much better, than in other groups. […] Perhaps it is competition, perhaps it is ignorance […] So, it is the same everywhere and it is a big problem"* (E1_HAM: 489-493)]. Teilweise würden ihr zufolge bewusst erfolgreiche Ansätze anderer Sektoren oder Ministerien verschwiegen ["*(…) You can´t talk about it, as a health sector. You should, but you can't*" (E1_HAM: 135)]. Sie illustrierte dies anhand des Beispiels, dass auf einem Kongress des Gesundheitsministeriums beispielsweise keine Anstrengungen und Erfolge der Stadtplanungsbehörde kommuniziert würden.

> *„By the city, but another political sector. So, if we, as the health sector, do a congress about mobility, we won't promote the programs of other politics. (…) nobody talked about it, unglaublich (upset)"* (E1_HAM: 113).

Während teilweise bereits das Zustandekommen intersektoraler Zusammenarbeit eine Hürde darstelle, könne auch die Umsetzung dieser aufgrund kleinteiliger Diskussionen Schwierigkeiten bergen [*„Everybody is fighting for the little thing, or talks about what he is doing"* (E1_HAM: 123)]. Auch sei eine mangelnde Moderation hinderlich für eine gute Zusammenarbeit. Sie begründete dies auf der Vielzahl beteiligter Akteure im Allgemeinen [*„(…) because it is so pluralistic, and there are so many groups"* (E1_HAM: 259)]. Ferner hob sie die Schwierigkeiten zwischen dem privaten und öffentlichen hervor, wie sie beispielsweise in der Kooperation der Behörde mit den Hausärzten bestünden [*„(ironic) Oh, because the state doesn't have anything to say to general practitioners. No, no, no; they are private"* (E1_HAM: 225)]. Laut Aussagen des Londoner Experten, sei eine disziplinenübergreifende Zusammenarbeit immer schwierig [*„Oh, oh, we have the same problems as everybody else has, in terms of difficulties; difficulties in bringing different organizations together"* (E9_LON2: 189)]. Die Expertin aus Hamburg begründete dies auf der Vielzahl beteiligter Akteure im Allgemeinen [*„(…) because it is so pluralistic, and there are so many groups"* (E1_HAM: 259)]. Ferner hob sie die Schwierigkeiten zwischen dem privaten und öffentlichen hervor, wie sie beispielsweise in der Kooperation der Behörde mit

Hausärzten existieren würden [*„(ironic) Oh, because the state doesn't have anything to say to general practitioners. No, no, no; they are private"* (E1_HAM: 225)].

Oberkategorie: Unzureichende Mittel

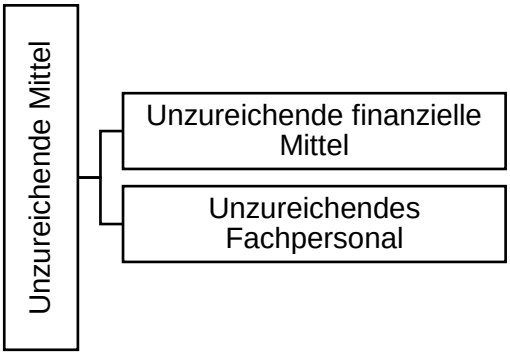


Abbildung 49: Oberkategorie "Unzureichende Mittel" und die dazugehörigen Unterkategorien.

<u>Unzureichende finanzielle Mittel</u>

Unzureichende finanzielle Mittel und die Abhängigkeit der Angebotsstruktur davon wurde von zahlreichen Interviewpartnern genannt [*„(…) it depends, how much we are supported financially"* (E8_PRA: 183)]. Für eine erfolgreiche Implementierung gesundheitsfördernder Angebote seien auch in Amsterdam weitere Mittel unerlässlich [*„(…) I think we need to really implement all the programs the right way and to reach out to more people, we need more resources"* (E5_AMS: 143)]. In Krakau werde der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategie beispielsweise zum ersten Mal finanziell unterstützt [*"The funding is small, but something can be done"* (E6_KRA1: 52)]. Insgesamt sei die Umsetzung kleiner innovativer Projekte schwierig [*„(…) there is also the tendency to invest more in the big apples"* (E4_ROT: 105)]. Sogar politisch gewollte Projekte wie „Mach mit, bleib fit", einem Hamburger Projekt zur Bewegungsförderung im Alter in stationären Pflegeeinrichtungen und gleichzeitiger Öffnung dieser ins Quartier, seien meist nicht langfristig finanziert [*„(…) because this is what the politics wants, but it is not financed in a professional way"* (E1_HAM: 57)]. Während eine entsprechende Regelfinanzierung auf Basis des neuen Präventionsgesetzes für zukünftige Angebote gefordert werde, sollte dies auch für etablierte Angebote gelten.

> *"(…) this is exactly where the Pact for Prevention and the Prevention Law try to organize it in a better way, and they look for new programs, for example, for old people. Our impact was to say, 'We don't need new projects, but we need constant financing for well-organized evidence-based projects.'. So, for example, "Mach mit, bleib fit" should not have to look for money each year. It should be regelfinanziert. But we were not accepted"* (E1_HAM: 301-302).

Unzureichendes Fachpersonal

Auch fehlendes Personal im Bereich der Gesundheitsförderung stelle nach Aussagen der Prager Expertin eine Problematik für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen dar [*"It is not easy, because the problem is, to find lecturer that are exercising for free. So, we can manage it in four, no, but more than in two parks in Prague"* (E8_PRA: 109)]. Insgesamt seien in ganz Tschechien nur etwa 40 ministerielle Fachkräfte im Bereich der Gesundheitsförderung tätig.

> *"(…) there are 40 workers in all Czech Republic who work in health promotion officially, like under the head of the Ministry of Health. […] 40, in all Czech Republic. […] (…) so, we really need to find some local, like local NGO´s, and make some networking and so. So, it is really 40 people (laughing). So, you can see how much health promotion is important (laughing)"* (E8_PRA: 175-181).

6.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Politischer Stellenwert. Es wurde überwiegend von einem unzureichenden politischen Interesse an der Zielgruppe älterer Menschen berichtet. Dies würde sich in Helsinki beispielsweise lediglich vor den Wahlen ändern. Der Londoner Experte begründete dies mit den hohen Kosten der Versorgung und Unterstützung hilfebedürftiger älterer Menschen. Neben einer Erhöhung der gesunden Lebensjahre über die Verlängerung der Lebenserwartung hinaus sollten ihm zufolge Ressourcen und Kompetenzen der Zielgruppe stärker hervorgehoben werden. In Prag spiele die Thematik im Allgemeinen und im Besonderen die Förderung der sozialen Teilhabe im Alter eine untergeordnete politische Rolle. Ausgenommen von vereinzelten intergenerativen Angeboten lägen kaum Angebote für ältere Menschen vor. Trotz ihrer zahlreichen Bemühungen, ein ganzheitliches und positiveres Gesundheitsverständnis zu vermitteln, werde dies nur unzureichend akzeptiert und angenommen. Dahingegen berichtete die Hamburger Expertin zwar von zahlreichen Aktivitäten, aber kritisierte insbesondere das Fehlen einer umfassenden Strategie auf Stadtebene. Als hinderlich wurde ebenfalls mehrfach der Fokus der Gesundheitsförderung auf Familien, jüngere Menschen und Arbeitnehmer pointiert, während die ältere Bevölkerung vor allem mit dem Thema Demenz assoziiert werde.

Pathogenes Verständnis. Eine bedeutsame Hürde hinsichtlich der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen sei laut der Prager Expertin insbesondere das Vorherrschen einer veralteten biomedizinischen Sicht auf Gesundheit, die in einer mangelnden Akzeptanz von Gesundheitsförderung resultiere. Auch eine unzureichende Kenntnis verhindere ein ganzheitliches Handeln nach u.a. der WHO Gesundheitsdefinition. Die Expertin aus Hamburg verwies auf die schwierige Umsetzung zugrunde liegender Gesundheitskonzepte in der Praxis. Auch der Turiner Experte betonte die Schwierigkeit, gesund-

heitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu integrieren und den Bedarf, sekundärpräventive Maßnahmen zur Vermeidung langfristiger medikamentöser Behandlung zu stärken.

Wissenschaftliche Kenntnis. Auch basiere Entwicklung gesundheitsbezogener Strategien oder Interventionen in der Regel nicht oder nur unzureichend auf zugrundeliegenden wissenschaftlichen Konzepten. Entsprechend würden in Prag beispielsweise das Modell der Determinanten der Gesundheit sowie die WHO Gesundheitsdefinition in der praktischen Umsetzung kaum berücksichtigt. Letzteres bestätigten auch die Expertinnen aus Helsinki und begründeten dies mit der Abstraktheit der WHO Definition und auch aus Amsterdam wurde in diesem Zusammenhang der Bedarf regionaler Zielformulierungen betont. Dennoch galt die WHO Definition lange Zeit als etabliertes Konzept, aber wird aktuell bereits von einem neuen innovativen Gesundheitskonzept der Niederländerin Machtheld Hubert (Positive Health Konzept) abgelöst. Vereinzelt wurde die Umsetzung innovativer Ideen im Allgemeinen als schwierig benannt, wie die Hamburger Expertin insbesondere im Zusammenhang mit Umsetzung intergenerativen Angeboten pointierte. Zudem kritisierte ein überwiegend konservatives Vorgehen im Rahmen des Pakts für Prävention sowie mangelnde innovative Ansätze.

Zudem wurden unzureichende bevölkerungsbezogene Daten sowie nur schwer zugängliche wissenschaftliche Expertise als Hürde für eine zielgruppenspezifische Arbeit genannt. Darüber hinaus seien laut der Hamburger Expertin viele Akteure gar nicht an Evidenzbasierung interessiert und auch das Wissen der Praktiker über ältere Menschen sei im Gegensatz zur Wissenschaft meist unzureichend. Zudem läge eine Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher Expertise und den praktischen Erfahrungen zu den Hausbesuchen für ältere Menschen vor. So würden in Rotterdam Hausbesuche trotz schlechter Evaluationsergebnisse in adaptierter Form aktuell erneut angeboten. Evaluationen seien meist aufgrund zu weich formulierter Indikatoren oder schwer messbarer Ziele, wie dem gesunden Altern, schwierig und primär qualitative Einschätzungen oder häufigkeitsbezogene Aussagen möglich. Diese Informationen würden jedoch keine Aussagen zur Wirksamkeit liefern. Deutlich relevanter seien laut dem Londoner Experten Aussagen zur Verbesserung der selbsteingeschätzten Gesundheit.

Praktische Umsetzung. Die Hamburger Expertin gab an, dass ihr berufliches Handeln primär an die zugrundeliegenden Sozialgesetze gebunden sei. Sie habe kaum fachliche Freiheitsgrade und insbesondere die Umsetzung wissenschaftlicher Expertise sei dadurch eingeschränkt. Darüber hinaus betonte sie, dass das neue Präventionsgesetz zwar für eine bessere Finanzierung sorge, aber gleichermaßen einen fachlichen Rückschritt bedeute, da sich Experten der Gesundheitsförderung mit jahrelanger Erfahrung plötzlich an konser-

vativen Zielen orientieren müssten. Entsprechend läge derzeit eine komplizierte Situation für die im Bereich der Gesundheitsförderung etablierten Akteure vor.

Während die Entwicklung neuer Ideen und Programme unproblematisch sei, wurde mehrfach die Schwierigkeit der erfolgreichen Umsetzung in die Praxis hervorgehoben. Häufig liege eine Diskrepanz zwischen gesundheitsbezogenen Strategien und tatsächlich implementierten Angeboten vor. Als möglicher Grund wurde häufig auf das Problem der fehlenden Zuständigkeit verwiesen, die meist in einer Weitergabe der Verantwortung münde. In Hamburg sähen sich Ärzte beispielsweise nicht in der Verantwortung, präventive Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit zu stärken, obwohl diese als relevant erachtet werden. Darüber hinaus berichtete die Expertin, dass sie beim Versuch, den sogenannten Frailty-Check in das Gesundheitscheck-ups zu integrieren, trotz der Aktualität stetig weiter verwiesen wurde. Das Engagement der Hausärzteschaft für Innovationen sei zudem meist auf Modellprojekte begrenzt. Zudem wurde die mangelnde Verpflichtung in Hinblick auf das Engagement für ältere Menschen kritisiert. Auch die meist vorherrschende Freiwilligkeit in Bezug auf die Umsetzung formulierter Ziele führe dazu, dass sich nur Einzelne engagieren würden und das Angebot von deren Einsatz abhängig sei. Ferner wurde angemerkt, dass nicht genügend Anreize vorlägen. In diesem Zusammenhang kritisierte die Hamburger Expertin die im Allgemeinen fehlende Durchsetzungskraft der Gesundheitsförderung im Vergleich zur Versorgungsforschung. Darüber hinaus wurde die mangelnde Systematik kritisiert. Neben einer unstrukturierten Teilnahme an runden Tischen oder Netzwerken zähle auch eine schlechte Angebotsdarstellung und -vermittlung dazu. Ferner fehle es in Hamburg beispielsweise an einem Plan zur psychologischen Unterstützung sowie gelingender Versorgungsketten. In diesem Zusammenhang brauche es zugleich ausreichend gute Angebote, zu denen hin verwiesen werden könne, wie aus Amsterdam betont wurde. Auch bestehende Strukturen, wie Screenings seien entsprechend der Aussagen der Hamburger Expertin nicht gut organisiert. Dies treffe ebenso auf eine strukturierte Verbreitung von Beispielen guter Praxis zu, denn bislang würden sogenannte Leuchttürme nicht flächendeckend verbreitet.

Sektorale Trennung. Zudem wurde die intersektorale Zusammenarbeit mehrheitlich als schwierig beschrieben. Dies sei insbesondere auf eine mangelnde Kenntnis der Akteure zu existierenden Angeboten zurückzuführen. Zudem beschränke sich die Expertise in der Regel auf das eigene Handlungsfeld oder die eigene Zielgruppe. Zugleich gaben insbesondere die Experten aus London und Krakau an, dass sich ihre Kenntnis primär auf nationale und weniger städtische Zusammenhänge begrenzen würde. Weitere bedeutsame Hürden in Hinblick auf eine intersektorale Zusammenarbeit seien divergente Zielvorgaben und eine fragmentierte Finanzierung. Dies würde zum einen die praktische Umsetzung

sowie eine nachhaltige Implementierung erschweren. Auch Konkurrenzgedanken würden eine Rolle spielen. Dies trage beispielsweise dazu bei, dass auf einem Kongress der Hamburger Gesundheitsbehörde Errungenschaften oder Pläne der Stadtplanungsbehörde nicht berichtet würden. Auch das Fehlen einer guten Moderation sei schwierig, denn kleinteilige Diskussionsbeiträge seien insbesondere im Falle einer Beteiligung zahlreicher interdisziplinärer Akteure hinderlich.

Unzureichende Mittel. Insbesondere die Expertin aus Prag hob den Personalmangel im Bereich der Gesundheitsförderung hervor. Mehrheitlich wurde jedoch auf unzureichende Gelder hingewiesen und betont, wie bedeutsam diese für eine gute Umsetzung seien. Während in Krakau beispielsweise das erste Mal finanzielle Ressourcen für die Umsetzung der Ziele der aktuellen Gesundheitsstrategie zur Verfügung stünden, ziele das bundesweite Präventionsgesetz laut Aussagen der Hamburger Expertin auf eine langfristige Finanzierung neuer präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen. Ihr zufolge solle dies hingegen auch für bereits etablierte Projekte (u.a. Mach mit, bleib fit) gelten.

6.2 Teil 4b: Förderliche Faktoren

Ferner wurden förderliche Faktoren, die zu einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung beitragen, ermittelt. Nach der vorherigen Darlegung hinderlicher Aspekte sind die genannten Aspekte im weiteren Verlauf dargestellt. Insgesamt wurden sechs Oberkategorien, die den hinderlichen Faktoren gleichen, und zudem zwei Kategorien zur partizipativen Beteiligung gebildet.

6.2.1 Fragestellung

Auswertungsfrage 4: Welche förderlichen Faktoren liegen hinsichtlich einer gelingenden Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung vor?	
Selektionskriterium Aussagen zu hinderlichen Faktoren in Bezug gelingende Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung, die gesundheitsbezogene Strategien und Interventionen meint. Konkret beschreibbare Hürden, aber keine detaillierten Beispiele.	**Abstraktionsniveau** Aussagen zu hinderlichen Faktoren in Bezug gelingende Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung, die gesundheitsbezogene Strategien und Interventionen meint. Konkret beschreibbare Hürden, aber keine detaillierten Beispiele.

6.2.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Auch an dieser Stelle stellt der **politische Stellenwert** eine gebildete Oberkategorie, wenngleich er nachfolgend mit förderlichen Aspekten assoziiert wird. Darüber hinaus wurden ein **ganzheitliches Gesundheitsverständnis** und eine erfolgte **Theorie- und Evidenzbasierung** als förderliche Faktoren einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung extrahiert und auch Aspekte, die eine **praktische Umsetzung** unterstützen, induktiv als Oberkategorie zusammengefasst. Fernen sind die Vorteile einer gelingenden **intersektoralen Zusammenarbeit** sowie verfügbarer **finanzieller Ressourcen** dargelegt. Aufgrund der zahlreichen Nennungen stellen die **Partizipation der Zielgruppe** sowie die **Partizipation der Akteure** jeweils eine Oberkategorie dar, die allesamt nachstehend unter ein Einbezug der jeweiligen Unterkategorien weiter beschrieben werden.

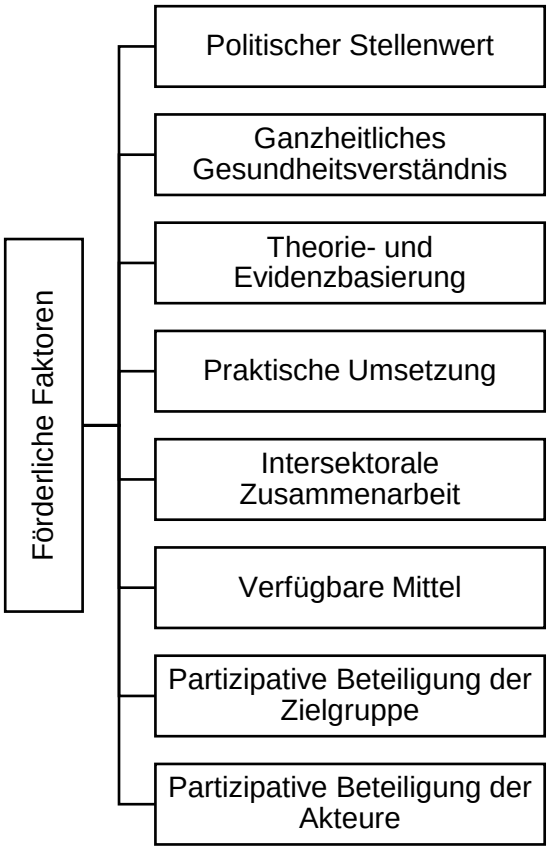


Abbildung 50: Acht Oberkategorien "Förderliche Faktoren".

Oberkategorie: Politischer Stellenwert

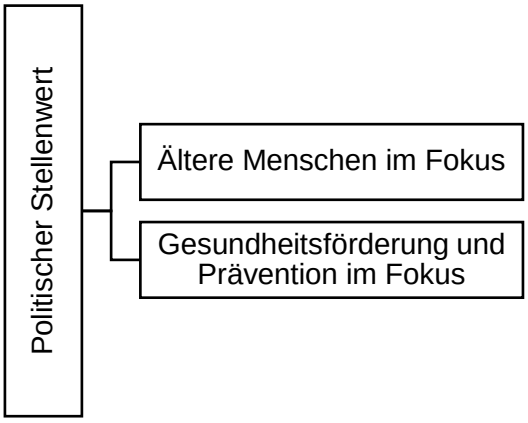


Abbildung 51: Oberkategorie "Politischer Stellenwert" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Ältere Menschen im Fokus

Neben der politischen Relevanz präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen sei ein **hohes politisches Interesse an der älteren Bevölkerung** für die kommunale Gesundheitsförderung im Alter förderlich [*„(…) everybody, every politician is very interested in old people´s rights and services and so on"* (E2a_HEL: 31)]. Laut Aussagen des Pariser Experten resultiere das Interesse an Älteren insbesondere aus deren **Wahlbeteiligung** sowie dem derzeitigen **gesellschaftlichen Druck** aufgrund des demografischen Wandels.

> *„(…) senior citizens are a priority for politicians, because they vote a lot. […] At the same time the demographic pressure, the societal pressure, is just so high, it is hard to ignore for politicians. On our side it is not too much of a concern to have these subjects on the agenda, they just come on the political and administrative agenda very well. So, we don't have to fight too much for that, I would say (laughing)"* (E12_PAR: 211).

Prävention und Gesundheitsförderung im Fokus

Insgesamt berichteten die Experten von einem **Anstieg des Stellenwerts präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen** für ältere Menschen. Dies treffe in Amsterdam nach Angaben des Experten auch für die psychische Gesundheit im Alter zu. Entsprechende Bemühungen begründete er insbesondere mit den hohen Kosten, die im Zusammenhang mit der Behandlung, Unterstützung und Versorgung psychisch kranker Menschen stünden und dem nationalen Ziel, ältere Menschen darin zu unterstützen, so lange wie möglich selbstständig zuhause leben zu können.

> *„It comes higher and it already came higher on the political agenda. And that is for two reasons actually that the politicians realize the burden of diseases related to mental health problems, especially depression, loneliness and anxiety, and the fact that we would like to support people to live independently as long as possible, and then we should invest more in like prevention and especially mental health prevention"* (E5_AMS: 145).

Auch in Paris würden präventive und gesundheitsfördernde Aspekte einen **zentralen Platz** im nationalen Altersgesetz einnehmen. Weiter wurde aus London ergänzt, dass die derzeitige politische Relevanz vor allen Dingen aus dem **Interesse des aktuellen Bürgermeisters** an umweltbezogenen Einflüssen auf das Altern resultiere [*„And we also have a mayor in London who also has been interested in topics to do with ageing and environment* (E7_LON1: 21)].

Oberkategorie: Ganzheitliches Gesundheitsverständnis

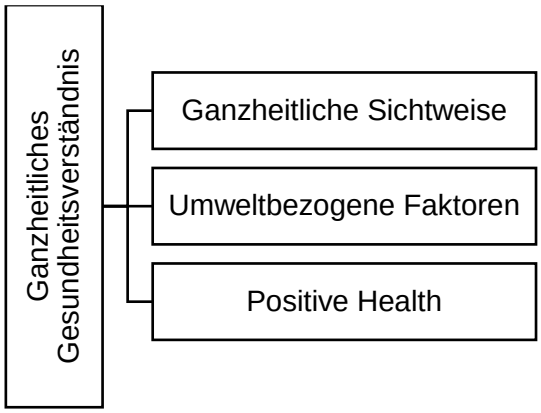


Abbildung 52: Oberkategorie "Ganzheitliches Gesundheitsverständnis" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Ganzheitliche Sichtweise

Wenngleich eine ganzheitliche Betrachtung gesundheitsbezogener Aspekte noch nicht überall vorherrsche, nehme die Bedeutung laut Aussagen des Londoner Experten im Allgemeinen zu [*"(…) that is something which is very understood, I mean the connection"* (E9_LON2: 187)]. Entsprechend sei in Amsterdam die Umsetzung des „WHO Age Friendly Cities" Plans auch bei unterschiedlichen ministeriellen Zuständigkeiten möglich.

> *„(…) actually the program for age friendly cities is situated within my department, indeed. But I think it could have been also located somewhere else, like the department of public health, the department of care, the department of physical environment (…)"* (E5_AMS: 47).

Zudem wies der Experte darauf hin, dass die Darlegung des Modells der Determinanten der Gesundheit im städtischen Gesundheitsplan zur Erkennung und Wahrnehmung des gesundheitsbezogenen Einflusses innerhalb zahlreicher ministerieller Abteilungen beigetragen habe.

> *"(…) that theoretical model we used also for the public health policy plan etc.. […] (…) it really helped us, to get the integrated approach, and (…) that also colleagues of other departments realized, 'Oh, yes, we are in one of the parts of the rainbow and in each we can do something about it.' So that is really in cooperated"* (E5_AMS: 155).

Das Modell spiele auch in der Arbeit der Londoner Expertin eine zentrale Rolle und sie betonte insbesondere die Abhängigkeit der einzelnen Faktoren [*„You cannot really do one without the other. […] (…) it is dependent"* (E7_LON1: 166-168)]. Auch in Paris und Rotterdam stünde der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit umfassenden Zielen und weiteren Strategien der Stadt [*„(…) to get a better health for the Rotterdam people, but we do that in the context of the larger targets of the city itself"*

(E4_ROT: 221)]. Dies treffe laut der Expertin auch auf die Region Nord-Trøndelag zu und ziele darauf ab, ausschließlich gesundheitsbezogene Denkweise zu verhindern.

> *„(…) when you make a separate plan for public health, it goes into this health thinking and then it goes into what there is already, what is a new problem. But when you put it into the general planning, what is supportive for good health, you are even earlier in the process"* (E11_NTR: 213).

Umweltbezogene Faktoren

Die Hamburger Expertin unterstrich in dem Interview, dass die WHO neben der individuellen Verantwortung des Einzelnen die Bedeutung umweltbezogener Aspekte in ihrer Gesundheitsdefinition hervor hebe.

> *"(…) you have a kind of responsibility for yourself and for your body, and there is a lot that you should or that you can do in your own responsibility. But taking the WHO definition of health, it is not only personally what can be done, it is also what the environment does, and what the society does"* (E1_HAM: 71).

Ihr zufolge sei außerdem bekannt, dass verhältnisbezogene Maßnahmen langfristig erfolgreicher seien [*„(…) we know that structural programs are better and much more successful"* (E1_HAM: 71)]. Entsprechend der steigenden Bedeutung umweltbezogener Aspekte nehme die Amsterdamer Stadtplanung verstärkt ihren Gesundheitsauftrag war [*„(…) the physical planning department also saw that what they are doing is also related to the health of people"* (E5_AMS: 51)]. In Nord-Trøndelag werde dies mittels der Integration gesundheitsbezogener Aspekte in der übergeordneten kommunalen Strategie realisiert.

> *„(…) we have decided to make this into our general planning, because a lot of this health promotion and prevention of diseases, it happens in the technical plan. Like where the cars go, where you put the light that, so it is easy to go. This infrastructure is so important for the general health, so we choose to put it into the general planning"* (E11_NTR: 211).

Auch der Londoner Experte bestätigte einen Zuwachs der Bedeutung umweltbezogener Faktoren, wie der Wohn- und Arbeitsumgebung sowie dem sozialen Netzwerk einer Person und sprach in diesem Zusammenhang von einem Bewusstseinswandel.

> *„(…) there is a change. (…) we are now understanding, that is not only about having services for the well-being for people. (…) if they don't have a place to live, if they don't have a job, if they don't have somebody who cares for them, if they don't have a meaningful place in the community, they will probably not get any better. Because the biomedical component is only 25 % what makes up wellness. You have to manage everything"* (E9_LON2: 67).

Positive Health

Insbesondere der Experte aus Rotterdam berichtete von dem neue Gesundheitskonzept „Positive Health“, welches vor allem in den Niederlanden aktuell an Bedeutung gewinne. Im Gegensatz zur Beschreibung des aktuellen Zustands des Wohlbefindens, stünden vielmehr die Anpassungsressourcen über den Lebenslauf hinweg im Vordergrund.

> *“It is the definition of the Positive Health, as we call it. […] from “Hubert”, because that is regarded as an answer to the WHO definition and it is quite different. It is not about the state of well-being, it is more like coping with differences in your lifetime and challenges, how to deal with that”* (E4_ROT: 209).

Das Konzept umfasse dem Experten zufolge sechs Dimensionen und auf einen entsprechend integrierten Ansatz von Gesundheitsförderung ziele auch der Rotterdamer Gesundheitsplan ab [*„(…) there are six dimensions, also social, also lifestyle, also the spiritual, and cultural aspect. So, that is the mission of this Vital City Plan, to be more integrated, to use a more integrated approach of health promotion”* (E4_ROT: 211)]. Auch die in dem Plan verankerten Präventionskurse für Ältere würden bereits auf diesem innovativen Gesundheitskonzept basieren.

> *“(…) they are targeted on how to cope with and how to get more control of your own life, with your own skills. It is not about how or what you can do really. So, in that way it is already part of the new definition of a positive approach”* (E4_ROT: 211).

Auch der Londoner Experte betonte seine Begeisterung für diesen neuen Ansatz und begründet dies insbesondere damit, dass die Person als Individuum im Zentrum stehe [*„(…) the positive health, is a real person-centered approach (…)”* (E9_LON2: 217)]. Zudem hob er die Bedeutung einer positiven Sichtweise auf das Wohlbefinden, die über bio-medizinische Prozesse hinaus gehe, hervor.

> „*We believe more in the positive mental health, because I think, we need to go beyond the biomedical description (…) to a definition of well-being, which includes the non-biomedical”* (E9_LON2: 99).

Wenn auch eine Anwendung des Positive Health Konzeptes in den Städten Prag und London bislang nicht erfolge, wurden die Vorteile dieses Ansatzes verdeutlicht [*„I know it, and I like it very much, and I would like to make something with this positive health; like people are healthy, not people are ill”* (E8_PRA: 167-169)]. Entsprechend hob der Londoner Experte hervor, dass er eine **langfristige Verankerung** dessen in Großbritannien anstrebe [*„(…) this is early days. So, there is no positive known policy around it. […] But we will. I manage to get that accepted”* (E9_LON2: 213-215)].

Oberkategorie: Theorie- und Evidenzbasierung

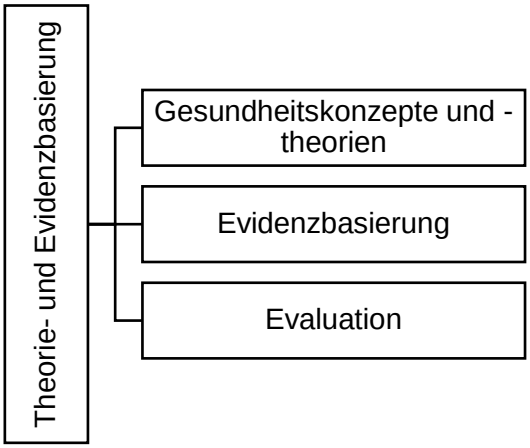


Abbildung 53: Oberkategorie "Theorie- und Evidenzbasierung" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Gesundheitskonzepte und -theorien

Neben der Berücksichtigung der **Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsdefinition** und des aktuellen **Positive Health Konzept** basiere die gesundheitsbezogene Arbeit niederländischen Experten zufolge insbesondere auf dem Modell der **Determinanten der Gesundheit** [*„(…) we use that model in our everyday work. […] because actually that theoretical model we used also for the public health policy plan etc.. […] (…) it really helped us, to get the integrated approach"* (E5_AMS: 152-155)]. Die Etablierung des Konzepts werde weiter angestrebt, brauche jedoch noch Zeit [*„So, we are self-working and still trying to see, how to implement this new definition into real life of work. So, that is difficult* (E4_ROT: 211)]. Die Experten aus Krakau und London berichteten indes von einer hohen Bekanntheit der WHO Gesundheitsdefinition [*„I think that is a generally widely accepted one. So, it is pretty familiar to a lot in the UK"* (E7_LON1: 154)].

Evidenzbasierung

In Krakau gebe es seit etwa zehn Jahren eine städtische **Gesundheitsberichterstattung** gäbe, die **Informationen zu älteren Menschen** und auch zur **psychischen Gesundheit** der Bevölkerung enthalte. Auch in Amsterdam finde ein kontinuierliches **Gesundheits-monitoring** statt. Auf Basis dessen würden **Zielgruppen definiert** und **Ziele** für gesundheitsbezogene Strategien **formuliert**.

> *„So, we continuously monitor the health situation of the population and based on the prevalence's we see. We also set our goals and not only for the total, that is also a bit on the topic. What we see, especially in the urban environment, is that you really have to distinguish between different sub groups in the population"* (E5_AMS: 31).

Alle Interviewpartner bestätigten eine Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten, wenngleich die Form und Intensität divergiert. Insbesondere in den niederländischen

Städten finde eine enge Kooperation statt. In Rotterdam stelle die Stadt beispielsweise das **Forschungssetting** und könne die Kenntnisse entsprechend nutzen.

> *"(…) the idea is to do investigations on the topics and subjects that are interesting (…) for the cities health. And (…) we can help them with their investigations, and developments by providing settings for research"* (E4_ROT: 75-78)

Die Stadt Rotterdam kooperiere zudem in Bezug auf die Gesundheit der Stadtbevölkerung mit einem speziellen Forschungsinstitut und auch die Amsterdamer Regierung sei dem Experten zufolge daran interessiert, möglichst **evidenzbasierte Programme zu implementieren** und deren Qualität zu verbessern.

> *„And the preference of the city council is to implement policies which are at least not really provenly effective, but at least looking to be effective, and they say, 'Okay, it is also some kind of a living lab.' We also invite research institutions to further develop the quality of policy and interventions"* (E5_AMS: 69).

Auch der Londoner Experte bestätigte den **Praxistransfer aktueller Forschungsergebnisse** [*„(…) researchers in the UK, they are very keen that their research has an impact"* (E7_LON1: 152)]. Auch die Expertin aus Hamburg hob die **enge Zusammenarbeit positiv** hervor, aber kritisierte zugleich die **mangelnden Freiheitsgrade** die Kenntnisse in der Praxis umzusetzen.

> *„I think we work quite well together with research institution. We give money to them concerning research questions, but we have a problem; we don't have enough degrees of freedom to accept the results of research (laughing)"* (E1_HAM: 421).

In Helsinki werde die wissenschaftliche Begleitung hingegen primär im Rahmen von Abschluss- oder Doktorarbeiten realisiert. Die Expertinnen hoben vor allem die vermehrte Berücksichtigung der älteren Bevölkerung bei Forschungen zu Umweltfaktoren und dem öffentlichen Nahverkehr hervor [*„(…)they made a lot of research and involved people that are under 75, but now they are learning to ask also older people (laughing). So, it´s getting better"* (E2a_HEL: 184-184)].

<u>Evaluation</u>

In Helsinki orientiere sich die Aktualisierung von Strategien beispielsweise an Evaluationsergebnissen und entsprechend würden Änderungsbedarfe diskutiert [*„(…) we will evaluate the whole program and then start to make a new program or new strategy (…)"* (E2a_HEL: 23)]. Auch der Pariser Experte betonte, dass die Evaluationsergebnisse die Formulierung nachfolgender Ziele beeinflussen würden:

> *„Yes, there is an evaluation, and this is how we started the new strategy to make a summary of what we have achieved during the previous strategy and what are the remaining challenges that we want to tackle in the new strategy"* (E12_PAR: 42).

Oberkategorie: Praktische Umsetzung

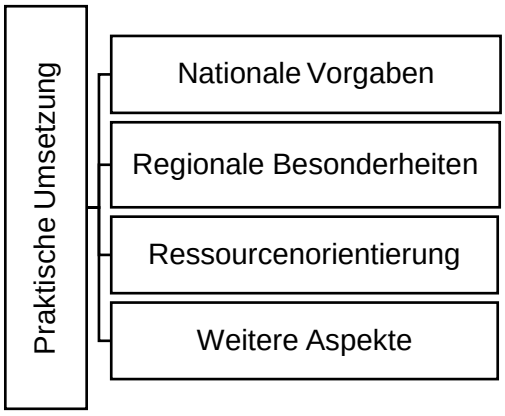


Abbildung 54: Oberkategorie "Praktische Umsetzung" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Nationale Vorgaben

In London würden nationale Vorgaben den **Stellenwert der Belange der älteren Bevölkerung** hervorheben, da die Stadtbevölkerung selbst verhältnismäßig jung sei.

> *„It has been helpful for people to think about older people in London, because it is quite a young population compared to the rest of the UK"* (E7_LON1: 174).

Nationale Vorgaben können zudem den **Handlungsdruck** auf regionaler oder Stadtebene steigern. Dies treffe insbesondere dann zu, wenn diese **verpflichtend** und nicht nur als Empfehlungen formuliert seien [*„(…) it is mandatory somehow, because every year the ministry has to write a report about the implementations"* (E8_PRA: 39)]. Die Stadt Amsterdam sei beispielsweise dazu angehalten in erster Linie nationale Ziele zu erreichen [*„(…), that is the idea of that policy. So, in that sense it is mandatory that the city should reach that goal"* (E5_AMS: 77)]. Dies treffe laut Aussagen des Pariser Experten auch auf Paris zu und betonte, dass eine **Nicht-Erfüllung nicht** automatisch **sanktioniert** werde**.**

> *„(…) but the law doesn't say what should be in it. They don't say, we are going to sanction you if you don't do it (laughing). It is just like the national just says, it would be good if you did it basically"* (E12_PAR: 52).

Regionale Besonderheiten

Darüber hinaus pointierte vor allem der Londoner Experte die **Notwendigkeit einer Berücksichtigung regionaler Besonderheiten** [„(…) *because really local strategies are clearly the only ones that really work"* (E9_LON2: 133)]. Dies sei auch aus Sicht des Londoner Experten für eine erfolgreiche Umsetzung gesundheitsbezogener Strategien notwendig, da **nationale Strategien allein viel zu oberflächlich** seien.

> *„(…) this is a very important question you ask, because (…) we understand that any national strategy by definition, is not going to be a strategy which is going to deliver the best for all of the population. (…) because the demography of London is different than the demography of a more rural environment -- you end up with some dichromatic mythologies which somehow disposes, and you get the usual to such a degree that the strategy actually doesn't actually satisfy anybody"* (E9_LON2: 133).

Insbesondere von den niederländischen Experten wurde trotz nationaler Prioritätensetzung von einer Übertragung vermehrter **Verantwortung auf die Kommunen** berichtet [*„(...) couple of years ago the national government started to decentralize all the responsibilities"* (E13_EIN: 120)]. Laut Aussagen des Amsterdamer Experten resultiere dies in einer **stärkeren Verankerung gesundheitsbezogener Themen** auf der politischen Agenda unterschiedlicher Departments.

> *„(…) the physical planning department also saw that what they are doing is also related to the health of people. So yes, I think in that sense it gave a boost of putting health more strongly at the local level; at the local agenda"* (E5_AMS: 51).

Hinsichtlich des nationalen Ziels der Reduzierung sozialer Isolation, würde laut der Expertin aus Eindhoven die praktische Umsetzung zwischen den Städte divergieren.

> *"(…) it is our special focus in Eindhoven, but I think it is also nationwide. But then again, I think that everybody is trying to invent something by himself. You know, like every village and every city is developing its own strategies for that kind of topics"* (E13_EIN: 52).

Ferner betonte der Experte aus Paris den **Handlungsspielraum** im Rahmen seiner Tätigkeit auf Stadtebene [*„(…) we are completely free to the concept of this document. We just do whatever we want"* (E12_PAR: 52)]. In diesem Zusammenhang verwies er zudem auf den **Gestaltungsspielraum** der Pariser Bezirke.

> *„(...) they organize it rather freely. So, some of them have a large population over 60 years old maybe (…) the mayor of the neighbourhood will be very interested in this and will develop more actions and other a bit less"* (E12_PAR: 152).

Die Möglichkeit, nationale Ziele entsprechend der **Bedarfe und Ressourcen zu adaptieren**, hob der Krakauer Experte für die jeweiligen Regionen hervor.

> *„(…) they have to battle the healthy ageing, healthy and active aging, and they have some goals, […] But the voivodship can read this, and they can say, 'This is important. So, we will have our own program on this'"* (E6_KRA1: 73).

Ressourcenorientierung

Dieser Aspekt wurde vor allem von dem Londoner Experten hervorgehoben. Er betonte vor allem die Bedeutung einer **positiven Sprache** in zur Förderung der Akzeptanz gesundheitsbezogener Strategien.

> *„(…) if you have to ask me, what do I think is the most important thing I need to do, it is towards policies. And I need to move policies away from a reduction side approach to an enhancing side approach"* (E9_LON2: 211).

Während aktuell vor allem die Defizite älterer Menschen und deren Hilfe- und Unterstützungsbedarf fokussiert werde, sollten vielmehr **Ressourcen des Alters** hervorgehoben und ältere Menschen dazu motiviert werden diese entsprechend zu nutzen.

> *„So, when you are 30, you can go for a run around the building, when you are 80 it is unlikely. So, we talk about the deficits, instead of us talking about enabling people to do more. We talk about stopping people from doing less. It is the wrong approach, and we lose the population in doing that. So, our messaging needs to change to 'let´s enhance your life wherever you are, so you can do more, than just decaying"* (E9_LON2: 95).

Die **Kompetenzen älterer Menschen** sollten ihm zufolge zelebriert werden. Dies unterstütze sie darin, **altersbezogene Einschränkungen anzunehmen** und ihre **Potentiale auszuschöpfen**.

> *„We need to change our approach to one which celebrates people where they are, and enhances it where they are, rather than reminds them that they are missing things. We shouldn't be reminding people that they are not as well, as they were when they were 20 years old, because one, they are not and second, they have other qualities which a 20-year old didn't have. So, it is a question of accepting the change, and living with the change and enhancing it, wherever you happen to be on the journey"* (E9_LON2: 97).

Zudem sollten künftige Strategien vermehrt auf eine **Verhaltens- und weniger auf Bewusstseinsveränderung** abzielen, wie es bisher der Fall war [*„(…) we have succeeded in changing the intension, but have not succeeded to change the behaviour"* (E9_LON2: 165)].

Weitere Aspekte

Als förderlich für eine erfolgreiche Implementierung gesundheitsbezogener Interventionen wurde die Verbreitung von **Beispielen guter Praxis** genannt. Entsprechend der Aussagen der Prager Expertin könne eine **Beteiligung an überregionalen Netzwerken**, wie das WHO Healthy Cities Netzwerk diesbezüglich unterstützend sein. Aus London wurde auf die **bessere Versorgungsstruktur in Städten** gegenüber dem ländlichen Raum hingewiesen.

> *„(…) the best way to deliver care for older people, is not in the communities in the countries, in the middle of nowhere, but cities are a good place for older people, because there is always the potential to deliver better joints of care within communities"* (E9_LON2: 223).

Auch die Expertin aus Prag hob die **Angebotsvielfalt** und **zahlreichen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und Kompetenzförderung** der älteren Stadtbewohner hervor:

> *„(…) Prague is very advanced with technics in comparison to other parts of Czech Republic. So, older people in Prague have a lot of chances to improve their health or to prevent illnesses, because they have really a lot of opportunities to develop their skills and not to be alone"* (E8_PRA: 119).

Es wurde mehrfach betont, dass vergleichweise wenige Angebote auf eine direkte, sondern vielmehr eine **indirekte Förderung der psychischen Gesundheit** abzielen würden.

> *„(…) in practice there are programs and projects which support mental health, but without naming it. For example, some activation programs for older people, like physical activities or some hobbies, where people are going together and making something together, which is a mental health support. So, we don't have it in a document, but we have it in practice (laughing)"* (E8_PRA: 25).

Oberkategorie: Intersektorale Zusammenarbeit

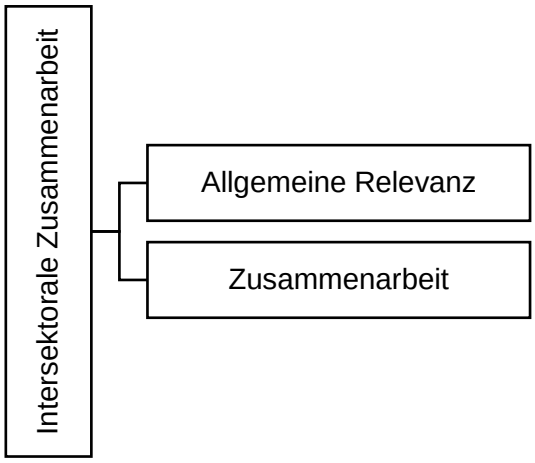


Abbildung 55: Oberkategorie "Intersektorale Zusammenarbeit" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

<u>Allgemeine Relevanz</u>

Ebenso wie die Realisierung partizipativer Prozesse habe die intersektorale Zusammenarbeit in den meisten Städten eine **hohe Relevanz**, wie u.a. die Expertin aus Nord-Trøndelag hervorhob [*„(…) I would say that it is a general approach"* (E11_NTR: 27)]. Auch der Krakauer Experte hob die **Bedeutung einer interministeriellen Zusammenarbeit** bei der Formulierung von Strategien hervor [*„(…) the part of the program, which is addressed to elderly, addresses all these ministries"* (E6_KRA1: 31)]. Dies sei insbesondere im Zusammenhang mit einer **gesundheitsfördernden Stadtgestaltung** und hinsichtlich der

Umsetzung der Ziele der „WHO Age Friendly Cities Strategie“ bedeutsam. Aus Prag wurde die Bedeutung einer intersektoralen Zusammenarbeit vor allem in Bezug auf die **Bereitstellung finanzieller Mittel** betont. Laut Aussagen des Amsterdamer Experten sei dies insbesondere aufgrund der Angebotsvielfalt in der Praxis relevant [*„We work together with all kinds of partners within in the city“* (E5_AMS: 53)].

Zusammenarbeit

Mehrheitlich wurde berichtet, dass die **Zusammenarbeit** verschiedener Akteure meist schwierig sei. Laut Aussagen des Experten aus Rotterdam solle dies mittels zahlreicher **Treffen und Gespräche** stetig verbessert werden.

> *„(…) we have experienced that also during a longer time that it is not so easy. […] in a lot of sessions, we have organized to get together with other departments and their plans”* (E4_ROT: 73).

In Nord-Trøndelag werde beispielsweise mittels der Einstellung einer **fachübergreifenden Beraterin** für gesundheitsbezogene Belange versucht, diese Thematik innerhalb verschiedener Fachbereiche der Kommune zu verankern.

> *„(…) that is the principal, and when it comes to daily practice it also depends if those three of these processes realizes that it is possible to ask me. I don’t look into everything, because sometimes the planners don’t realize that this is actually a medical question as well”* (E11_NTR: 25).

Oberkategorie: Verfügbare Mittel

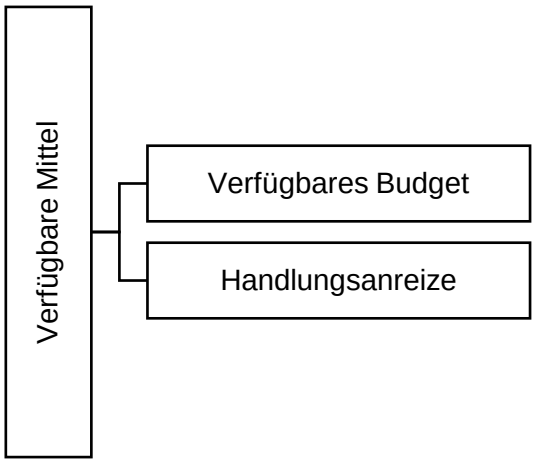


Abbildung 56: Oberkategorie "Verfügbare Mittel" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Verfügbares Budget

Unumstritten wurden ausreichende finanzielle Mittel als förderlich für eine erfolgreiche Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung genannt. Die Expertin aus Hamburg betonte in diesem Zusammenhang, dass insbesondere für die Unterstützung **älterer**

Menschen mit psychischen Problemen und demenziellen Erkrankungen ausreichend Mittel zur Verfügung stünden und kritisierte vielmehr den **Mangel wirksamer Angebote** [*„(…) there is enough money. There is a problem how to have enough offers that work good in that field“* (E1_HAM: 429)]. Dies treffe hingegen nicht für den Bereich der Gesundheitsförderung im Alter zu. Dies solle sich zukünftig mit dem im **Präventionsgesetz** verankerten Einbezug weiterer Sozialversicherungsträger ändern.

> *„We need Money. There is the Präventionsgesetz. Great, there will be money und alle Sozialversicherungen werden jetzt für Strukturen bezahlen“* (E1_HAM 131).

Auch die Experten aus Helsinki und Paris betonten, dass **ausreichend finanzielle Mittel** für die Arbeit mit der älteren Bevölkerung zur Verfügung stünden [*„(…) of course, we could have more money (laughing), but it's not a problem yet“* (E2a_HEL: 170)]. Entsprechend hatte der Pariser Experte großes Interesse an **Beispielen guter Praxis**.

> *“(…) this sector of senior citizens is one of the very important sectors of public policy where the budget is going. So, we are always interested in good practices of other cities, just to see what we can develop in the future”* (E12_PAR: 209).

<u>Handlungsanreize</u>

Finanzielle Anreize seien zudem förderlich für die **Weiterentwicklung der Angebotsstruktur,** wie die Experten aus Prag und Krakau pointierten. Die erstmalig in Krakau zur Verfügung stehenden Gelder seien ein entsprechender Handlungsanreiz [*„The funding is small, but something can be done“* (E6_KRA1: 53)]. In beiden Städten würden die Gelder für die Umsetzung von Angeboten zur Aktivitätsförderung der älteren Bevölkerung im Rahmen eines Wettbewerbs vergeben [*“(…) each year the city council has launched grants for projects, like activation and support activities for elderly or older people, by financing them”* (E8_PRA: 35)].

Oberkategorie: Partizipation der Zielgruppe

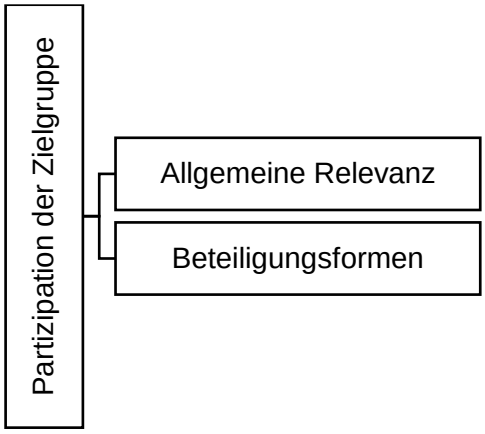


Abbildung 57: Oberkategorie "Partizipation der Zielgruppe" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Allgemeine Relevanz

Zahlreiche Experten betonen, dass es sehr bedeutsam sei, die Bedürfnisse der Zielgruppe für eine erfolgreiche Umsetzung gesundheitsbezogener Strategien zu berücksichtigen [*„And of course, it can help us in the real life getting out the policy“* (E4_ROT: 219)]. Aus organisatorischen Gründen würden laut Aussagen des Krakauer Experten in der Regel **keine Einzelpersonen involviert** [*„(…) I don't think that they involved the people in general (…)“* (E6_KRA1: 79)]. Der Londoner Experte betonte, dass überwiegend Vertreterorganisationen wie Alzheimer Gesellschaften involviert würden [*„They are a very important part for that"* (E7_LON1: 41)]. Dies bestätigte auch der zweiteLondoner Experte [*„Well, there is no way to involve all the citizens, unless we involve organizations that represent them“* (E9_LON2: 105)] und betonte ebenso wie weitere Experten den **hohen Stellenwert partizipativer Prozesse** [*„Oh absolutely. The people are involved in the process, yes“* (E9_LON2: 103)]. Die Expertinnen aus Helsinki hoben die Relevanz von Beteiligungsprozessen für eine **bedarfsgerechte Strategieformulierung und Maßnahmenplanung** hervor [*„We wrote down what they wanted and then we corrected the program“* (E2a_HEL: 35)]. Der Rotterdamer Experte ergänzte, dass die **Nutzung der Ideen und Potentiale der Bürger** zudem die **Akzeptanz** der formulierten Ziele und das **Ansehen der Stadt** im Allgemeinen erhöhe.

> *„(…) there has been a constant looking for other ways to get more potential out of the city itself; try to get another role of the local government "* (E4_ROT: 101).

Beteiligungsformen

Die Formen der Beteiligung würden indes zwischen den Städten divergieren. In Helsinki würden die Bürger beispielsweise im Rahmen von mehr als **50 öffentlichen Diskussionsforen** beteiligt [*„And based on these meetings, we formulated that Action Plan. So, it was a very participative program, I would say"* (E2a_HEL: 33)]. Es wurde bewusst in relativ **kleinen Gruppen** diskutiert und anschließend wurden die **bereits formulierten Ziele** des aktuellen Aktionsplans auf Basis der Ergebnisse **adaptiert** [*„We didn´t want big meetings with nobody not saying anything. We wrote down what they wanted and then we corrected the program"* (E2a_HEL: 35)]. In Paris sei mit der Durchführung eines sogenannten **Think Tanks** eine deutlich innovativere Beteiligungsform gewählt worden, an der Akteure und zufällig ausgewählte Personen aus der Bevölkerung teilgenommen hätten.

> *"And we also had a participatory group in which were just regular citizens included which were chosen by luck. So, they were just randomly chosen among the population, and they didn't have necessarily anything to do with this subject"* (E12_PAR: 36)

Auch in Amsterdam habe die Bürgerbeteiligung eine hohe Relevanz und Ideen zur Verbesserung der Angebotsstruktur würden in **Ko-Kreation mit interessierten Bewohnern** im Rahmen von Fokusgruppen erarbeitet. Zudem seien die älteren Bürger zur Aufdeckung von Handlungsbedarfen **selbst als Forscher** in ihrem Stadtteil aktiv.

> *"(…) we create not only the policy, but especially the measures taken within the policy, with the local communities. […] it is depending a bit on the program, but mostly we make use of focus groups or more specifically, when it comes to the age friendly city, the approach is to do research in the neighbourhood and the research is done by the elderly living in the neighbourhood. So, they are really involved as investigators as well"* (E5_AMS: 60-65).

Dahingegen berichtete der Rotterdamer Experte von **Fokusgruppen** zur Erfassung der individuellen Gesundheitsvorstellungen.

> *„(…) just a simple question was asked, "What does health mean for you?" and then we collected about 80 definitions of the Rotterdam people themselves, and what they think about health"* (E4_ROT: 211).

Aber auch die klassische **kommunalpolitische Seniorenbeteiligung** wurde mehrfach hervorgehoben [*„So, we have also a council for old people´s rights. It is based on Old People's Law here in Finland"* (E2a_HEL: 23)]. Während bei politischen Entscheidungen in Rotterdam beispielsweise ein aus Bürgern zusammengesetztes **Beratungsgremium** hinzugezogen werde, berichtete die Expertin aus Eindhoven von einem speziellen **Verein zur Beteiligung älterer Menschen**. Förderlich für eine Mitgliedschaft seien ihr zufolge neben politischer Expertise entsprechende Kontakte.

> *"And obviously, if you want to be a member of our board, then you need to know about politics. You have to know the right people, let´s put it that way (laughing)"* (E13_EIN: 104).

Oberkategorie: Partizipation der Akteure

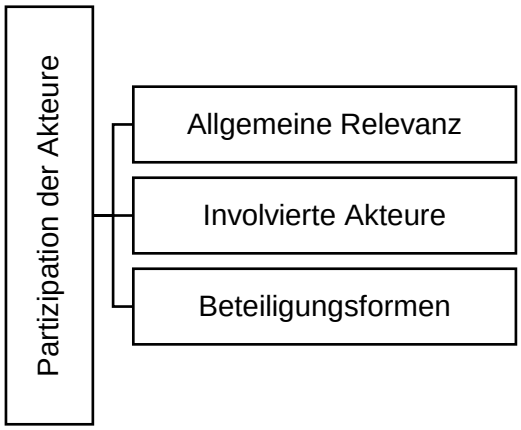


Abbildung 58: Oberkategorie "Partizipation der Akteure" mit den dazugehörigen Unterkategorien.

Allgemeine Relevanz

Während die Zielgruppe den Expertenaussagen zufolge selbst überwiegend nicht involviert sei, treffe dies mehrheitlich auf die Beteiligung der Akteure vor Ort zu [„*This program was built by experts mainly (…)*“ (E6_KRA1: 77)]. Neben der **Sammlung vielfältiger Ideen** [“*(…) a ton of ideas what to do”* (E1_HAM: 41)] seien partizipative Prozesse für eine **Konsensfindung** förderlich [*„(…) trying to get as much consensus, as possible“* (E7_LON1: 39)]. Auch im Gesundheitsplan der Stadt Rotterdam sei Beteiligung ein zentraler Aspekt [*„(…) it is maybe the main strategy of this plan“* (E4_ROT: 65)].

Involvierte Berufsgruppen

Akteure könnten auf verschiedenen Ebenen beteiligt werden. Größtenteils wurde hinsichtlich der Entwicklung gesundheitsbezogener Strategien von einer **interministeriellen Beteiligung** berichtet [*“(…) for sure these whole ministries, which will be involved in the execution of this program, were consulted”* (E6_KRA1: 77)]. Darüber hinaus seien in der Regel **Vertreter der Wissenschaft und der Zielgruppe** selbst und insbesondere **interdisziplinäre Berufsgruppen** aus der Praxis involviert [*„(…) like NGO´s or organizations that work with older people”* (E8_PRA: 63)]. Die Zielformulierung erfolge zahlreichen Aussagen zufolge auf Basis der Diskussionsergebnisse [*„And then we wrote this kind of Action Plan, I would say for old people´s health and well-being”* (E2a_HEL: 21)]. Neben der **Vielzahl** der Akteure wurde mehrfach deren **Vielfalt** hervorgehoben

> *„(…) there is a very long list of institutions which are consulted in all those documents of the politicians“* (E6_KRA1: 77).

> “*(…) in health care, culture, sports department, and also for this public transportation. And then they have people, who are working in different NGOs, like organizations. So, it is really, really a network” (*E2a_HEL: 106).

In Rotterdam würden zudem bewusst Akteure beteiligt, die auf den ersten Blick **ungewöhnlich** erscheinen [*„(…) unusual suspects”* (E4_ROT: 65)].

Beteiligungsformen

Für eine gelingende Partizipation bedürfe es ihr zufolge neben einem **respektvollen Umgang,** eine **gute Organisation** [*„(…) participation is working well, when it is good organised“* (E1_HAM: 487)].

Ferner wurde auch von innovativen Beteiligungsformen berichtet. Während in Paris **Think Tanks** stattfänden, verwies der Experte aus Rotterdam auf eine **interdisziplinäre Arbeits-**

tagung zur Umsetzung des städtischen Gesundheitsplans in einer Werft, die das Ziel verfolge, **Kooperationen vor Ort zu vereinbaren**.

> *„So, we have also organized in that Werft a market with pitches. All organizations could pitch their own plans to other organizations and try in sessions followed, how to make appointments together to see how to work together"* (E4_ROT: 65).

Aber auch klassische Formen der Zusammenarbeit, wie **regelmäßige Arbeitsgruppen** oder **Netzwerktreffen** wurden benannt [*„(…) we organize some work sessions (…)"* (E4_ROT: 97)]. In Helsinki fänden entsprechende Treffen nicht nur während der Strategieentwicklung, sondern auch im Zuge der Umsetzung statt.

> *"We have four different networks. One was that memory network, one was public transport and one was housing and one was this information. […] They are actually performing the Action Plan"* (E2a_HEL: 110 -112).

6.2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Politischer Stellenwert. Laut Aussagen der Experten sei der Stellenwert präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen für Ältere gestiegen. Nach Angaben des Amsterdamer Experten ziele dies vor allem auf eine Reduzierung der Kosten steigender Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit ab und entsprechend würden ältere Menschen in einer selbstständigen Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit unterstützt. Der Londoner Experte betonte zudem das vorteilhafte Interesse des aktuellen Bürgermeisters an umwelt- und altersbezogenen Themen. Der politische Stellenwert der älteren Bevölkerung steige einigen Experten zufolge insbesondere kurz vor den Wahlen.

Ganzheitliches Gesundheitsverständnis. Auch ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis sei für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung förderlich. Entsprechend berichtete der Amsterdamer Experte, dass die Umsetzung der WHO Age Friendly Cities Strategy von unterschiedlichen Departments der Stadt hätte umgesetzt werden können. Eine holistische Sicht würde u.a. durch das zugrundeliegende Modell der Determinanten der Gesundheit befördert, indem unterschiedliche Ministerien ihren gesundheitsbezogenen Einfluss wahrnehmen würden. Entsprechend sei der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention u.a. in Rotterdam oder die Region Nord-Trøndelag in übergeordneten Strategien der Stadt verankert. Als besonders bedeutsam wurden zudem umweltbezogene Einflüsse pointiert. Der Londoner Experte sprach in diesem Zusammenhang von einem Bewusstseinswandel und auch aus Amsterdam und Nord-Trøndelag wurde mehrfach die besondere Rolle der Stadtplanung in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung unterstrichen. In den Niederlanden etabliere sich entsprechend der Expertenaussagen derzeit ein neues Gesundheitskonzept

(Positive Health), welches entsprechend vor allem eine positive, aber vor allem ganzheitliche Sichtweise auf Gesundheit postuliere und dabei die Person selbst in den Fokus nehme. Das Konzept bilde zudem die Ausgangslage für das ganzheitliche Gesundheitsverständnis des Rotterdamer Gesundheitsplans sowie darin verankerte Maßnahmen, wie genannte Präventionskurse für Senioren (Grip & Glans). Auch in den Interviews mit den Experten aus Prag und London wurde das Positive Health Konzept thematisiert und die Vorteile dieser Sichtweise betont. Eine Umsetzung in der Praxis fände bislang jedoch nicht statt, solle aber in London langfristig realisiert werden.

Theorie- und Evidenzbasierung. Die Berücksichtigung wissenschaftlicher Expertise wurde von allen Experten als bedeutsam erachtet und insbesondere in den Niederlanden bei der Entwicklung gesundheitsbezogener Strategien und Interventionen berücksichtigt. Neben dem Modell der Determinanten der Gesundheit sei auch das innovative Positive Health Konzept aktuell sehr bedeutsam. Die Relevanz der WHO Gesundheitsdefinition wurde vor allem von den Experten aus Krakau und London hervorgehoben. Auch die Berücksichtigung gesundheitsbezogener Daten sei für die Entwicklung zielgruppenspezifischer und bedarfsgerechter Ziele und Maßnahmen erforderlich. Während Routinedaten der Krankenkassen in Prag leicht zugänglich seien, treffe dies für wissenschaftliche Studien nicht zu. Die Experten aus Krakau und Amsterdam lobten die stadtbezogene Gesundheitsberichterstattung. In den Niederlanden stelle Evidenzbasierung ein bedeutsames Ziel dar und werde in Rotterdam z.B. in Kooperation mit einem speziellen Forschungsinstitut realisiert. In Helsinki werde dies in erster Linie im Rahmen von universitären Abschlussarbeiten umgesetzt. Positiv betont wurde jedoch die steigende Bedeutung der älteren Bevölkerung in umweltbezogenen Studien und insbesondere denen zum öffentlichen Nahverkehr. Während die Experten aus London, Amsterdam und Rotterdam den Praxistransfer wissenschaftlicher Expertise in positiv hervorhoben, betonte die Hamburger Expertin die gute Zusammenarbeit mit der Forschung, aber zugleich mangelnde Freiheitsgrade in Bezug auf die Umsetzung der Kenntnisse. Ferner unterscheide sich die Evaluation gesundheitsbezogener Strategien, die vor allem aus Helsinki und Paris in Bezug auf die Formulierung nachfolgender Strategie positiv hervorgehoben wurde.

Praktische Umsetzung. Aufgrund der überwiegend jüngeren Bevölkerung Londons würden nationale Ziele dort dazu beitragen, die Belange Älterer dennoch ausreichend zu berücksichtigen. Insbesondere verpflichtende nationale Vorgaben würden den regionalen Handlungsdruck erhöhen, selbst wenn ein Nicht-erfüllen nicht mit Sanktionen verbunden sei. Zudem sollten regionale Besonderheiten hinsichtlich einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung berücksichtigt werden, denn nationale Strategien seien meist oberflächlich. Entsprechend würden die Ziele und Maßnahmen zwischen den Städten

divergieren, wie insbesondere in den Interviews mit den niederländischen Experten deutlich wurde. Von einem großen kommunalen Gestaltungs- und Handlungsspielraum berichtete auch der Pariser Experte. Dies resultiert in einer großen kommunalen bzw. bezirklichen Verantwortung, die auch die Interviewpartner aus Eindhoven, Amsterdam, Krakau und London pointierten. Aus London wurde in diesem Zusammenhang auf die besondere Verantwortung der kleinteiligeren Bezirke in Großstädten verwiesen. Laut Aussagen des Londoner Experten sollten in gesundheitsbezogenen Strategien vor allem die Ressourcen des Alters pointiert werden. Dies würde, ebenso wie eine positive Zielformulierung, die Akzeptanz seitens der älteren Bevölkerung unterstützen. Weiter solle insbesondere die Veränderung des tatsächlichen Verhaltens im Vordergrund stehen, da die Schaffung eines entsprechenden Bewusstseins bereits in vorangegangenen Strategien fokussiert worden sei. In Bezug auf eine erfolgreiche Umsetzung gesundheitsbezogener Interventionen wurde die Orientierung an Beispielen guter Praxis benannt. Für die Verbreitung entsprechender Kenntnis wurde überdies die Beteiligung an überregionalen Netzwerken (z.B. WHO Healthy Cities) hervorgehoben. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Städte über eine bessere Versorgungsstruktur sowie Angebotsvielfalt zur Förderung der sozialen Teilhabe und zum Kompetenzerhalt älterer Menschen bieten, wenngleich die meisten Angebote die psychische Gesundheit nur indirekt adressieren würden.

Intersektorale Zusammenarbeit. Der intersektoralen Zusammenarbeit wurde insgesamt eine hohe Bedeutung zugesprochen, auch wenn sich diese nicht immer einfach gestalte. In Rotterdam solle dies im Rahmen zahlreicher Treffen aktuell verbessert werden. Während der Krakauer Experte vor allem die interministerielle Zusammenarbeit hervorhob und dies aus Prag insbesondere hinsichtlich der Finanzierung von Maßnahmen bestätigt wurde, betonte der Experte aus Amsterdam die Relevanz einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf praktischer Ebene. Dies sei insbesondere hinsichtlich der Umsetzung umweltbezogener Aspekte im Rahmen der WHO Age Friendly Cities Strategie sowie einer gesundheitsfördernden Stadtgestaltung bedeutsam.

Verfügbare Mittel. Für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung brauche es laut Aussagen der Experten ausreichend finanzieller Mittel. Während diese in Hamburg zur Unterstützung von Menschen mit psychischen und demenziellen Erkrankungen ausreichen würden, treffe das für den Bereich der Gesundheitsförderung im Alter nicht zu. Dies solle sich mit dem Präventionsgesetz und dem damit verbundenen Einbezug weiterer Sozialversicherungsträger in die Finanzierung ändern. Auch die Experten aus Paris und Helsinki berichteten von ausreichenden finanziellen Mitteln der Zielgruppe älterer Menschen. Dahingegen betonte der Krakauer Experte, dass dort zum ersten Mal Gelder für die

Umsetzung der formulierten Ziele bereitstünden und diese, ebenso wie in Prag, in Form eines Wettbewerbs an die teilnehmenden Akteure verteilt würden.

Partizipation der Zielgruppe. Laut Aussagen der Experten werde mittels der Beteiligung der Zielgruppe eine bedarfs- und zielgruppengerechte Zielformulierung unterstützt und die Potentiale der Bevölkerung würden genutzt. Der Rotterdamer Experte betonte, dass der Einbezug der Zielgruppe auch das Ansehen der Stadt steigere. Mehrheitlich wurde der Beteiligung der Zielgruppe ein hoher Stellenwert beigemessen, wohingegen keine Einzelpersonen, sondern vor allem Vertreterschaften involviert würden. Neben klassischen Formen der Beteiligung, wie die kommunalpolitischer Beteiligung der älteren Bevölkerung, wurden auch innovative Partizipationsmöglichkeiten berichtet. In Helsinki werde die Stadtbevölkerung in mehr als 50 offenen Veranstaltungen nach ihren Wünschen und Bedarfen befragt und in Amsterdam seien ältere Menschen selbst als Forscher in ihrem Stadtteil aktiv. Zur Sammlung kreativer Ideen der Bevölkerung fänden dort zudem Fokusgruppen und sogenannte Living Labs statt. Diese würden insbesondere darauf abzielen, die Angebotsstruktur in Ko-Kreation mit den Bürgern zu verbessern. Dies würde dahingegen in Paris im Rahmen innovativer Think Tanks realisiert.

Partizipation der Akteure. Die Relevanz einer Beteiligung der Akteure bei der Entwicklung von Strategien wurde mehrheitlich hervorgehoben. Neben interdisziplinären Anregungen und Ideen ziele dies insbesondere auf eine größtmögliche Konsensfindung ab. Insbesondere die Experten aus Rotterdam und Helsinki hoben die Bedeutung partizipativer Prozesse hervor. Laut Aussagen der Hamburger Expertin sei es schwierig, wenn die beteiligten Akteure gleichsam für die Zielformulierung und -umsetzung verantwortlich seien. Als förderlich für eine gelingende Beteiligung nannte sie eine gute Organisation und Moderation sowie einen respektvollen Umgang untereinander. Überwiegend wurde von einer interministeriellen Beteiligung gesprochen, aber auch der Einbezug von Wissenschaft und interdisziplinären Berufsgruppen und die Relevanz der Diskussionsergebnisse für die Strategieformulierung wurde mehrfach unterstrichen. Hervorzuheben sei die Vielzahl, aber auch die Vielfalt der involvierten der Akteure. Der Rotterdamer Experte verwies in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung sogenannter ungewöhnlicher Berufsgruppen. Neben klassischen Beteiligungsformen, wie regelmäßigen Arbeitsgruppen oder Netzwerktreffen, wurden auch ungewöhnlichere Methoden erwähnt. Der Rotterdamer Experte hob eine interdisziplinäre Tagung hervor, die zur Betonung des „Arbeitscharakters“ in einer Werft stattfand und darauf abzielte, konkrete Kooperationen und Vereinbarungen für künftige Maßnahmen festzuhalten.

6.3 Diskussion der hinderlichen und förderlichen Faktoren

Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren liegen in Bezug auf eine gelingende Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung vor?

Im Folgenden werden die hinderlichen (Teil 4a) und förderlichen Faktoren (Teil 4b) in Bezug auf die Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter unter Einbezug der vorliegenden Literatur gemeinsam diskutiert, da diese meist miteinander einhergehen. Heite et al. (2015) zufolge können neben Erfolgsfaktoren auch hinderliche Aspekte zum Gelingen beitragen, insofern eine Reflexion stattfindet und notwendige Adaptionen folgen.

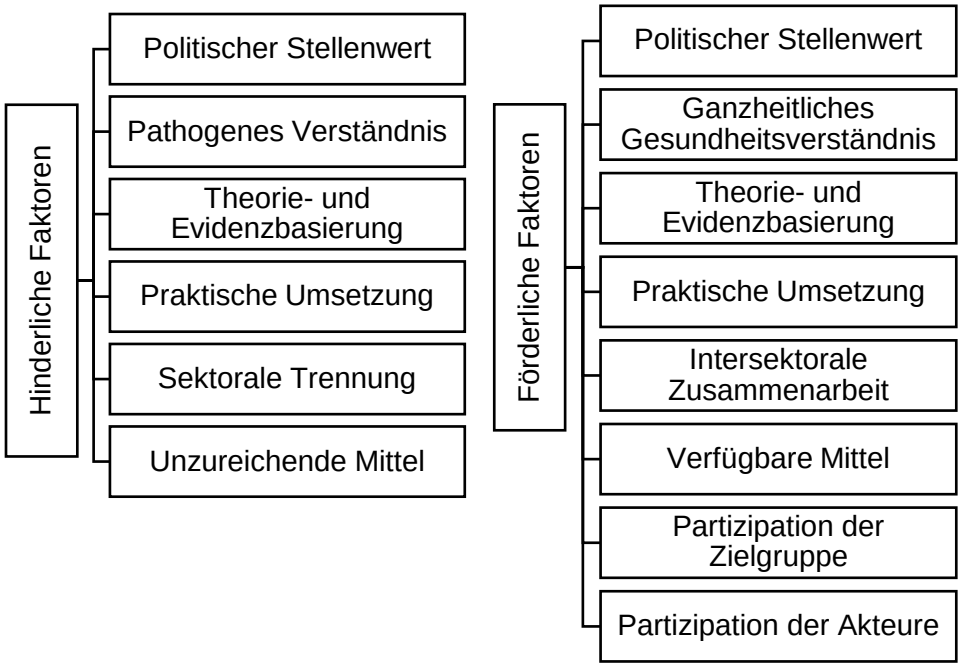


Abbildung 59: Gegenüberstellung der Oberkategorien "Hinderliche Faktoren" und "Förderliche Faktoren".

a) Politischer Stellenwert

Eingangs wird der **Stellenwert der älteren Bevölkerung** im Allgemeinen diskutiert. Es folgen Ausführungen zum Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf die Zielgruppe. Laut den Aussagen der Experten aus Helsinki und Paris steige das politische Interesse an der älteren Bevölkerung insbesondere kurz vor den Wahlen sowie aufgrund des gesellschaftlichen Drucks. Auf der einen Seite ist dies kritisch zu beurteilen, da es ein nutzorientiertes Interesse an der Zielgruppe suggeriert. Auf der anderen Seite kann man es so verstehen, dass die darauf resultierenden Bestrebungen der Politik relevanter als die tatsächliche Intension sind. Die Relevanz eines politischen Auftrags reiht sich in die Literatur ein (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1995). Problematisch ist es hingegen, wenn ein solch kurzfristiges Interesse dazu führt, dass keine langfristigen

Ziele verfolgt werden. In der Literatur zeichnet sich diesbezüglich ein kontroverses Bild ab. Auf der einen Seite wird ein Paradigmenwechsel weg von einer pflegeorientierten Altenhilfe- hinzu einer modernen Senioren- und Altenpolitik postuliert (Naegele, 2010). Auch finden sich zahlreiche Angaben, wonach die ältere Bevölkerung eine zentrale Zielgruppe im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention darstellt (Dadaczynski & Paulus, 2018; Dapp, 2008; Deutscher Bundestag, 2015; Friedli, 2006; Robert Koch-Institut, 2015b; im Überblick s. Mir, 2018; Wettstein & Wahl, 2018). Auf der anderen Seite betont Naegele (2010) den weiteren Fokus auf der klassischen Daseinsvorsorge. Es braucht ihm zufolge eine kommunale Doppelorientierung, die den Spagat zwischen der Versorgung einer hilfe- und pflegebedürftigen älteren Bevölkerung und der Unterstützung einer aktiven und selbstbestimmten Lebensweise im Alter schafft, wie auch Oswald und Konopik (2015) postulieren. Der Londoner Experte hob ein überwiegend geringes Interesse an der Zielgruppe hervor, welches er mit der bereits diskutierten mangelnden Attraktivität eines hohen Lebensalters aufgrund der meist fehlenden Leistungsfähigkeit begründete. Auch weitere Experten gaben an, dass Ältere aus Sicht der Politik primär als Kostenfaktor wahrgenommen würden. Daraus resultiere zumeist ein geringer Stellenwert, wenngleich das soziale Kapital der älteren Bevölkerung nicht außer Acht zu lassen ist (Böhme & Franke, 2010), sodass insgesamt inkonsistente Ergebnisse hinsichtlich des Stellenwerts der älteren Bevölkerung sowie eine entsprechend divergente Befundlage vorliegen.

Es folgen Ausführungen zum **Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter**. Entsprechend der Literatur wurden im Jahr 2015 mehr als 5,5 Millionen Menschen durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen erreicht (Dadaczynski & Paulus, 2018). Dies unterstreicht auf der einen Seite die derweil hohe gesundheitspolitische Bedeutung, die mit der Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) in Deutschland weiter befördert wurde (Deutscher Bundestag, 2015). Auf der anderen Seite sollte die Thematik weiter im Gesundheitswesen integriert (vgl. Hurrelmann et al., 2014) und verstärkt auf der politischen Agenda verankert werden (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Die Ergebnisse der Interviews sind ebenso divergent wie die eben dargelegte Befundlage. Insgesamt liege der Fokus vor allem auf der psychiatrischen Versorgung, wenngleich die Literatur das Präventionspotential älterer Menschen unterstreicht. Dies bestätigte u.a. die Prager Expertin, die eine derzeit noch vorherrschende pathogene und auf psychiatrische Behandlung ausgerichtete Versorgung kritisierte. Die Ausnahme würden ihr zufolge präventive Maßnahmen zur Vermeidung psychischer Störungen bilden. Auch entsprechend des „European Observatory on Health Systems and Policies" werden europaweit die psychiatrische Behandlung und Versorgung und weniger präventive Aspekte fokussiert (European Observatory on Health Systems and Policies, 2018). Dennoch werden Ältere selbst diesbezüglich vernachlässigt, denn

psychische Erkrankungen im Alter würden meist nicht fachgerecht diagnostiziert (WHO, 2017b) und zudem bleiben ihnen unterstützende Angebote im Gegensatz zur jüngeren Bevölkerung häufig verwehrt (vgl. Levenson & Jackson, 2006). Entsprechend reihen sich die Ergebnisse ein, wonach in Nord-Trøndelag, Krakau, Hamburg und Rotterdam die psychische Gesundheit zwar fokussiert werde, jedoch primär in Bezug auf die jüngere Bevölkerung. Im Gegensatz dazu betonte der Amsterdamer Experte die steigende Bedeutung der Thematik, die er mit den hohen Behandlungs- und Versorgungskosten begründete. Einen Zuwachs des politischen Interesses an der psychischen Gesundheit heben auch die Britische Mental Health Foundation (Regan, 2016) sowie Buber und Engelhardt (2011) und Jané-Llopis und Gabilondo (2008) für den europäischen Kontext hervor. Friedli (2006) bestätigt den Bedeutungszuwachs hingegen lediglich für den Bereich der körperlichen Gesundheit und Regan (2016) kritisiert eine mangelnde Berücksichtigung gesundheitsfördernder und präventiver Aspekte, sodass die Aussagen der Prager Expertin bestätigt werden können.

Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007) empfehlen, dass Kommunen aufgrund der hohen Behandlungskosten psychischer Erkrankungen im Alter langfristige Einsparungen durch den vermehrten Einsatz gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen bedenken sollten. Dies bestätigt das vom Amsterdamer Experten postulierte steigende Interesse an der psychischen Gesundheit im Alter, bei gleichzeitigem Bedarf einer Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Kommunen sollte Gesundheitsförderung und Prävention im Alter stärker fokussieren, denn zum einen vollzieht sich die Alterung der Bevölkerung dort, wo die Menschen leben (Amrhein & Backes, 2012; Reichert & Lis, 2009; Schaeffer et al., 2018) und ferner stellt die Kommune ein übergeordnetes Setting für Gesundheitsförderung und Prävention dar (Dadaczynski & Paulus, 2018; Hartmann et al., 2016). Die mehrfach geäußerte Kritik an einer mangelnden Förderung der psychischen Gesundheit der älteren Bevölkerung entspricht der Literatur, obwohl der politische Stellenwert insgesamt gestiegen ist und seitens der Experten erkannt wurde.

b) Pathogenes vs. ganzheitliches Verständnis

Auch das jeweilige zugrunde liegende Gesundheitsverständnis kann hinderlich oder förderlich sein. Die inkonsistenten Ergebnisse sind u.a. auf die unterschiedlichen Gesundheitssysteme zurückzuführen, wenngleich diese im europäischen Kontext allesamt hochentwickelt sind. Es divergieren vielmehr die Organisation und Finanzierung der Leistungen (Schölkopf & Pressel, 2014). Aufgrund des Schwerpunkts der Dissertation werden entsprechende Unterschiede nicht weiter ausgeführt, sondern zugrunde liegende Konzepte und Definitionen fokussiert. Obwohl die Experten allesamt für ein **ganzheitliches Gesundheitsverständnis** plädierten, herrsche nach Expertenaussagen insbesondere in den ost-

europäischen Städten Prag und Krakau in der Praxis noch immer ein primär biomedizinisch geprägtes Verständnis vor. Diese Diskrepanz bestätigen Huber et al. (2016) zudem für Akteure aus Politik, Wissenschaft und Praxis. Entsprechend des biomedizinischen Gesundheitsverständnis wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit verstanden, welches derweil als überholt gilt (Tinetti & Fried, 2004; vgl. Faltermaier, 2017). In den anderen Städten habe sich eine ganzheitliche Sichtweise, im Sinne des bio-psychosozialen Ansatzes, etabliert, deren Relevanz mehrfach mittels der Befundlage untermauert wird (WHO, 1948; 2005; vgl. Faltermaier, 2017; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Einen wichtigen Beitrag für eine entsprechende Verankerung im sozial- und gesundheitspolitischen Kontext leistet das ICF Modell der WHO, welches personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren zur Förderung der Aktivität und Teilhabe einbezieht (WHO, 2005). Zur weiteren Berücksichtigung gesundheitsbezogener Aspekte sei in Nord-Trøndelag beispielsweise eine ministeriell übergreifende Gesundheitsberaterin eingesetzt worden. Dennoch werde diese Expertise bislang unzureichend genutzt, da nicht immer ein Gesundheitsbezug erkannt werde. Dies sei gemäß der Expertenaussagen in den Niederlanden anders, denn die Umsetzung des „WHO Age Friendly Cities Strategy“ hätte laut dem Amsterdamer Experten auch von unterschiedlichen Ministerien koordiniert werden können. Darüber hinaus wird die holistische Herangehensweise durch die vom Experten benannte Verankerung des Modells der Determinanten der Gesundheit untermauert. Das Modell habe auch für die Rotterdamer Gesundheitsstrategie eine große Bedeutung, deren Relevanz für eine ganzheitliche Sicht auf Gesundheit mehrfach in der Literatur dargelegt ist (Dahlgren & Whitehead, 2007; Kilian et al., 2008; Richter & Hurrelmann, 2018; vgl. Hurrelmann et al., 2014). Danach beeinflussen die äußeren Makrooperatoren (u.a. Lebensbedingungen) die weiteren innenliegenden Kreise (z.B. soziale Netzwerke, Gesundheitsverhalten; Dahlgren & Whitehead, 2007; Richter & Hurrelmann, 2018). Auch weitere Quellen bestätigen den Einfluss von umgebenden Umweltfaktoren (WHO, 2014; vertiefend s. Kruse, 2017;). Insbesondere die Experten aus Amsterdam, Paris und Nord-Trøndelag betonten, dass gesundheitsbezogene Aspekte in weiteren städtischen oder kommunalen Zielen verankert würden.

Auch der Experte aus London bestätigte die Relevanz umweltbezogener Faktoren und gab an, dass sich ein Bewusstseinswandel vollzogen habe. Er verwies vor allem auf den Bedeutungszuwachs der Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie sozialen Beziehungen, welches der Literatur entspricht (vertiefend s. Kruse, 2017). Die Bedeutung umweltbezogener Aspekte werde nach der Hamburger Expertin u.a. in der WHO-Definition betont (WHO, 1946) und darüber hinaus sei ihr zufolge der Vorteil verhältnisbezogener Ansätze gerade in Hinblick auf langfristige Erfolge bekannt. Trotz der auch durch die Literatur bestätigten Vorteile settingbezogener Ansätze (Dadaczynski & Paulus, 2018; Hollbach-

Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Kilian et al., 2008; WHO, 1986; im Überblick s. Wirtz et al., 2018), sei dies laut Expertenaussagen meist schwierig umzusetzen. Der Pariser Experte gab hingegen an, die Gesundheitsdefinition der WHO kaum zu kennen und somit auch nicht danach zu arbeiten, wohingegen die niederländischen Experten diese bereits als überholt beschrieben. Sie würden ihr Handeln vielmehr nach dem neuen Gesundheitskonzept der Niederländerin Machtheld Huber „Positive Health“ ausrichten, welches deutlich dynamischer und ressourcenorientierter ist (Huber et al., 2011, 2016). Der Rotterdamer Experte betonte, dass vor allem Anpassungsressourcen fokussiert würden und das Konzept bereits in dem städtischen Gesundheitsplan sowie der Intervention zur Förderung des Wohlbefindens im Alter „GRIP & GLANS“ verankert sei. Auch den Experten aus Prag und London sei das Konzept bekannt und der Londoner Experte strebe an, dies aufgrund der besonderen Hervorhebung des Individuums zukünftig verstärkt zu etablieren. Es liegen, außer der Artikel der Begründerin, keine weiteren Quellen zur aktuellen Praxisrelevanz vor, sodass dazu keine fundierten Aussagen getroffen werden können.

Der Turiner Experte betonte, dass eine ganzheitliche Sicht auf Gesundheit in Bezug auf Depressionen schwierig umzusetzen sei, obwohl der positive Einfluss von körperlicher Aktivität (Buber & Engelhardt, 2011; Regan, 2016) sowie ganzheitlicher Therapien bestätigt ist (McCulloch, 2006). Er merkte weiter an, dass es als Psychiater generell schwierig sei Primärprävention zu betreiben und bestätigte dies auch in Bezug auf sekundärpräventive Ansätze in der Behandlung psychischer Erkrankungen, obwohl vor allem der positive Einfluss körperlicher Aktivität belegt ist (Buber & Engelhardt, 2011; Regan, 2016). Auch die mehrfach betonte unzureichende Förderung der psychischen Gesundheit im Alter entspricht der Befundlage (Friedli, 2006; Regan, 2016).

c) Theorie- und Evidenzbasierung

Zudem betonten die Experten mehrfach, dass für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung im Alter gesundheitsbezogene Konzepte oder -theorien berücksichtigt werden sollten. Auch in der Literatur wird die Bedeutung **evidenzbasierter Kenntnisse** hervorgehoben (Friedli, 2006; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). In Bezug auf die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit ist darauf hinzuweisen, dass eine vermehrte Forschung zur psychischen Gesundheit im Alter zudem den politischen Stellenwert erhöhen würde (Friedli, 2006). Der Leitfaden beinhaltete explizit die Frage, inwiefern die WHO Gesundheitsdefinition (WHO, 1946) und das Modell der Determinanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead, 2007) bekannt seien oder in der täglichen Arbeit berücksichtigt würden, sodass die nachstehenden Aussagen sich insbesondere darauf beziehen. In Prag spiele laut Aussagen der Expertin weder die WHO Gesundheitsdefinition noch das Modell der Determinanten der Gesundheit aufgrund einer mangelnden Kenntnis der Akteure und

Politik eine Rolle. In diesem Zusammenhang kritisierten die Experten aus Helsinki und Amsterdam vor allem die Abstraktheit der WHO Gesundheitsdefinition und den daraus resultierenden Bedarf regionaler Anpassungen. Um regionale Handlungsbedarfe aufzuzeigen, sollten vor allem **regionale Gesundheitsdaten** einbezogen werden (z.B. Gesundheitsberichterstattungen; Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Während diese für die Expertin aus Prag schwer zugänglich seien, betonten die Interviewpartner aus Krakau und Amsterdam die Relevanz der städtischen Gesundheitsberichterstattung für die Strategieformulierung. Ein ähnlich kontroverses Bild liegt hinsichtlich des Einbezugs wissenschaftlicher Expertise vor. Während der Experte aus London von einem erfolgreichen Praxistransfer der wissenschaftlichen Expertise berichtete, sei dies in Hamburg aufgrund mangelnder Freiheitsgrade der Expertin nicht immer möglich. Auch laut der Literatur liegt häufig eine Diskrepanz zwischen Theorie und praktischer Umsetzung vor (Friedli, 2006). Die Etablierung einer möglichst evidenzbasierten Praxis kann beispielsweise durch die Verbreitung von Beispielen guter Praxis unterstützt werden (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b). In diesem Zusammenhang hat sich im deutschsprachigen Raum insbesondere der „Good Practice Ansatz“ mit zwölf zugrundeliegenden Bewertungskriterien etabliert, der zur Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen soll (Kilian et al., 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Tempel et al., 2014).

Ein ähnlich kontroverses Bild zeigte sich auch in Bezug auf die Durchführung von **Evaluationen**, deren mehrfach betonte Relevanz sich in die Literatur einreiht (Dadaczynski & Paulus, 2018; Hartmann et al., 2016; Kilian et al., 2008; King & Ehlert, 2008; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Während die Formulierung nachfolgender Strategien in Helsinki und Paris auf vorherigen Evaluationsergebnissen basieren würde, kritisierten die Experten aus Prag, London, aber auch Paris die Aussagekraft dessen. Angaben zur Wirksamkeit seien aufgrund überwiegend zu weich formulierter Indikatoren meist nicht möglich, da das Ziel eines gesunden Alterns beispielsweise schwer messbar sei. Insgesamt wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass primär qualitative Aussagen getroffen werden könnten. Die mehrfach postulierte Relevanz von Evaluationen reiht sich in die Befundlage der zugrunde liegenden Literatur ein. Auch die benannten Schwierigkeiten können durch die Literatur bestätigt werden, wenngleich zahlreiche Instrumente zur Qualitätssicherung vorliegen (Kilian et al., 2008). Besonders schwierig sind normativ-regulatorische (Dadaczynski & Paulus, 2018; Kilian et al., 2008) und settingbezogene Ansätze zu evaluieren (Hartmann et al., 2016; Kilian et al., 2008). Bullinger und Brütt (2018) empfehlen in diesem Zusammenhang vermehrt das Wohlbefinden als Outcome-Indikator zur Ermittlung von Bedarfen und Zielformulierung heranzu-

ziehen. Die Ergebnisse hinsichtlich der Relevanz und gleichzeitig schwierigen Realisierung von Evaluationen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention können als literaturkonform verstanden werden.

d) Praktische Umsetzung

Auch hinsichtlich der praktischen Umsetzung wurden hinderliche wie förderliche Aspekte aufgeführt. In diesem Fall unterscheiden sich die jeweiligen Unterkategorien jedoch maßgeblich, sodass die nachfolgende Diskussion keine Gegenüberstellung darstellt. Die hinderlichen Aspekte bezogen sich primär auf die Umsetzung und die Erfolgsfaktoren vor allem auf die inhaltliche Ausgestaltung. Für eine erfolgreiche Umsetzung gesundheitsbezogener Strategien sei nach Aussagen des Londoner Experten vor allem eine positive Sprache förderlich, die bislang jedoch nicht ausreichend umgesetzt sei. Ihm zufolge sollten vielmehr Ressourcen und weniger Defizite älterer Menschen unterstrichen werden. Dies würde sie darin unterstützen, altersbezogene Einschränkungen zum einen besser anzunehmen sowie dem Abbau aktiv entgegen zu wirken. Dies reiht sich in die Ergebnisse der Literatur ein, die schon eingehend diskutiert wurden, sodass die nachstehende Diskussion entsprechend kurz ausfällt. Das Ergebnis kann ausgehend von der Kritik an defizitorientierten Altersbildern (Faltermaier et al., 2014; vgl. Martin & Kliegel, 2014; im Überblick s. Mir, 2018) und der Schlüsselpriorität eines aktiven Alters für das Wohlbefinden im Alter für die WHO (Dapp et al., 2018; Fries et al., 2011; Kalache et al., 2002) bestätigt werden. Die Relevanz der positiven Sprache wird indes durch Studienergebnisse von Graefe et al. (2012) untermauert, wonach sich die ältere Bevölkerung überwiegend als „normale Erwachsene“ wahrnimmt, wenngleich auch an dieser Stelle auf Gefahr einer Überbetonung der Potentiale im Alter hingewiesen werden muss (Kollewe, 2015; Naegele, 2010).

Insgesamt würden Städte, den Experten aus Prag und London zufolge, aufgrund der Angebotsvielfalt im Vergleich zu ländlichen Regionen zahlreiche Vorteile bergen. Insbesondere die Expertin aus Prag betonte, dass die meisten Angebote nicht direkt, aber indirekt auf eine Förderung der psychischen Gesundheit im Alter abzielen würden. Nach Friedli (2006) existiert eine Bandbreite an gesundheitsbezogenen Angeboten, die direkt oder indirekt die psychische Gesundheit fördern. Während die Entwicklung neuer Ideen und entsprechender Programme nach Aussagen des Amsterdamer Experten keine Problematik darstelle, sei zahlreichen Aussagen zufolge vielmehr schwierig, diese erfolgreich zu implementieren. Nach Aussagen der Hamburger Expertin sei ferner die Umsetzung innovativer Ideen schwierig (z.B. intergenerative Projekte). Insbesondere die Maßnahmen im Rahmen des Paktes für Prävention seien aus ihrer Sicht konservativ. Aus Krakau und London wurde die Kritik laut, dass zwar viele Strategien vorlägen, aber die Ziele unzureichend realisiert

würden, welches der Experte aus Krakau mit einem fehlenden Praxisbezug dieser begründete. Auch dies kann durch Angaben von Friedli (2006) untermauert werden, wonach politische Forderungen und die tatsächliche Umsetzung in der Praxis voneinander abweichen. Ausschlaggebend für eine fehlende praktische Umsetzung von Angeboten zur Förderung des Wohlbefindens im Alter sei laut Aussagen der Experten zudem, dass dies nicht verpflichtend sei. Laut Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007) können dies beispielsweise mit der Mitgliedschaft in einem übergeordneten Netzwerk, wie dem Gesunde-Städte-Netzwerk erreicht werden (Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 2019).

Darüber hinaus mangele es der Gesundheitsförderung im Gegensatz zur Versorgungsforschung an Durchsetzungskraft. Eine **mangelnde Zuständigkeit** kritisierte sie zudem in Hinblick darauf, dass die Ärzteschaft zwar den Sinn präventiver Maßnahmen erkennen, aber die Umsetzung primär bei anderen Berufsgruppen verorten würden (z.B. Psychologen). Es ist anzunehmen, dass dies aus der bislang unzureichenden Finanzierung entsprechender Leistungen resultiert, wenngleich sich dies mit dem neuen Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG) zumindest teilweise ändert (Deutscher Bundestag, 2015). Ferner fehle es an einer **systematischen Organisation** der bereits existierenden Strukturen (z.B. Runde Tische), die einen Austausch befördern würden, wie die Hamburger Expertin kritisch anmerkte. Die Relevanz spiegelt sich in der Befundlage wider, wonach Vernetzung als ein zentrales Element einer integrierten Gesundheitsförderung verstanden wird (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b), obwohl die Verbindlichkeit von Kooperationen stark divergiert (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; King & Ehlert, 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008). Wallace und Alkin (2008) empfehlen ferner ein systematisches Vorgehen, welches sich in bestehende Strukturen einfügt.

Der Hamburger Expertin nach fehle es indes an einer Strategie zur systematischen Organisation der psychologischen Unterstützung älterer Menschen und im Allgemeinen gäbe es unzureichend Versorgungsketten sowie Präventionsketten. Die Literatur fokussiert in Bezug auf **Präventionsketten** vor allem Kinder und Jugendliche sowie junge Familien, sodass in Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen keine fundierten Aussagen getroffen werden können. Die allgemeine Relevanz wird durch die Literatur untermauert (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b). Auch der Experte aus Amsterdam bestätigte einen Mangel funktionierender Präventionsketten und wies zugleich darauf hin, dass es nicht ausreichend qualitativ hochwertige Angebote gäbe, zu denen hin verwiesen werden könne und die Angebotsdarstellung sei im Allgemeinen unzureichend.

Dies wird nach Schaeffer et al. (2018) insbesondere durch eine unübersichtliche Angebotsdarstellung im Internet sowie eine überwiegend unzureichende Gesundheitskompetenz, insbesondere für den Bereich der Gesundheitsförderung, befördert. Auch würden **Beispiele guter Praxis** nicht systematisch verbreitet. Die Relevanz entspricht der Literatur und eine systematische Verbreitung guter Praxis wird u.a. mittels der Einrichtung von Koordinierungsstellen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in den Bundesländern angestrebt (Kilian et al., 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Tempel et al., 2014).

e) Sektorale Trennung / Intersektorale Zusammenarbeit

Zudem wurde, trotz der postulierten Relevanz (Böhme & Franke, 2010; Kilian et al., 2008; King & Ehlert, 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018), die intersektorale Zusammenarbeit als schwierig beschrieben. Die Kenntnis beschränke sich häufig auf das eigene Arbeitsfeld und entsprechende Handlungsbedarfe. Hinderlich für eine intersektorale Zusammenarbeit seien darüber hinaus unterschiedliche Zielvorgaben und Finanzierungsgrundlagen, die vor allem die niederländischen Experten aus Amsterdam und Rotterdam sowie der Londoner Experte unterstrichen. Obwohl es erforderlich sei relevante Stakeholder einzubeziehen, kann eine zu große Vielfalt aufgrund divergierender Interessen hinderlich sein (Wallace & Alkin, 2008), wie auch der Londoner Experte betonte. Auch Konkurrenzgedanken seien mögliche Gründe für die Schwierigkeiten intersektoraler Zusammenarbeit. Im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz (PrävG; Deutscher Bundestag, 2015) wird dies insbesondere hinsichtlich der Zusammenarbeit konkurrierender Sozialversicherungsträger bestätigt (Geene & Reese, 2017). Zur Beförderung der intersektoralen Zusammenarbeit würden in Rotterdam beispielsweise zahlreiche Treffen und Gespräche stattfinden, während die Expertin aus Nord-Trøndelag von einer fachübergreifenden Beraterin für gesundheitsbezogene Belange berichtete. Insgesamt entsprechen die Aussagen der Experten der Literatur.

f) Verfügbare Mittel

Allesamt berichteten, dass eine gesicherte Finanzierung notwendig für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung sei, wenngleich in Bezug auf den Bedarf weiterer finanzieller Mittel ein kontroverses Ergebnis vorliegt. Während die Experten aus Hamburg, Paris und Helsinki von einem ausreichenden Budget für die Umsetzung gesundheitsbezogener Angebote für die Zielgruppe älterer Menschen berichteten, hoben die Interviewpartner aus Amsterdam, Prag und Krakau den Bedarf weiterer Gelder hervor. Der Pariser Experte äußerte in diesem Zusammenhang sein Interesse an Beispielen guter Praxis. Die Hamburger Expertin beurteilte die meist unzureichende Regelfinanzierung etablierter

Angebote kritisch und betonte, dass im Rahmen des neuen Gesetzes zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (Deutscher Bundestag, 2015) neue Projekte hingegen stärker gefördert würden. Im Gegensatz dazu gab der Experte aus Rotterdam an, dass kleine innovative Projekte insgesamt schwieriger zu finanzieren seien. Ebensolche Projekte würden in Prag und Krakau im Rahmen von Wettbewerben gefördert. Dies seien zum einen Handlungsanreize und auf der anderen Seite würden auf diesem Weg die verfügbaren Gelder im Bereich der Gesundheitsförderung im Alter verteilt. Auch partizipative Prozesse, die folglich beschrieben werden, sind neben zeitlichen auf finanzielle und personelle Ressourcen angewiesen (Heite et al., 2015; King & Ehlert, 2008; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008), sodass der Bedarf finanzieller Mittel der Literatur entspricht.

g) Partizipation der Zielgruppe

Während für die vorherigen Ergebnisse jeweils hinderliche und förderliche Faktoren gemeinsam diskutiert wurden, wurde die partizipative Beteiligung insgesamt als sehr bedeutsam erachtet. Aufgrund der Vielzahl der Nennungen wurden die induktiv gebildeten Kategorien in zwei Schwerpunkte aufgeteilt. Nach dem Fokus auf der Beteiligung der Zielgruppe werden die Ergebnisse in Bezug auf die Beteiligung professioneller Akteure dargelegt. Die Zielgruppe sei gemäß zahlreicher Interviewaussagen sehr bedeutsam, denn dies befördere eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Zielformulierung und Angebotsstruktur, welche zudem das Ansehen der Stadt erhöhe. Zudem würden die Potentiale der älteren Menschen genutzt, welches wiederum die Akzeptanz unterstütze. Aus organisatorischen Gründen würden nach Angaben der Experten aus Krakau und London in der Regel keine Einzelpersonen involviert. Im Gegensatz dazu berichteten die Expertinnen aus Helsinki von dem Einbezug der Öffentlichkeit im Rahmen von mehr als 50 Veranstaltungen, in denen jeder eingeladen war, die eigene Meinung und Verbesserungsbedarfe zu äußern. In Paris seien dahingegen zufällig ausgewählte Teile der Bevölkerung beteiligt worden. Deutlich proaktiver erfolgte die Beteiligung nach Expertenaussagen in Paris, wo die interessierten Bürger in innovativen Think Tanks partizipierten, während die Älteren in Amsterdam sogar selbst als Forscher im Stadtteil aktiv und im Rahmen von Living Labs in Ko-Kreation in weitere Prozesse eingebunden seien. Kollewe (2015) bestätigt, dass derweil zahlreiche innovative Beteiligungsformen erprobt werden und vor allem ein sogenanntes user-involvement bedeutsamer wird, welches den Einbezug der Zielgruppe meint. Aber auch von klassischeren Beteiligungsformen, wie Fokusgruppen oder der kommunalpolitischen Seniorenbeteiligung wurde berichtet, welche als institutionalisierte gesellschaftliche Teilhabe verstanden wird (Dienel & Blanckenburg, 2010; Heite et al., 2015; Kollewe, 2015; Kricheldorff et al., 2015; Oswald & Konopik, 2015). Die Relevanz politischer Beteiligung kann in diesem Zusammenhang bestätigt werden (Dienel & Blanckenburg, 2010; Kollewe,

2015; Naegele, 2010). Die Expertin aus Eindhoven hob einen Verein zur kommunalpolitischen Beteiligung älterer Menschen hervor, aber verwies zugleich auf vorhandene Kontakte in Bezug auf eine aktive Beteiligung. Auch dieses Ergebnis reiht sich in die Befundlage ein, wonach es insbesondere sozialbenachteiligten Zielgruppen meist an entsprechenden kulturellen Ressourcen mangelt (Kollewe, 2015). Die Enquête-Kommission-Bürgerschaftliches Engagement postuliert zudem einen niedrigschwelligen Zugang und die verstärkte Förderung der Beteiligung älterer Menschen an für sie bedeutsame Entscheidungsprozesse (Naegele, 2010), wenngleich keine Verpflichtung zum Engagement suggeriert werden sollte (Kollewe, 2015; Naegele, 2010).

h) Partizipation der Akteure

Während die Zielgruppe nicht immer involviert würde, gaben die Experten geschlossen an, dass insbesondere bei der Entwicklung gesundheitsbezogener Strategien zahlreiche professionelle Akteure involviert würden. Dies treffe vor allem auf eine interministerielle Beteiligung zu, aber auch interdisziplinäre Berufsgruppen aus der Praxis sowie Wissenschaft würden dazu zählen. Der Bedarf, relevante Akteure einzubeziehen, reiht sich in die Literatur ein (Kilian et al., 2008; King & Ehlert, 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Der Experte aus Rotterdam betonte zudem, dass neben klassischen Akteuren auch jene einbezogen würden, die auf den ersten Blick ungewöhnlich erscheinen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine Scheinpartizipation vermieden werden sollte (Wright et al., 2008, 2010, 2015). Dies treffe auf die Stakeholder (King & Ehlert, 2008; Wallace & Alkin, 2008) sowie Zielgruppe zu (Heite et al., 2015; Kollewe, 2015). Neben regelmäßigen Arbeitstreffen zur Entwicklung und Begleitung der Umsetzung des „Aktionsplans zur Förderung eines gesunden Alterns“ aus Helsinki wurden auch innovative Partizipationsmethoden berichtet. Während in Paris beispielsweise Think Tanks und in Amsterdam Living Labs veranstaltet wurden, fand in Rotterdam zur Beförderung der Umsetzung der Ziele des städtischen Gesundheitsplans eine Arbeitstagung in einer Werft statt, die darauf abzielte, Kooperationen zwischen verschiedenen Akteuren vor Ort zu vereinbaren. Entsprechend des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit (2015b) divergiert die Intensität und Verbindlichkeit im Rahmen entsprechender Zusammenschlüsse stark. Neben einer Teilnahme an übergeordneten Netzwerken (u.a. Gesunde-Städte-Netzwerk; Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 2019), sollten die Prozesse systematisch gesteuert und koordiniert werden (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Dies kann u.a. durch den Einsatz des Instruments zur partizipativen Qualitätsentwicklung realisiert werden (Kilian et al., 2008; Tempel et al., 2014; Wright et al., 2008, 2010, 2015). Insgesamt reihen sich die Ergebnisse in die aktuelle

Befundlage ein und bestätigen vor allem eine Relevanz partizipativer Prozesse sowie die Bedeutung der Qualitätssicherung im Allgemeinen.

6.4 Kernbotschaft

Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter an Bedeutung gewinnt, aber im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung mehrheitlich noch nicht ausreicht. Insgesamt zeichnet sich jedoch ein Paradigmenwechsel in der Politik ab, der sich von einer klassischen Altenhilfe- hin zu einer modernden Altenpolitik entwickelt und vermehrt Ressourcen älterer Menschen berücksichtigt. Zudem ist eine ganzheitliche und ressourcenorientierte Sicht auf Gesundheit für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung sehr bedeutsam, wenngleich dies nicht überall realisiert werde. Einigkeit liegt auch hinsichtlich der Notwendigkeit theorie- und evidenzbasierter Praxis vor, obwohl sich auch hier die Umsetzung unterscheidet. Fehlende Zuständigkeiten und eine mangelnde Systematik wurden mehrheitlich als hinderlich beschrieben. Dies treffe u.a. für die erfolgreiche Implementierung von Präventionsketten zu. In diesem Zusammenhang wurde zum einen betont, dass ausreichend Angebote vorliegen würden, aber diese oft unzureichend bekannt seien. Insgesamt sei eine systematische intersektorale Zusammenarbeit sowie eine Verbreitung von Beispielen guter Praxis empfehlenswert. Zudem ist eine partizipative Einbindung der Zielgruppe und relevanter Akteure für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Strategieformulierung sowie Angebotsgestaltung notwendig und insbesondere der Einsatz innovativer Methoden empfehlenswert.

7 Allgemeine Diskussion

Der Zuwachs der Stadtbevölkerung (WHO, 2019a) sowie bereits hohe Anteil der älteren Stadtbevölkerung (Oswald & Konopik, 2015) stellt Kommunen vor allem vor zahlreiche Herausforderungen (Amrhein & Backes, 2012; Reichert & Lis, 2009; Schaeffer et al., 2018). Die funktionale Kompetenz, welche die Fähigkeit meint, den Alltag zu bewältigen, individuell bedeutsame Aktivitäten auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Menning & Hoffmann, 2009; WHO, 2015), und für das Wohlbefinden im Alter sehr bedeutsam ist, kann jedoch trotz abnehmender personaler Anpassungsressourcen mittels zahlreicher verhaltens- wie verhältnisbezogener Maßnahmen weitgehend aufrecht erhalten werden (Neumann et al., 2017; WHO, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung im urbanen Raum unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz und der sozialen Teilhabe im Alter und Qualitätsdimensionen einer gelingenden Umsetzung aufzuzeigen. Daraus ableitend stellt sich die Frage, inwiefern gesundheitsbezogene Strategien (Teil 2) und Interventionen (Teil 1) der 12 befragten Städte des europäischen MINDMAP Konsortiums das Wohlbefinden älterer Menschen im urbanen Lebensraum fördern. Zudem wurde untersucht, welche Besonderheiten der Zielgruppe (Teil 3) zu berücksichtigen sind und welche hinderlichen (Teil 4a) und förderlichen Faktoren (Teil 4b) einer gelingenden Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung vorliegen. Während die Verortung der quantifizierten Daten der publizierten Subanalysen in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) quantitativ erfolgte, wurden die Teile 2 bis 4a+b vertiefend mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Ergebnisse der einzelnen Teilstudien wurden bereits zuvor in den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs eingeordnet und diskutiert, sodass eine umfassende Diskussion über alle Teilergebnisse hinweg folgt. Anschließend werden die methodischen Einschränkungen und Stärken der Studie dargelegt.

7.1 Übergreifende Ergebnisdiskussion

Nachdem die einzelnen Auswertungsfragen eingehend unter Berücksichtigung der aktuellen Befundlage diskutiert wurden, werden diese unter Einbezug der weiteren Expertise zusammengeführt. Dazu zählen beispielsweise die Befunde der publizierten Subanalysen (Abschnitt 1.5.2), die als Datenbasis der Quantifizierung (Teil 1) sowie als Ausgangspunkt für die vertiefenden qualitativen Analysen (Teile 2,3,4a+b) der vorliegenden Dissertation dienten. Ferner wurden zur Untermauerung und Absicherung der Befunde eine fachliche Validierung der Befunde zur inhaltlichen Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Strategien (Teil 2) sowie eine Erfassung anekdotischer Evidenz durchgeführt

(siehe Abschnitt 2.4.4), die in Form untermauernder Zitate im Verlauf der Diskussion an passender Stelle integriert ist. Eine Übersicht der Rückmeldungen der MINDMAP Partner, die an der fachlichen Validierung teilnahmen, ist nachstehend aufgeführt. Aufgrund der voneinander abweichenden Form, in der das von der Verfasserin erstellte Dokument ausgefüllt wurde, werden insbesondere die höchsten Prioritäten aus Rotterdam, Helsinki und Turin in der Diskussion berücksichtigt. Die Expertin aus Hamburg verzichtete indes auf ein Ranking und hob vielmehr die Bedeutung eines Quartiersansatzes hervor, in dem fast alle Aspekte berücksichtigt werden. In Bezug auf die psychosozialen Determinanten unterstrich sie hingegen insbesondere die Bedeutung der sozialen Interaktion (social interaction) sowie einer sorgenden Gemeinschaft (strenghtening care for eachother). Die nachstehende Tabelle 14 zeigt eine Übersicht, während das Dokument, dass der fachlichen Validierung zugrunde lag dem Anhang B6 beigefügt sind.

Tabelle 14: *Übersicht der fachlichen Validierung der Befunde zur inhaltlichen Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Strategien (Teil 2) mit der MINDMAP Expertin aus Hamburg (HAM) sowie den MINDMAP Partnern aus Rotterdam (ROT), Helsinki (HEL) und Turin (TUR).*

		HAM	**ROT**	**HEL**	**TUR**
Behavioural determinants	Increasing health literacy	X	-	2	1
	Promoting digital literacy	X	-	4	3
	Promoting physical activity	X	1	1	4
	Promoting education in old age	X	-	3	5
	Maintaining Healthy diet	/	2	/	/
	Alcohol abuse prevention	/	3	/	/
	Adressing occupational classdifferences in health behaviour	/	/	/	/
	Inequality in vulnerability				2
Psychosocial determinants	Strenghtening care for each other	X	-	6	3
	Reduction of social inequality	X	3	1	4
	Strenghtening mental health	X	-	2	6
	Promoting social interaction	X	1	3	1
	Promoting social acitivity	X	2	4	5
	Support self-reliance	X	-	7	7
	Promoting social engagement	x	-	5	2
Physical environmental determinants	Mobility-promoting city design	X	1	1	1
	Smart homes	X	-	3	2
	Barrier-free living	X	-	2	3
	Places to meet		2	/	-
	Socioeconomic mixing in housing & urban planning	/	/	/	/
	Accesibility of services	/	/	/	x
Geriatrics and health care	Strenghtening health promotion	X	3	1	3
	Prevention of depression	X	1	2	1
	Prevention of dementia	X	2	3	5
	Screening for early detection	-	-	6	2
	Treatment of diseases	x	-	5	6
	Improvement of health services	-	-	4	4

Die Ergebnisse der Dissertation zeigen eine große Bandbreite und Diversität im Umgang mit den Herausforderungen des gesunden Älterwerdens auf. Zudem wird die Bedeutung einer gemeinsamen Betrachtung physischer und psychischer funktionaler Kompetenz älterer Menschen sowie deren Wechselwirkungen mit dem urbanen Lebensraum unterstrichen. Entsprechend der Ergebnisse der bereits publizierten Subanalysen (siehe Abschnitt 1.5.2), berichteten die teilnehmenden Städte von insgesamt 41 gesundheitsbezogenen Strategien. Davon liegt mindestens eine auf Stadtebene vor, die sich explizit an die ältere Bevölkerung richtet und diese nicht nur einbezieht. Hierzu liegt eine inkonsistente Befundlage vor. Während Ältere sich auf der einen Seite als „normale Erwachsene“ mit ähnlichen Bedürfnisse (Graefe et al., 2012) und viele sich nicht als „alt“ wahrnehmen (Faltermaier et al., 2014), sprechen zahlreiche Gründe für die Entwicklung spezieller Altersstrategien. Zum einen steigt mit fortschreitendem Lebensalter die Vulnerabilität gegenüber Erkrankungen (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Robert-Koch-Institut, 2015a; WHO, 2017b; vertiefend s. Kruse, 2017; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018) und multifaktoriellen funktionalen Einschränkungen, die hingegen weitgehend kompensiert werden können (Dapp, 2008; Dapp et al., 2018; Wurm et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Dies unterstreicht das Potenzial für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (Dadaczynski & Paulus, 2018; Dapp, 2008; Dapp et al., 2018; Friedli, 2006; Kilian et al., 2008; Robert-Koch-Institut, 2015b; im Überblick s. Mir, 2018; Wettstein & Wahl, 2018).

In Deutschland wird dies vor allem mit der Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) unterstützt (Deutscher Bundestag, 2015). Wenngleich der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter gestiegen ist und auch ein Paradigmenwechsel von einer versorgungsorientierten Altenhilfe- hin zu einer modernen Alten- und Sozialpolitik stattfindet (Naegele, 2010), berichteten insbesondere die Experten aus London und Prag von einem unzureichenden politischen Interesse an der älteren Bevölkerung. Trotz der Funktionseinbuße können Ältere in ihrem Stadtteil u.a. mittels der Übernahme ehrenamtlicher Aufgaben einen bedeutsamen gesellschaftlichen Beitrag leisten (Kricheldorff et al., 2015; WHO, 2017b). Es ist jedoch trotz der ausgeprägten Gemeinwohlorientierung älterer Menschen (Diener et al., 2003; vertiefend s. Kruse, 2017) zu bedenken, dass eine Überbetonung der Ressourcen insbesondere sozialbenachteiligte Personen möglicherweise überfordert und weiter ausgrenzt (Kollewe, 2015; Naegele, 2010). Dies unterstreicht die Relevanz, soziale und daraus resultierende gesundheitliche Ungleichheiten verstärkt zu berücksichtigen, wie vor allem die Experten aus Turin und Hamburg betonten. Im Rahmen der fachlichen Validierung wurde dieser Aspekt insbesondere von dem MINDMAP Partner Helsinki hervorgehoben. Während der Hamburger Pakt für Prävention insbesondere ältere Menschen mit einem

niedrigen sozio-ökonomischen Status fokussiere, hob der Pariser Experte hervor, dass die ältere Bevölkerung finanziell besser aufgestellt sei als die jüngere, wie auch durch die Literatur unterstützt wird (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017; Naegele, 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass dennoch viele Ältere von Altersarmut betroffen sind und dies zudem für den Einzelnen sehr bedeutsam ist und entsprechend berücksichtigt werden sollte (Naegele, 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013). Dies wird durch zahlreiche Belege zur Notwendigkeit einer Förderung sozialer Chancengleichheit untermauert (Jordan & Lippe, 2013; Kilian et al., 2008; Schaeffer et al., 2018; WHO, 2014), deren Relevanz für den europäischen (vgl. Reemann et al., 2015) und deutschen Raum bestätigt werden kann (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b). Vor allem riskante Lebenslagen fördern soziale Ungleichheiten (Motel-Klingebiel et al., 2010; im Überblick s. Kohli et al., 2005) und begünstigen zudem gesundheitliche Risiken (Buber & Engelhardt, 2011; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemens, 2013). Einem besonderen Risiko sind ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund (Böhme & Franke, 2010; Naegele, 2010; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemens, 2013; Levenson & Jackson, 2006) und vor allem pflegende Angehörige einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt (Nowossadeck et al., 2016; Wetzstein et al., 2015). Insgesamt ist der Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten nachgewiesen(Mielck, 2005; Perna et al., 2010).

Auch der Amsterdamer Experte betonte, dass das Lebensalter nur eine vieler relevanter Kategorisierungen sei, sodass bei der Zielformulierung vielmehr nach Risiko- und nicht primär nach Altersgruppen unterschieden werde. Auch die Literatur unterstützt eine gemeinsame Berücksichtigung vertikaler (u.a. Bildung, sozio-ökonomischer Status) und horizontaler Aspekte (u.a. soziale und räumliche Umwelt; vgl. Backes & Clemens, 2013; im Überblick s. Kohli et al., 2005). Zur Kompensation entsprechender Ungleichheiten erhalten ältere Menschen in Turin beispielsweise Vergünstigungen. Die Relevanz wird durch die Literatur bestätigt, denn unerfüllte Wünsche aufgrund eines fehlenden Einkommens gefährden das Wohlbefinden (Diener et al., 2003).

> *„Das finanzielle Umfeld ist wichtig und natürlich die finanzielle Situation. Gerade für Frauen“.* Frau (73 Jahre)
>
> *"Ich muss Zuzahlungen leisten. Im Grunde habe ich die nicht. Was die Regierung da macht ist unverschämt. Es kann nicht sein, dass wir, die ein Leben lang gearbeitet haben so wenig Unterstützung bekommen“.* (Frau 60 Jahre)

Darüber hinaus hat eine **Pluralisierung der Lebenslagen** älterer Menschen stattgefunden (Tesch-Römer & Wurm, 2009; vgl. Backes & Clemens, 2013), deren resultierende Vielfalt berücksichtig werden sollte (Faltermaier et al., 2014; vertiefend s. Kocka & Staudinger,

2009; Kruse, 2017; Schirra-Weirich & Wiegelmann, 2017). In den Städten Hamburg, Nord-Trøndelag, Turin, Eindhoven und Helsinki wurden ausschließlich Strategien genannt, die sich direkt an Ältere richteten oder diese explizit als relevante Subgruppe einschließen (insgesamt 32 von 41). Die ältere Bevölkerung sollte auch entsprechend der Literatur aufgrund ihrer Heterogenität in Subgruppen unterschieden werden (Boudiny, 2013; Faltermaier et al., 2014), wie es beispielsweise in Rotterdam vorgenommen wird. Der dortige Gesundheitsplan (Rotterdam Vitale Stad) richtet sich an die Gesamtbevölkerung, aber fokussiert Ältere beispielsweise in Bezug auf das Risiko der Vereinsamung (Vor Meekar; Übersetzung: Füreinander da sein) und hinsichtlich der Förderung eines möglichst langen selbstständigen Wohnens in der eigenen Häuslichkeit (Langer Thuis; Übersetzung: Länger zu Hause). Diese Aspekte werden im weiteren Verlauf vertieft. Es wird insgesamt deutlich, dass nicht von „den Alten“ gesprochen werden kann, sondern vielmehr eine heterogene Bevölkerungsgruppe vorliegt.

> „*Viele sind einfach zuhause und lassen sich nicht motivieren. Ich versuche das immer wieder, aber wir sind immer die gleichen. Das ist so schade. Viele Ältere haben Berührungsängste glaube ich. Vielleicht bin ich denen zu aktiv oder so“.*
> Frau (73 Jahre)

Entsprechend der Subanalysen richteten sich 197 der insgesamt 280 identifizierten Angebote ausschließlich an Ältere, während die weiteren Interventionen auch für andere Altersgruppen zugänglich waren. 128 Angebote fokussieren bestimmte Zielgruppen (u.a. Demenz, Depressionen) und fast ein Drittel war explizit dem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention zuzuordnen (91). Eine weitere Differenzierung über das Lebensalter hinaus wurde im Rahmen der Auswertungsfrage 1 mittels der Zuordnung der Interventionen in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ u.a. differenziert nach dem Funktionsstatus vorgenommen (WHO, 2015). Diese Differenzierung nach Subgruppen entspricht der Befundlage, wenngleich sozio-strukturelle Einflussfaktoren trotz ihrer Relevanz nicht berücksichtigt werden (Jordan & Lippe, 2013; Kilian et al., 2008; Schaeffer et al., 2018; WHO, 2014). Weitere Kenntnisse dazu werden im weiteren Verlauf an entsprechender Stelle diskutiert.

Ferner gaben die Ergebnisse der publizierten Subanalysen Hinweise darauf, ob die insgesamt 41 genannten gesundheitsbezogenen Strategien den Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation oder Pflege fokussierten. Mehrheitlich wurden psychische Störungen explizit adressiert (u.a. Depressionen im Alter, Demenz; 22 von 41), während sechs Strategien die Prävention dieser in den Blick nahmen. Gesundheitsfördernde Aspekte zur Stärkung der psychischen Gesundheit standen bei acht Strategien im Fokus. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter insbesondere mit psychischen Störungen assoziiert wurde, wie

auch die qualitativen Ergebnisse unterstreichen (Teil 2). Insbesondere in den osteuropäischen Städten werde der Fokus auf der psychiatrischen Versorgung betont. Dies entspricht der Literatur (European Observatory on Health Systems and Policies, 2018), wenngleich selbst die Versorgung meist mangelhaft ist (Friedli, 2006; WHO, 2017b; vgl. Levenson & Jackson, 2006). In Bezug auf die Förderung der psychischen Gesundheit wurde primär die jüngere Bevölkerung adressiert. Aufgrund der hohen Kosten einer psychiatrischen Versorgung gewinne die psychische Gesundheit Älterer beispielweise in Amsterdam aktuell an Bedeutung. Entsprechend der qualitativen Daten sei der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zwar gestiegen, aber reiche noch immer nicht aus. Hierzu liegen inkonsistente Ergebnisse vor. Während die Thematik in den Niederlanden, Helsinki, Nord-Trøndelag und Hamburg von großer Relevanz sei, werde sie gemäß des Krakauer Experten zum ersten Mal vermehrt in der nationalen Gesundheitsstrategie berücksichtigt und teilweise finanziert. Die Hamburger Expertin wies in diesem Zusammenhang auf das Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland hin (Deutscher Bundestag, 2015). Weiter wurde der hohe Stellenwert der Zielgruppe durch die starke Verankerung im städtischen Pakt für Prävention untermauert (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012, 2016). Jané-Llopis und Gabilondo (2008) heben den Bedeutungszuwachs auf europäischer Ebene hervor und zudem werden in Europa zumindest auf der übergeordneten Ebene die gleichen abstrakten gesundheitspolitischen Ziele verfolgt. Obwohl die Ausgestaltung aufgrund unterschiedlicher Voraussetzungen divergiert (vgl. Figueras et al., 2007), wird die Entwicklung und Realisierung europäischer Standards insgesamt angestrebt (vgl. Reemann et al., 2015).

In Bezug auf den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, kritisierte insbesondere die Prager Expertin den mangelnden Erfolg ihrer Bestrebungen, die Thematik stärker auf der politischen Agenda zu verankern. Dies entspricht dem Kenntnisstand der Literatur, wonach die gesundheitspolitische Bedeutung wachse (Buber & Engelhardt, 2011; Dadaczynski & Paulus, 2018; Regan, 2016), aber bislang nicht ausreiche (Friedli, 2006; Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; vgl. Hurrelmann et al., 2014). Auch Naegele (2010) verweist zum einen auf den bereits beschriebenen Paradigmenwechsel, aber ungeachtet dessen dominieren ihm zufolge weiter versorgungs- und pflegespezifische Aspekte. So wurde vor allem das Thema Demenz eindeutig mit dem Alter assoziiert und indes mehrheitlich im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Strategien im Alter genannt. Während das Thema Demenz in Eindhoven durch das Thema der sozialen Isolation und Einsamkeit im Alter abgelöst wurde, wurde die britische „Prime Ministers Challenge on Dementia“ und auch die Verankerung präventiver Ansätze mehrfach hervorgehoben. Der Literatur zufolge spielt eine gesunde Lebensweise und insbesondere körperliche Aktivität in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle (Prince et al., 2014).

Während Prävention vor allem in den osteuropäischen Städten mit Krankheit assoziiert werde, wurde in Helsinki auch die soziale Teilhabe darunter gefasst. Soziale Teilhabe meint insbesondere die Beteiligung an Aktivitäten, die eine soziale Interaktion mit anderen Mitgliedern der Gemeinschaft oder Gesellschaft ermöglichen (Levasseur et al., 2010; Pinto & Neri, 2016). Es ist anzunehmen, dass divergente Gesundheitsdefinitionen und -vorstellungen ursächlich sind. Während die Prager Expertin das noch immer dominierende biomedizinische Gesundheitsverständnis kritisierte, verwiesen die Experten aus Rotterdam und Amsterdam auf das neue Gesundheitskonzept „Positive Health". Dies sei weniger statisch und fokussiere die Ressourcen einer Person in Bezug auf sechs Dimensionen (Huber et al., 2011, 2016). Auch der Londoner Experte gab an, das Positive Health Konzepts in Großbritannien bekannt zu machen und zu etablieren. Jedoch habe dies bislang keine praktische Relevanz, wohingegen die niederländischen Gesundheitsstrategien bereits darauf basieren würden. In der vorliegenden Literatur finden sich zahlreiche Belege zur Relevanz einer entsprechenden Evidenzbasierung (Friedli, 2006; im Überblick s. Wirtz et al., 2018), wenngleich häufig Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis vorliegen (Friedli, 2006). Ein positives Gesundheitsverständnis befördert nach Wirtz et al. (2018) die subjektive Gesundheit, die wiederum zuverlässige Aussagen zur zukünftigen Mortalität und Morbidität gibt (Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2006; Jylhä, 2009; Vogelsang, 2014; im Überblick s. Tesch-Römer & Wurm, 2009; Wettstein & Wahl, 2018).

Auch die Bedeutung des Modells der Determinanten von Gesundheit von Dahlgren und Whitehead (2007) wurde seitens der Experten mehrheitlich bestätigt. Die Berücksichtigung entsprechender Einflussfaktoren auf die Gesundheit in den genannten gesundheitsbezogenen Strategien wurde im Rahmen der Subanalysen untersucht und ersichtlich, dass den einzelnen Aspekten in den genannten gesundheitsbezogenen Strategien fast die gleiche Relevanz beigemessen wurde. Dies reiht sich in die Literatur ein (Richter & Hurrelmann, 2018; WHO, 2014; vgl. Hurrelmann et al., 2014). Wenngleich die physische Umwelt am wenigsten genannt wurde, wird die Bedeutung der sozialen, aber auch räumlichen Umwelt in der Literatur mehrfach hervorgehoben (Puvill et al., 2016; Steptoe et al., 2015; vertiefend s. Kruse, 2017;). Zudem wurde deutlich, dass die genannten Interventionen überwiegend einzelne Aspekte adressieren (Eindimensionalität). Dazu zählen beispielsweise Kursangebote zur Förderung der körperlichen Aktivität (32 von 280), einer gesunden Ernährung (8 von 280) und kognitiven Fähigkeiten (12 von 280). Auch städtebauliche Maßnahmen, wie die Schaffung von Grünflächen oder der Verbesserung der kommunalen Infrastruktur zählen dazu (16 von 280). Da die Entwicklung von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit im Alter meist aus einem Zusammenspiel multifaktorieller Faktoren resultiert (u.a. funktionaler, psychosozialer, medizinischer, umweltbezogener Faktoren;

Fuchs et al., 2013), sollten diese in ihrer Gesamtheit berücksichtigt werden (Multidimensionalität). Dies kann beispielsweise mittels settinggestützter Angebote, die verhaltens- und verhältnisbezoge Ansätze kombinieren, erreicht werden (Dadaczynski et al., 2016; Dadaczynski & Paulus, 2018; Kilian et al., 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018).

Ein **gesundes Altern** wurde insbesondere von den Experten aus Amsterdam, Rotterdam, London und Prag als Ziel gesundheitsbezogener Strategien formuliert. Der Bedarf ergibt sich aus der geringen Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al., 2018) und dem positiven Einfluss des Gesundheitsverhaltens auf das Wohlbefinden im Alter (Rakhshani et al., 2014; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemens, 2013). Das Gesundheitsverhalten wird auch durch ein positives Altersbild befördert, da entsprechend der selbsterfüllenden Prophezeiung mehr in die eigene Gesundheit investiert wird (Westerhof et al., 2014; Westerhof & Wurm, 2015; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Aber auch das bereits mehrfach beschriebene erhöhte Krankheitsrisiko und resultierende funktionale Beeinträchtigungen unterstreichen die Bedeutung. Die Kompensationsfähigkeit und das Präventionspotential älterer Menschen wurden bereits im Zusammenhang mit dem Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter diskutiert und durch die Literatur bestätigt. Die funktionale Kompetenz älterer Menschen kann insbesondere durch die Veränderung der sozialen und räumlichen Umwelt positiv unterstützt werden (Neumann et al., 2017; WHO, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Dies ist eindrucksvoll im „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ unter Berücksichtigung der oben dargelegten Kapazitätsstadien dargestellt (Neumann et al., 2017; WHO, 2015). Die Interventionen wurden überwiegend der umweltbezogenen Ebene und dabei vor allem dem verhaltensbezogenen Ansatz zugeordnet. Eine Kombination verhaltens- und verhältnisbezogener Ansätze wird hingegen kaum realisiert, wenngleich dies empfohlen wird (Dadaczynski et al., 2016; Dadaczynski & Paulus, 2018; Kilian et al., 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Es wurde ersichtlich, dass Hamburg und die niederländischen Städte Eindhoven und Rotterdam überwiegend Angebote für die „fitten Alten“ (Hohe Kapazität) vorhalten und zudem zu den Spitzenreitern hinsichtlich des verhaltens- wie verhältnisbezogenen Angeboten zählen, während in Paris primär die Älteren mit einer niedrigen Kapazität adressiert werden. Ähnlich hohe Werte erzielten die Städte im Rahmen der publizierten Subanalysen (siehe Abschnitt 1.5.2), sodass die Ergebnisse nachvollziehbar sind und weiter bestätigt werden.

Entsprechend der Ergebnisse der publizierten Subanalysen zielten die genannten gesundheitsbezogenen Interventionen vor allem auf die Förderung der sozialen Teilhabe (49), gefolgt von der Alltagsunterstützung (37) und Bewegungsförderung (32) ab. Trotz des Anstiegs von bewegungsfördernden Angeboten (Krug et al., 2013), bewegen sich ältere

Menschen zu wenig (Kruse, 2007; Rakhshani et al., 2014), wenngleich das Gesundheitsbewusstsein im Allgemeinen steigt (Krug et al., 2013). Neben dem positiven Einfluss körperlicher Aktivität auf die kognitive Kapazität im Allgemeinen (Boudiny, 2013; Krug et al., 2013; Wurm et al., 2010) sowie demenziellen Erkrankungen (Prince et al., 2014) und Depressionen im Speziellen (Buber & Engelhardt, 2011; Regan, 2016), ist vor allem der positive Einfluss auf den Erhalt einer selbstständigen Lebensweise hervorzuheben (Dapp, 2008; Fuchs et al., 2013; Reichert & Lis, 2009; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Zudem ist eine insgesamt positive Beeinflussung von Bewegung auf das Wohlbefinden im Alter nachgewiesen (Haider et al., 2016; Rödjer et al., 2016; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018) und die Bewegungsförderung stellt eine der zentralen Maßnahmen der Gesundheitsförderung dar (Boudiny, 2013; Krug et al., 2013; Wurm et al., 2010). Die hohe Anzahl entsprechender Angebote reiht sich demnach in die Literatur ein. Ferner hoben die Experten aus Rotterdam und Helsinki die Relevanz körperlicher Aktivität im Rahmen der fachlichen Validierung hervor. Da die Förderung des **Gesundheitsverhaltens** auch eine zentrale Thematik der gesundheitsbezogenen Strategien darstellt, wurde ein Zusammenhang zwischen Strategien und Interventionen ersichtlich. Dies widerspricht den Angaben zahlreicher Experten, die auf Diskrepanzen zwischen formulierter Ziele und praktischer Umsetzung verwiesen, welches ebenfalls der Literatur entspricht (Friedli, 2006).

Nach Aussagen des Londoner Experten sollten in den gesundheitsbezogenen Strategien vor allem die **Potentiale des Alters** hervorgehoben und eine positive Sprache angewandt werden. Damit werde die Akzeptanz der Zielgruppe gefördert und zugleich die Attraktivität eines gesunden Alterns für die Politik erhöht. Dies entspricht der Literatur, denn Faltermaier et al. (2014) heben die Bedeutung eines positiven Altersbildes hervor und laut Graefe et al. (2012) nehmen sich viele Ältere als normale Erwachsene (Junge Alte) war. Ein positives Altersbild und eine entsprechende Selbstwahrnehmung beeinflussen den Alterungsprozess zudem positiv (self-fillfilling-prophecy; Westerhof & Wurm, 2015), sodass die Förderung einer ressourcenorientierten Sicht auf die ältere Bevölkerung in Bezug auf sie selbst und die Politik unterstrichen wird. Folglich sollte dies in Strategie sowie Interventionen berücksichtigt werden und auch Ältere, die das Alter selbst defizitär wahrnehmen hinsichtlich der Potentiale dieser Lebensphase sensibilisiert werden. Dazu gehören nach Kruse (2017) aus Sicht der Entwicklungspsychologie vor allem Ich-Integrität und Gerontotranszendenz. Auch die Weitergabe des Erfahrungswissens an nachfolgende Generationen ist hochbedeutsam und der positive Einfluss auf das Wohlbefinden ist nachgewiesen (Schmitt, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Zudem wird der Großelternrolle bei erfolgreicher Anpassung an die Rollenveränderungen ein positiver Einfluss auf den Alterungsprozess nachgewiesen (Hilbrand et al., 2017), welcher, vor allem wenn keine eigene Enkelkinder vorhanden sind, auch in Bezug auf generationsübergreifende Kontakte

mit Kindern und Jugendlichen anzunehmen ist. Das Sozialkapital älterer Menschen kann insbesondere in Stadtteilen mit einer hohen Anzahl sozial benachteiligter Bewohner unterstützend sein (Böhme & Franke, 2010) und zudem haben ältere Menschen nach Oswald und Konopnik (2015) das Bedürfnis ihren Alltag sinnvoll zu gestalten. Dies werde in Prag insbesondere im Rahmen **generationsübergreifender Aktivitäten** befördert und in Hamburg im Rahmen eines Projektes eines Mehrgenerationenhauses. Die Hamburger Experton betonte ferner, dass Intergenerativität sehr bedeutsam für die Gesundheitsförderung im Alter sei. Wenngleich die Prager und Hamburger Expertin jeweils Schwierigkeiten in Bezug auf die praktische Umsetzung intergenerativer Angebote kritisierten, wurde die Relevanz generationsübergreifender Projekte mehrfach bestätigt.

Auch die Bedeutung des **ehrenamtlichen Engagements** wurde mehrfach hervorgehoben, wenngleich die Standpunkte dazu divergieren. Während der Londoner Experte eine weitere Stärkung des Ehrenamtes forderte, verwies die Interviewpartnerin aus Hamburg darauf, dass viele Ältere im Ruhestand keinen weiteren Verpflichtungen nachgehen wollen. Diese Diskrepanz entspricht der diversen Befundlage. Auf der einen Seite wird die individuelle (vertiefend s. Kruse, 2017) und gesellschaftspolitische (Böhme & Franke, 2010; Kricheldorff et al., 2015; WHO, 2017b) Relevanz mehrfach postuliert und auf der anderen Seite vor zu viel Druck gewarnt (Naegele, 2010). Mehr Einigkeit herrscht hingegen in Bezug auf die vermehrten zeitlichen Ressourcen älterer Menschen vor (Cornwell & Waite, 2009; Faltermaier et al., 2014; Levasseur et al., 2010). Zudem wird die ausgeprägte Gemeinwohlorientierung im Vergleich zu Jüngeren betont (Dienel & Blanckenburg, 2010; Naegele, 2010). Neben dem klassischen Ehrenamt wurde die politische Partizipation (Dienel & Blanckenburg, 2010; Heite et al., 2015; Kollewe, 2015; Kricheldorff et al., 2015; Oswald & Konopik, 2015) und deren Bedeutung aufgrund der derzeitigen Unterpräsenz älterer Menschen in politischen Gremien belegt (Dienel & Blanckenburg, 2010; Kollewe, 2015). Diese Angaben bestätigen die mehrfach aufgeführte kommunalpolitische Beteiligung älterer Bürger. Neben klassischen Seniorenvertretungen oder der Teilnahme an Arbeitsgruppen wurden auch **innovative Partizipationsmethoden** genannt. Dazu zählen beispielsweise die Untersuchung des Stadtteils durch Senioren, die Teilnahme an Think Tanks, in denen gemeinsam mit Akteuren und der Zielgruppe innovative Lösungsmöglichkeiten ermittelt werden, oder deren Beteiligung (Ko-Kreation) am gesamten Projektverlauf. Entsprechende Beteiligungsprozesse sind auch nach der aktuellen Befundlage von hoher Bedeutung (Dienel & Blanckenburg, 2010; Kilian et al., 2008; Kollewe, 2015; Kricheldorff et al., 2015; Naegele, 2010; Wright et al., 2008, 2010, 2015). Die Beteiligung sollte unbedingt auf Freiwilligkeit basieren (Kollewe, 2015; Naegele, 2010) und keine Scheinpartizipation darstellen (Heite et al., 2015; Kollewe, 2015). Zur Unterstützung entsprechender Prozesse kann beispielsweise das Instrument der „Partizipativen Qualitätsentwicklung“

herangezogen werden (Wright et al., 2008, 2010, 2015). Zudem sollte der Zugang möglichst niedrigschwellig gestaltet sein (Naegele, 2010) und vor allem sozialbenachteiligte Zielgruppen einbezogen werden (Kollewe, 2015).

Es herrscht insgesamt ein inkonsistentes Altersbild vor. Auf der einen Seite wird die eben beschriebene Aktivität und gesellschaftliche Teilhabe postuliert und auf der anderen Seite mehrfach von einem noch immer bestehenden defizitären Altersbild berichtet. In der aktuellen Literatur wird das Alter nicht mehr als „Restzeit“ im Sinne überholter defizitorientierter Alterstheorien verstanden (Faltermaier et al., 2014; vgl. Martin & Kliegel, 2014; im Überblick s. Mir, 2018), sondern **soziale Teilhabe im Alter** vielmehr als hochbedeutsam für die Formulierung gesundheitsbezogener Ziele postuliert (Levasseur et al., 2010; im Überblick s. Mir, 2018). Ferner stellt „**active ageing**“ eine Schlüsselpriorität der WHO für das Wohlbefinden im Alter dar (Dapp et al., 2018; Fries, 1985; Fries et al., 2011; Kalache et al., 2002), sodass die Befunde sich in die Literatur einreihen.

„Ich bin aktiv und ich glaube das ist im Alter auch das Wichtigste“. Mann (80 Jahre)
„Das ist super mittendrin zu sein. Ich will ja nochmal was erleben“. Frau (66 Jahre)

Es ist an dieser Stelle jedoch darauf hinzuweisen, dass die Prager Expertin trotz der umfassenden Strategie zur Förderung des Wohlbefindens im Alter mehrfach die unzureichende Bedeutung der sozialen Teilhabe darin kritisierte. Ihr zufolge solle entsprechend der Ziele vor allem eine möglichst lange Beschäftigung erhalten werden, wie auch der Krakauer Experte bestätigte. Es wurden insgesamt unterschiedliche Prioritäten in Bezug auf die Förderung eines gesunden Alterns und des Wohlbefindens ersichtlich. Während in Nord-Trøndelag beispielsweise die Schaffung von aktivierenden Angeboten zum Erhalt einer möglichst langen selbstständigen Lebensweise im Fokus stehe, die auch in den Niederlanden primär die politische Agenda bestimmt, pointierte der Londoner Experte die Unterstützung eines erfüllten Lebens. Die unterschiedlichen Schwerpunkte der Experten können zum einen aus unterschiedlichen beruflichen Hintergründen, eigenen Assoziationen mit dem Alter oder der Diversität der älteren Bevölkerung zwischen einzelnen Ländern begründet sein. Aufgrund des Schwerpunkts der Dissertation werden landesspezifische Besonderheiten nicht vertieft. Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Bild einer aktiven älteren Bevölkerung vermittelt wurde, die neben dem Anspruch, weiterhin aktiv zu sein, vor allem so lange wie möglich zuhause wohnen bleiben möchte.

Die Bedeutung der **selbstständigen Lebensführung** wird vor allem durch den positiven Einfluss auf das Wohlbefinden gestützt (Graefe et al., 2012; Haider et al., 2016; Motel-Klingebiel et al., 2010; Rödjer et al., 2016; vgl. Backes & Clemens, 2013; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Die Thematik stellt laut der niederländischen Expertenaussagen

ein zentrales nationales Ziel, wenngleich dies in den Städten unterschiedlich umgesetzt werde. Als unterstützend wurden mehrheitlich ambulante Hilfen hervorgehoben und auch entsprechend der Subanalysen wurden alltagsunterstützende Angebote am zweithäufigsten genannt. Zudem zielt der Hamburger Pakt für Prävention auf eine Veränderung der sozialen und räumlichen Umwelt zur Unterstützung der Selbstständigkeit im Alter ab (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012).

> *„Kurze Wege sind wichtig. Ich bin nicht der Typ, der gerne Hilfe in Anspruch nimmt“.* Frau (73 Jahre)

Die alternde Gesellschaft stellt Kommunen vor zahlreiche Herausforderungen, da die altersassoziierten Prozesse dort, wo die Menschen leben, sichtbar werden (Amrhein & Backes, 2012; Reichert & Lis, 2009; Schaeffer et al., 2018) die Kommune ein sogenanntes „Dachsetting“ für weiterausdifferenzierte Settings darstellt (Dadaczynski & Paulus, 2018; Hartmann et al., 2016). Der Stadtteil gewinnt vor allem aufgrund des sich reduzierenden Aktionsradius an Bedeutung (Böhme & Franke, 2010; Heite et al., 2015; Kricheldorff & Oswald, 2015; Neumann et al., 2017; WHO, 2015; vertiefend s. Kocka & Staudinger, 2009;) und die Relevanz einer positiven Person-Umwelt-Interaktion steigt (Neumann et al., 2017; WHO, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Im Zuge dessen ist eine altersgerechte Stadtgestaltung für ältere Menschen sehr bedeutsam (Böhme & Franke, 2010; Heite et al., 2015; Kricheldorff & Oswald, 2015; WHO, 2014).

> *„Im Alter sucht man immer die kürzesten Wege. Es ist wunderbar in der Stadt zu leben“.* Frau (84 Jahre)

Die Experten aus Rotterdam und Helsinki betonten vor allem die Relevanz einer guten Ausgestaltung der Wege für die Förderung sozialer Teilhabe und nach Angaben der Expertin aus Eindhoven sehe auch die ältere Stadtbevölkerung darin den größten Verbesserungsbedarf. Ferner wurde der Bedarf weiterer Parkbänke betont, wie bereits im Rahmen der Seniorenbefragung 2012 „Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel“ (Dapp, Jacobsen & Fischer, 2013; Jacobsen, 2013) ersichtlich wurde, wenngleich der größte beschriebene Bedarf nach weiteren öffentlichen Toiletten von den Experten nicht genannt wurde. Neben sogenannten „Agency“-Aspekten (Gestaltung der räumlichen Umwelt), gewinnt vor allem das „Belonging“ an Bedeutung, welches die Zugehörigkeit im Stadtteil meint (Oswald & Konopik, 2015). Auch an dieser Stelle sind interindividuelle Unterschiede hervorzuheben, denn während die sogenannte Agency-Aspekte, wie die Förderung körperlicher Aktivität, des sozialen Austauschs sogenannten jüngeren Alten (70 bis 79 Jahre) wichtiger ist, wird das Zugehörigkeitsgefühl vor allem mit fortschreitendem Lebensalter bedeutsamer (Oswald & Konopik, 2015), wie im weiteren Verlauf weiter diskutiert wird. Insgesamt entspricht der mehrfach betonte Einbezug der Stadtplanung und das Ziel einer

mobilitätsfördernden Stadtgestaltung der Literatur. Die Befunde werden ferner durch Aussagen der fachlichen Validierung untermauert.

Entsprechend der Subanalysen liegen die meisten Angebote im Bereich der **sozialen Teilhabe** vor und auch die Erkenntnisse der qualitativen Analysen unterstreichen die Bedeutung sozialer Aktivität und sozialer Interaktion. Diese sind in der Literatur unter dem Begriff der sozialen Teilhabe zusammengefasst (Pinto & Neri, 2016). Der **sozialen Aktivität** wird ein bedeutsamer Einfluss auf das Wohlbefinden beigemessen (Havighurst, 1972; Naegele, 2010; Pinto & Neri, 2016; Weltzien, 2004) und „active ageing“ spielt auch für die WHO in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle (Dapp et al., 2018; Fries et al., 2011; Kalache et al., 2002). Dies kann zum Bespiel mittels eines weiteren Kompetenzerwerbs im Alter realisiert werden, dessen Bedeutung durch die Aussagen der Prager Experten zum positiven Einfluss des Erwerbs neuer Fertigkeiten auf die psychische Gesundheit im Alter sowie unterstützender Belege der Literatur unterstrichen wird (Faltermaier et al., 2014; vgl. Backes & Clemens, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Förderlich ist in diesem Zusammenhang eine positive Lernumgebung sowie unterstützende soziale Kontakte (vgl. Backes & Clemens, 2013).

> *„Ich wünsche mir ein Begegnungszentrum zum gemeinsamen Austausch. Also Gespräche, Wissen, Kompetenz, wie handwerkliche Tätigkeiten, Erfahrung“.*
> Mann (80 Jahre)

Weitere genannte Beispiele sind „Third Age Universities“ und der Erwerb digitaler Kompetenzen, die der Literatur zufolge auch im Umgang mit der Informationsflut im Internet unterstützen können (Schaeffer et al., 2018). Dies kritisierten vor allem die Expertinnen aus Helsinki. Der Turiner Experte hob indes die Bedeutung niedrigschwelliger Zugänge zu sozialen Aktivitäten hervor, der dort bespielweise mittels der Einführung der sogenannten „Card 60+“ verbessert werde. Damit haben Ältere ab 60 Jahren ein Jahr lang kostenfreien und danach vergünstigten Eintritt zu zahlreichen kulturellen, sport- und freizeitbezogenen Aktivitäten sowie dem Nahverkehr. Die unterstützende Wirkung entsprechender Rahmenbedingungen reiht sich in die Befundlage ein (Faltermaier et al., 2014; WHO, 2017b).

Ferner stellt die **soziale Interaktion** ein zentrales Element der sozialen Teilhabe dar (Levasseur et al., 2010). Die Wichtigkeit dieser Thematik reiht sich in die aktuelle Literatur ein, da stabile soziale Beziehungen die psychische Gesundheit positiv beeinflussen (Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009; Tomaka et al., 2006). Soziale Eingebundenheit stellt zudem ein zentrales Element für ein „erfolgreiches Altern“ nach Havighurst (1972) dar und auch Huxhold et al. (2010) postulieren die Bedeutung sozialer Beziehungen für die Erfüllung des Bedürfnisses nach Zugehörigkeit. Dies geht mit der Theorie der sozio-emotionalen Selektivitätstheorie einher, wonach sich soziale Kontakte

zwar reduzieren, aber dafür bedeutsame Beziehungen intensiviert werden. (Huxhold et al., 2010; vertiefend s. Kruse, 2017)

> *„Der Kontakt zu anderen Älteren ist schwierig. Viele sind distanziert. Jüngere sind offener“.* Frau (73 Jahre)

Dieser Anpassungsmechanismus ist insbesondere aufgrund des Wegfalls beruflicher sowie dem nicht-verwandtschaftlicher Kontakte und drohender Verwitwung bedeutsam (Künemund & Hollstein, 2005; vgl. Backes & Clemens, 2013). Nach Kruse (2017) sollte das soziale Umfeld einer älteren Person altersassoziierte Bedürfnisse akzeptieren und anerkennen, damit die Bewältigung entwicklungspsychologischer Krisen und der Gewinn von u.a. Ich-Integrität und Gerontotranszendenz gelingen kann. Zudem sollten relevante Akteure u.a. über die Anpassung der Erwartungen an soziale Beziehungen im Alter informiert werden, um Ältere in der Bewältigung altersassoziierter Veränderungen zu unterstützen (Boomsma et al., 2005; Cornwell & Waite, 2009). Dies wird beispielsweise im Rahmen der Intervention „GRIP & GLANS“ vorgenommen, auf die der Rotterdamer Experte mehrfach hinwies.

> *„Älterwerden ist schwierig, da du das ja mit dem Kopf machen musst, dass ich mal eine Pause machen muss, weil ich ja eigentlich nicht mehr so kann, wie früher. Das vergesse ich immer“.* Frau (66 Jahre)

Auf der anderen Seite sollten Gelegenheitsstrukturen für soziale Teilhabe geschaffen werden. Dazu zählen u.a. Senioren-, aber auch generationenübergreifende Bürger- oder Nachbarschaftstreffs. Während das Angebot eines Seniorentreffs, trotz unterschiedlicher Beliebtheit, mehrheitlich bestätigt wurde, ist an dieser Stelle auf das Bestreben aus Helsinki hinzuweisen, wonach insbesondere Nachbarschaftstreffs aufgrund der mangelnden Kontaktfreude der Bevölkerung befördert würden. Aufgrund der entwicklungspsychologischen Bedeutung intergenerativer Kontakte und der Weitergabe von Erfahrungswissen, sollten vor allem generationsübergreifende Kontakte unterstützt werden (Schmitt, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Die soziale Teilhabe im Quartier kann ferner durch die Förderung eines achtsameren Umgangs untereinander unterstützt werden und somit die Etablierung sorgender Gemeinschaften unterstützen (Kricheldorff et al., 2015; vertiefend s. Kruse, 2017), wie es in Rotterdam im Rahmen der Strategie „Vor Meekar“ angestrebt wird. Diese zielt vor allem darauf ab das Risiko der Vereinsamung zu reduzieren, wie der Name der Strategie „Vor Meekar“ unterstreicht, welches übersetzt „Füreinander da sein“ bedeutet. Dort würden, ebenso wie in Helsinki, vor allem nachbarschaftliche Kontakte gestärkt, sodass zum einen Individualisierungstendenzen abgebaut und ein achtsamer Umgang untereinander gestärkt wird, der insbesondere im Alter an Bedeutung gewinnt.

> *„Ein lokales, soziales Netzwerk beruht immer auf Gegenseitigkeit. Der Ton bestimmt die Musik“.* Mann 80 Jahre

Laut Aussagen des Rotterdamer Experten wurde, nach der anfänglichen Intension die objektive **soziale Isolation** zu reduzieren, der Fokus vielmehr auf das Risiko der **Vereinsamung** gerichtet. Der Literatur zufolge resultiert Vereinsamung aus einem Ungleichgewicht zwischen bestehenden und erwünschten sozialen Kontakten sowie einem mangelnden Zugehörigkeitsgefühl (Bekhet & Zauszniewski, 2012; Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009; Gierveld & Hagestad, 2016; Lukaschek et al., 2017; van Baarsen et al., 2016; WHO, 2014). Zudem wird der Einsamkeit ein höheres Gesundheitsrisiko beigemessen (Cornwell & Waite, 2009), welche insbesondere auf das Risiko depressiver Erkrankungen zutrifft (Böger et al., 2017; Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009; WHO, 2014).

> *„Ich will ja nicht depressiv werden. Deshalb bin ich hier und da unterwegs. So wie es eben geht. Aber belasten Sie sich nicht mit sowas. Sie sind jung – gehen sie raus, haben sie Spaß“.* Frau 60 Jahre

Eine ausgeprägte soziale Integration hat zudem eine zentrale Bedeutung für ein „erfolgreiches Alterns“ (Havighurst, 1972; Huxhold et al., 2010). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die quantitativen Daten zum Vorliegen von Einsamkeit im Alter meist unter den Erwartungen liegen (Huxhold et al., 2010; vertiefend s. Kruse, 2017), wenngleich Kruse (2017) die qualitative Dimension hervorhebt. Nach Huxhold et al. (2010) sollten insbesondere ältere Menschen mit einem Mangel an sozialen Beziehungen und dem Bedarf emotionaler Unterstützung identifiziert und unterstützt werden. Auch die Hamburger Expertin betonte, dass sozial isolierte Ältere am schwersten zu erreichen und erfolgreich unsichtbar seien. Dies wird untermauert durch die zahlreichen Nennungen zur Herausforderung, die Zielgruppe älterer Menschen zu erreichen, die dazu führte, dass sich gleich zwei Oberkategorien der Auswertungsfrage 3 (Besonderheiten der Zielgruppe) dieser Thematik widmen. Die Relevanz der Thematik reiht sich somit in die Befundlage ein und unterstützt das Ergebnis. Zur Identifizierung entsprechender Risikogruppen schlug die Hamburger Expertin vor, dass Hausärzte Risikogruppen mittels gezielter Fragen erfassen und entsprechend intervenieren könnten. Eine Zusammenarbeit mit dem medizinischen Versorgungssektor sei nach ihren Angaben jedoch meist schwierig, obwohl die Bedeutung der Hausärzte für ältere Menschen mehrfach betont wurde.

Die erfolgreiche Implementierung von Innovationen wurde im Allgemeinen mehrfach als hinderlicher Faktor aufgeführt. Ferner würden viele Akteure regionale Angebote oft nicht kennen, wie aus Paris und Prag betont wurde und von Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007) bestätigt wird. Dies entspricht den Ergebnissen, wonach unzureichende Kenntnis

die notwendige intersektorale Zusammenarbeit erschwere, für die u.a. eine fehlende Systematik und aktuelle Freiwilligkeit, sich für Ältere zu engagieren, als mögliche hinderliche Ursachen aufgeführt wurden, wie bereits zuvor belegt wurde. Neben den landesweiten Koordinierungsstellen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit (Kilian et al., 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b), können auch sogenannte **Präventionsketten** entsprechende Prozesse befördern, für die allgemeine (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b), aber keine Literaturnachweise in Bezug auf ältere Menschen gefunden wurden. Auch einige Experten kritisierten fehlende Präventionsketten sowie unzureichende Angebote, zu denen hin verwiesen werden kann, welches die Bedarfslücke unterstreicht.

Im Zusammenhang mit der Bedeutung der räumlichen Umwelt wurde mehrfach auf die notwendige **intersektorale Zusammenarbeit** verwiesen, wenngleich diese aufgrund unterschiedlicher Zielsetzungen, struktureller Vorgaben, divergenter Finanzierungsgrundlagen sowie Konkurrenz oft schwierig sei. Die Relevanz einer Zusammenarbeit unterschiedlicher Sektoren ist mehrfach belegt (Böhme & Franke, 2010; Kilian et al., 2008; King & Ehlert, 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Auch die zahlreichen Aussagen in Bezug auf die Schwierigkeiten intersektoraler Zusammenarbeit reihen sich in die Literatur ein und nach Wallace und Alkin (2008) resultiert dies aus der Vielfalt der Akteure, wenngleich genau dies laut der Befundlage gewünscht ist. Eine mögliche Ursache für die problematische Zusammenarbeit können stark divergierende Verbindlichkeiten sein (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; King & Ehlert, 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008). Wallace und Alkin (2008) weisen an dieser Stelle auf die Relevanz eines systematischen Vorgehens hin, welches im besten Fall an bestehende Strukturen anknüpft. Unterstützend können hier beispielsweise eine bereits hervorgehobene Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk sein (Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 2019; Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007) und auch die landesweiten Koordinierungsstellen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit sollen eben solche Prozesse unterstützen und befördern (Kilian et al., 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Tempel et al., 2014). Auch fehlende finanzielle Ressourcen wurden als hinderlich für eine gelingende praktische Umsetzung genannt. Dies trifft zudem auf die Realisierung partizipativer Prozesse zu, da diese vor allem zeitaufwendig sind (Heite et al., 2015; King & Ehlert, 2008; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008). Im Rahmen des Pakts für Prävention wurde zu Beginn beispielsweise erstmalig die Wohnungswirtschaft in die Planung der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter einbezogen, welcher zu dem Zeitpunkt noch als ungewöhnlicher Akteur galt (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012).

Zur notwendigen Differenzierung der älteren Bevölkerung können beispielsweise **regionale gesundheitsbezogene Daten** herangezogen werden, deren mangelndes Vorliegen insbesondere die Expertin aus Prag kritisierte, während dies u.a. aus Hamburg und Amsterdam positiv hervorgehoben wurde. Auch der Einbezug wissenschaftlicher Expertise kann die Formulierung evidenzbasierter Strategien und Interventionen unterstützen. Die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten und eine erfolgreiche Umsetzung der Expertise wurde vor allem aus den Niederlanden und London positiv hervorgehoben. Die Relevanz reiht sich in die Literatur ein (Friedli, 2006; im Überblick s. Wirtz et al., 2018) und die Erkenntnisse können beispielweise über die Verbreitung von Beispielen guter Praxis in die Fläche getragen werden (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b). Auch spielt die Evaluation gesundheitsbezogener Strategien und Interventionen in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle (Dadaczynski & Paulus, 2018; Hartmann et al., 2016; Kilian et al., 2008; King & Ehlert, 2008; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung von Evaluationen oft schwierig ist (im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018), welches u.a. auf unzureichende messbare Indikatoren und der Schwierigkeit settingbezogene Interventionen zu evaluieren, zurückzuführen ist (Hartmann et al., 2016; Kilian et al., 2008).

Eine besondere Relevanz hat die partizipative Beteiligung, die in Bezug auf die Zielgruppe bereits zu Beginn dieses Abschnitts diskutiert wurde. Ebenso wie für die Zielgruppe, sollte eine Scheinpartizipation vermieden (King & Ehlert, 2008; Wallace & Alkin, 2008) und eine systematische Steuerung entsprechender Prozesse unterstützt werden (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Dazu kann u.a. die partizipative Qualitätsentwicklung herangezogen werden (Kilian et al., 2008; Tempel et al., 2014; Wright et al., 2008, 2010, 2015). Bedeutsamer werden hingegen auch innovative Beteiligungsformen (Kollewe, 2015), wie es beispielsweise in Paris mittels Think Tanks und in Amsterdam in Form städtischer Living Labs realisiert werden.

Zusammenfassung

Während sich die zentralen Themen der gesundheitsbezogenen Strategien zur Förderung des Wohlbefindens im Alter zwischen den Städten ähneln, divergiert die Umsetzung hingegen maßgeblich. Dies entspricht der Literatur, wonach in Europa in erster Linie die gleichen abstrakten Gesundheitsziele verfolgt werden, aber sich die Umsetzung u.a. aufgrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme unterscheidet. Auch das zugrundeliegende Gesundheitsverständnis sowie der Stellenwert der älteren Bevölkerung tragen dazu bei. Im Fokus stehen die Förderung sozialer Teilhabe, der Aktivität im Alter sowie der Erhalt einer selbstständigen Lebensführung, wenngleich unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Insgesamt wird deutlich, dass das Wohlbefinden im Alter mittels einer Bandbreite an gesundheitsbezogenen Interventionen gefördert werden kann aber die Thematik noch immer unzureichend berücksichtigt ist. Insbesondere die Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen wird meist indirekt adressiert, während Strategien und Interventionen sich insbesondere an die jüngere Bevölkerung richten. Ferner sollte eine zielgruppenspezifische Angebotsgestaltung realisiert werden, die ältere Menschen nach ihrer funktionalen Kompetenz unterscheidet, denn altersassoziierte Beeinträchtigungen können weitgehend kompensiert werden. Dabei können vor allem umweltbezogene Maßnahmen unterstützen. Entsprechend der Verortung der gesundheitsbezogenen Interventionen der Städte in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) wurden in Hamburg und Rotterdam und Eindhoven überwiegend die Zielgruppe der „fitten Alten“ (hohe Kapazität) angesprochen, während Ältere mit niedriger Kapazität vor allem in Paris adressiert wurden. Wenngleich soziale Ungleichheiten in diesem Modell unberücksichtigt bleiben, wurde deren Relevanz mehrfach hervorgehoben. Auch das Risiko der sozialen Isolation und Vereinsamung im Alter stellt laut der Expertenaussagen eine relevante Thematik dar, die das Thema Demenz weitgehend von der politischen Agenda abgelöst hat. Auf der Ebene der Interventionen wurde überwiegend die Förderung der sozialen Teilhabe adressiert und neben Gelegenheitsstrukturen zur Förderung der generationsübergreifenden sozialen Teilhabe im Alter sollten Nachbarschaften im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft und ein entsprechender achtsamerer Umgang untereinander gestärkt werden. In Bezug auf die soziale Teilhabe älterer Menschen wurde die Bedeutung einer mobilitätsfördernden Stadtgestaltung mehrfach hervorgehoben. Ein ähnlicher Konsens lag hinsichtlich der Relevanz einer gelingenden intersektoralen Zusammenarbeit und innovativer partizipativer Prozesse bei der Entwicklung und Umsetzung gesundheitsbezogener Strategien vor. Obwohl auch hier Unterschiede in der praktischen Umsetzung vorlagen, wurden in den befragten europäischen Städten aus Sicht der Experten mehrheitlich die gleichen Ziele verfolgt.

7.2 Methodische Reflexion

Nachstehend werden methodische Limitationen und daraus resultierende Einschränkungen des Gültigkeitsbereichs der vorliegenden Untersuchung dargelegt. Diese sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Neben der Kritik an der Methodenwahl sowie der Stichprobe werden das methodische Vorgehen der Datenerhebung und -auswertung sowie mögliche Störvariablen aufgezeigt.

Wie bereits im Abschnitt 2.4.4 dargelegt, liegen der qualitativen Forschung bislang unspezifische Gütekriterien zugrunde (Flick, 2014; Lamnek & Krell, 2016). Während Flick (2014) sich gegen eine Anpassung quantitativer Kriterien ausspricht (Lamnek & Krell, 2016), heben Mayring und Fenzl (2014) die Notwendigkeit einer Einschätzung der Kenntnisse auf Basis quantitativer Gütekriterien hervor. Die folgende Methodendiskussion basiert auf den Ansprüchen nach Flick (2014, S. 422):

- begründete Darstellung der Methodenwahl
- transparente Darlegung der Vorgehensweise
- explizite Benennung der Ziel- und Qualitätsansprüche

7.2.1 Methodenwahl und methodisches Vorgehen

Methodenwahl. Der Forschungsarbeit liegt ein rein qualitatives Datenmaterial eigenhändig durchgeführter qualitativer Experteninterviews zugrunde, während die Datenauswertung mittels qualitativer und quantitativer Verfahren erfolgte. Um die Vorteile der jeweiligen Methoden zu nutzen, wurden im Sinne der Methodentriangulation bewusst qualitative und quantitative Auswertungsmethoden miteinander verbunden. Der Forschungsgegenstand kann somit von unterschiedlichen Seiten beleuchtet werden und Schwächen des einen Verfahrens können durch Stärken des anderen Verfahrens ausgeglichen werden (Baur et al., 2017; Denzin, 2009; Flick, 2011; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Kuckartz, 2017; Oswald, 2010; Vogl, 2017). Die Entscheidung für eine Datenerhebung mittels qualitativer Experteninterviews basiert auf den Ergebnissen des vorangegangenen Pre-Tests, nach denen eine quantitative Datenerhebung in Form eines Fragebogens aufgrund der Komplexität der Thematik unrealistisch sei. Wenngleich die Anpassung der Forschungsmethode mit einer Reduzierung der Stichprobe einhergeht, welche aus dem zeitlichen Mehraufwand der Durchführung, Transkription und Auswertung qualitativer Interviews resultiert, wird die Wahl der Forschungsmethode durch Aussagen von Lamnek und Krell (2016) gestützt, wonach qualitative Methoden bei explorativen Forschungsdesigns empfohlen werden. Aufgrund der bislang unzureichenden Kenntnisse hinsichtlich gesundheitsbezogener Strategien und Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens liegt dies

in der vorliegenden Untersuchung vor. Ferner besteht im Rahmen qualitativer Interviews die Möglichkeit, durch gezielte Nachfragen unverständliche Fragen oder Antworten zu wiederholen oder anderweitig zu erklären. Auch können mittels weiterer Nachfrage auch komplexe Sachverhalte dargelegt werden und auf praktische Beispiele verwiesen werden (Lamnek & Krell, 2016). Kritisch zu betrachten sind hingegen sprachliche Barrieren, die in Missverständnissen münden können. Doch insofern dies bereits während des Interviews ersichtlich wird, bietet diese Forschungsmethode die Möglichkeit entsprechende Unklarheiten nachträglich im Gesprächsverlauf zu korrigieren. Insgesamt stellen Experteninterviews eine klassische und geeignete Form der Datenerhebung dar (Mayring, 2015), da Experten mit ihrem Fach- und Kontextwissen über relevante Kenntnisse zur Zielgruppe verfügen, wenngleich sie nicht dazu gehören (Durach et al., 2017; Gläser & Laudel, 2010; Przyborski & Wohlrabv-Sahr, 2014).

Stichprobenakquise und -beschreibung. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte auf Basis der Empfehlungen durch die MINDMAP Partner der jeweiligen Stadt. Diese wurden schriftlich darum gebeten, die aus ihrer fachlichen Sicht am besten geeignete Person mit der größtmöglichen Expertise zu städtischen gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens im Alter zu identifizieren. Diese sollten im besten Fall Mitarbeiter des städtischen Sozial- oder Gesundheitsministeriums sein, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder einer übergeordneten Organisation im Bereich der psychischen Gesundheit tätig sein. Dem MINDMAP Partner Hamburg wurden Kontaktdetails (Name, Institution, E-Mailadresse, Telefonnummer) mitgeteilt, sodass die Verfasserin den Kontakt aufnehmen konnte. Zur weiteren Information wurden den identifizierten Experten Informationen zum MINDMAP Konsortium sowie dem Arbeitspakets 9.4 zugesandt. Zudem wurde der Interviewanfrage eine Themenübersicht der durchzuführenden Untersuchung beigefügt. Diese diente der Einschätzung, ob der Experte sich selbst in der Lage sieht die Fragen des Interviews zu beantworten sowie als mögliche Vorbereitung. Dies erwies sich als sehr unterstützend, da einige der identifizierten Experten die Verfasserin im Vorfeld an anderweitige Ansprechpersonen in der jeweiligen Stadt verwiesen oder sich weiterführende Expertise für das bevorstehende Interview einholten. Insgesamt erwies sich die Stichprobenakquise als sehr zeitaufwendig. Die Experten verfügten allesamt über umfangreiche Kenntnis in ihrem jeweiligen Themengebiet, wenngleich die Schwerpunkte entsprechend ihres beruflichen Hintergrunds sowie derzeitigen Tätigkeit divergieren. Zur Erfassung dieser Informationen wurden diese im Rahmen der Interviews erfragt und in der anschließenden fachlichen Validierung die pseudonymisierten Daten zur weiteren Veröffentlichung durch Experten abgesichert. Wenngleich die meisten Interviewpartner in städtischen Sozial- oder Gesundheitsministerien oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst tätig waren, erwies sich die Stichprobe dennoch als sehr heterogen. Dennoch

liegt durch die strukturierte Identifizierung durch die MINDMAP Partner eine systematische Stichprobenakquise zugrunde. Zudem bot dies die Möglichkeit interdisziplinäre Perspektiven zur Förderung des Wohlbefindens im Alter sowie entsprechend divergente berufspraktische Erfahrungen in Hinblick auf die kommunale Gesundheitsförderung im Alter zu erfassen. Kritisch zu betrachten ist hingegen die geringe Stichprobe, denn wenngleich eine umfassende Expertise das Einschlusskriterium darstellte, liegen für jede Stadt nur die Kenntnisse von einem oder maximal zwei Experten vor. Dies gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse sowie den Handlungsempfehlungen zu berücksichtigen. Eine besondere Stärke der Studie ist die Vollständigkeit, da für alle 12 MINDMAP Städte Datengrundlagen vorliegen.

Einschlägige Übersichtsarbeit. Als besonders positiv hervorzuheben ist die vorangegangene Recherche in online-gestützten Datenbanken nach zur Verfügung stehenden Informationen zu gesundheitsbezogenen Strategien der jeweiligen MINDMAP Städte. Dies erfolgte Aufdeckung unzureichender Informationen unterstreicht das explorative Design der Studie und legitimiert zudem die Erfassung dieser Kenntnisse mittels der leitfadengestützten Experteninterviews. Neben vorab festgelegten Kriterien wurden auch die zugrundeliegenden Datenbanken sorgfältig ausgewählt und stellen allesamt etablierte Quellen dar. Die analysierten Kategorien wurden in einer umfassenden Exceltabelle gesammelt und strukturiert dargestellt. Mittels der umfangreichen Matrix ist es möglich auf europäischer Ebene zur Verfügung stehende Daten und zudem Lücken aufzuzeigen. Diese Kenntnisse bildeten die Grundlage für Entwicklung des zugrundeliegenden Fragebogens. Der Recherche lag ein systematisches Vorgehen zugrunde, obwohl entsprechende Informationen nicht in wissenschaftlichen Artikeln aufzufinden sind und demzufolge kein systematisches Review durchgeführt werden konnte. Auch aufgrund des begrenzten Umfangs der Dissertation wäre dies nur schwer realisierbar gewesen. Kritisch zu betrachten ist hingegen die sprachliche Einschränkung, denn es wurden nur englischsprachige Begriffe gewählt, sodass muttersprachliche Informationen zu möglichen vorliegenden Strategien nicht identifiziert wurden. Aufgrund entsprechender Sprachbarrieren und der Verständigung auf englischer Sprache im MINDMAP Konsortium kann dies Vorgehen hingegen begründet werden.

Leitfaden. Die Leitfadenkonzeption erfolgte auf Basis zahlreicher theoretischer Vorüberlegungen der Verfasserin und in enger Absprache mit dem geriatrischen Forschungsinstitut des Albertinen-Hauses (siehe Abschnitt 2.2.2). Grundlage des Leitfadens bildete weiterhin der Fragebogen, der gleichzeitig als Bewertungsmatrix diente. Somit war ein systematisches Vorgehen gewährleistet, welches es trotz größtmöglicher Offenheit bedarf (Helfferich, 2014). Die intensive Recherche der Verfasserin hinsichtlich der zu erfassenden

Themenbereiche und die Kontrolle durch zwei weitere Projektmitarbeiterinnen stellte sicher, dass die Fragen nicht alleinig auf dem Erfahrungswissen der Autorin basieren. Aufgrund der mehrfachen Aufführung von Besonderheiten im Zusammenhang mit der Zielgruppe älterer Menschen und der daraus resultierenden Relevanz der Thematik wurden entsprechende Fragen auch in den nachstehenden Interviews aufgegriffen. Die Erfassung weiterer bedeutsamer Informationen über den Leitfaden hinaus stellt einen zusätzlichen Vorteil der gewählten Untersuchungsmethode dar, wenngleich dies die Verfasserin mehrfach vor die Herausforderung einer strukturierten Gesprächslenkung stellte. Der Leitfaden erwies sich insgesamt als förderlich für einen Gesprächsverlauf, obwohl Sprachbarrieren zu mehrfachen Nachfragen oder Satzabbrüchen führten. Zudem trug die Heterogenität der Stichprobe dazu bei, dass die Intensität der Beantwortung zwischen den einzelnen Themenbereichen stark divergierte.

Datenerhebung. Zur Unterstützung des Gesprächsverlaufs wurde den Experten vor dem Interview die Tabelle 3 (Part 2) der Bewertungsmatrix zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Interventionen (Anhang B4) zugesandt. Aufgrund sprachlicher Barrieren erwies sich dies als sehr förderlich, wenngleich eine mögliche Fokussierung auf gewünschte gesundheitsbezogene Interventionen kritisch zu betrachten ist. Es ist an dieser Stelle zu betonen, dass für die anderen Themenbereiche des Interviews keine entsprechende Übersicht vorlag, sodass diese Informationserfassung dem explorativen Vorgehen entsprach. Die Dauer der Interviews variierte zwischen ein bis zwei Stunden. Unterschiede hinsichtlich der Länge qualitativer Interviews reihen sich in die Befundlage ein (Lamnek & Krell, 2016). Als besonders auffällig erwies sich die Tatsache, dass insbesondere die Interviews mit den Experten aus Hamburg sowie London verhältnismäßig lang andauerten. Dies ist zum einen auf jeweils zwei durchgeführte Interviews mit dem jeweils gleichen Experten zurückzuführen, da das erste Interview aufgrund eines jeweiligen Folgetermins des Interviewpartners abgebrochen werden musste. Einschränkungen hinsichtlich der Beschreibung komplexer Sachverhalte und bestimmter Aspekte wurden von den weiteren Interviewpartnern mehrfach kritisiert, sodass Informationsverluste anzunehmen sind. Ein vorab geplantes skalenbasiertes Ranking in Bezug auf die hinderlichen und förderlichen Aspekte hinsichtlich der praktischen Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung musste aufgrund der fehlenden Nachvollziehbarkeit für die Experten gestrichen werden. Die Informationen wurden schließlich, wie die anderen Themenbereiche auch, mittels möglichst offener Fragestellungen erfasst. Dies bietet den Vorteil einer einheitlichen Datenerhebung, wenngleich die Zuweisung zu Zahlenwerten in einem Ranking weiterführende Vergleiche ermöglicht hätte. Die Interviews wurden allesamt mittels der Aufnahmefunktion eines Mobilfunkgerätes aufgenommen. Aufgrund des Datenschutzes wurden diese auf dem

Handy entfernt und auf einem USB-Stick gespeichert, der für die Öffentlichkeit unzugänglich verwahrt wurde.

Interviewer. Besonders positiv hervorzuheben ist die Tatsache, dass alle Interviews durch die Verfasserin, also nur einer Person, durchgeführt wurden. Dies reduziert sogenannte Interviewer-Effekte, die auch als „Interviewer-Bias“ bezeichnet werden, denn der Interviewer beeinflusst u.a. durch seine Art der Fragestellung den Gesprächsverlauf. (Glantz & Michael, 2014). Auch die Gefahr der sozialen Erwünschtheit (Stocké, V., 2014) ist aufgrund der persönlichen Distanz durch das Telefongespräch als relativ gering zu betrachten, wenngleich dies nicht überprüfbar ist.

Aufgrund ihrer eigenen fachlichen Expertise und theoretischen sowie praktischen Erfahrungen im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen sowie in Bezug auf die partizipative Entwicklung politischer Strategien erwies sich die Verfasserin als geeignete Interviewerin. Ihr Erfahrungswissen sowie sehr gute Englischkenntnisse trugen dazu bei, dass Sprachbarrieren aufgrund gezielter und expliziter Nachfragen bestmöglich überwunden werden konnten. Kritisch zu betrachten sind hingegen mögliche Vorab-Annahmen seitens der Verfasserin, wenngleich versucht wurde eine möglichst neutrale Position einzunehmen. Auch die langjährige Zusammenarbeit mit dem geriatrischen Forschungsinstituts des Albertinen-Hauses erwies sich aufgrund der in Kooperation erstellten Masterarbeit „Der Stadtteil als Setting für ein gesundes Altern“ im Rahmen der „Seniorenbefragung 2012 - Gesund und aktiv leben in Eimsbüttel“ (Jacobsen, 2013) für den gesamten Forschungsprozess als sehr förderlich.

Interviewsituation. Die Interviewsituation bestimmt die Brauchbarkeit und Güte der Daten maßgeblich (Flick, 2014). Aufgrund der telefonischen Durchführung der Interviews konnte eine möglichst ungestörte und vertraute Gesprächssituation lediglich durch eine gute Vorbereitung und durch die Beseitigung von möglichen Störvariablen sichergestellt werden. Dies gelang seitens der Interviewpartnerin, denn die Interviews wurden mehrheitlich in einem Büro des geriatrischen Forschungsinstituts des Albertinen-Hauses oder im privaten Arbeitszimmer der Verfasserin geführt. Seitens der Interviewpartner wurden zwei Interviews über ein Mobiltelefon geführt, welches teilweise zu Unruhe und Ablenkungen führte. Im Falle eines Interviews via Skype führten Verbindungsprobleme in einem Interview zu Störungen des Gesprächsflusses. Am geeignetsten erwies sich das persönliche Gespräch mit der Expertin aus Hamburg, welches aufgrund der räumlichen Nähe möglich war. Zudem stellte dies bewusst das erste Interview dar, sodass im Nachgespräch Anregungen für die weiteren Interviewgespräche besprochen werden konnten. An diesem Gespräch nahmen zudem zwei weitere Projektmitarbeiterinnen des MINDMAP Partners Hamburg teil, sodass weitere Anregungen für die nachfolgenden Interviews diskutiert werden konnten. Die Wahl

der telefonischen Interviews erwies sich aufgrund der Internationalität der Stichprobe und den damit verbundenen weiten Anreisen und entsprechend hohen Kosten als passend für die vorliegende Untersuchung.

Transkription. Die Datenbasis der Dissertation wurde mittels der vollständigen und einheitlichen Transkription der Interviews entsprechend der Transkriptionsregeln nach Kuckartz et al. (2007) angefertigt. Das Transkript stellt eine theoriegeleitete Rekonstruktion des Interviews dar, wenngleich nicht das gesamte soziale Geschehen erfasst werden kann. Auch finden erste Interpretationen statt (z.B. Tonfall). Dennoch ermöglicht die Transkription eine Nachvollziehbarkeit der Analysen durch weitere Forscher (Meyer & Meier zu Verl, 2014). In der vorliegenden Untersuchung wurde mit Ausnahme bedeutungsloser sprachlicher Wiederholungen und Wortfehlern, die aus Sprachbarrieren resultieren, eine wörtliche Verschriftlichung der Audioaufnahmen vorgenommen.

Datenauswertung. Wie bereits beschrieben, wurden im Sinne der Methodentriangulation bewusst qualitative und quantitative Analysen des gleichen Datenmaterials vorgenommen, welche sich als sehr gewinnbringend erwies. Beiden Verfahren ging eine intensive Auseinandersetzung mit dem Material voraus, denn dies ist die Basis der kategoriengeleiteten qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Auch für die systematische Quantifizierung der Daten wurden die qualitativen Transkripte gesichtet und den Textstellen Zahlenwerte der vorab erstellten Bewertungsmatrix zugeordnet. Anschließend wurden Häufigkeiten für die unter Abschnitt 1.5.2 vorgestellten und bereits piblizierten Subanalysen sowie die Auswertung der Auswertungsfrage 1 (Abschnitt 3) berechnet und abgebildet. Während die gesundheitsbezogenen Strategien in Anlehnung an die induktive Kategorisierung nach Mayring (2015) aus dem Material heraus erhoben wurden, erfolgte die Zuweisung der extrahierten Textstellen zu den Determinanten der Gesundheit sowie den gesundheitsbezogenen Interventionen zu bereits festgelegten Kategorien. Dies Verfahren nähert sich der deduktiven Kategorienanwendung an. Wenngleich die Quantifizierung der Daten nicht auf einem etablierten Verfahren wie der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) erfolgte, lag der Datenauswertung ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen zugrunde. Dies war aufgrund der vollständigen Kategorisierung des Materials und Zuweisung in die Bewertungsmatrix durch zwei unabhängige Forscher zudem sehr zeitintensiv. Das Verfahren der systematischen Überprüfung ist nachstehend unter dem Punkt „Intersubjektive Überprüfbarkeit“ vertiefend dargelegt. Wenngleich die Quantifizierung qualitativer Daten qualitative Primärdaten komprimiert zusammenfasst und platzsparend ist sowie eine neue Auswertungsperspektive schafft (Kuckartz, 2017; Vogl, 2017), gehen mit der stetigen Reduzierung des Materials Informationsverluste und erste Interpretationen einher, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

In Bezug auf die in Teil 1 vorgenommene Einordnung der MINDMAP Städte in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) ist zu berücksichtigen, dass für die Stadt London aufgrund des Ausnahmefalls von zwei berücksichtigten Interviews nur ein Interview in die Analysen der Auswertungsfrage 1 einbezogen wurde. Aufgrund der ausgeprägten fachlichen Expertise im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens wurde das Interview mit der Kennung „LON_2“ ausgewählt. Insgesamt liefert die visuelle Einordnung der MINDMAP Städte in das WHO Modell gewinnbringende Kenntnisse zu Potentialen und möglichen Handlungsbedarfen und stellt insbesondere aufgrund der Informationen von 12 europäischen Städten eine Innovation dar.

Die Verfasserin entschied sich bewusst für eine vertiefende Analyse des Datenmaterials mittels der kategoriengeleiteten qualitativen Inhaltsanalyse, da es die Erfassung weiterführender Erkenntnisse zur inhaltlichen Ausgestaltung und praktischen Umsetzung der gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen ermöglicht (Mayring & Fenzl, 2014; Mayring, 2015). In dem vorliegenden Forschungsvorhaben konnten somit beispielsweise komplexe Thematiken unter Berücksichtigung des Gesamtkontextes erfasst werden. Zudem können Beweggründe für oder gegen die Verankerung bestimmter Thematiken in Hinblick auf die Förderung des Wohlbefindens erfasst und diskutiert werden. Ferner stellt die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ein standardisiertes und etabliertes Verfahren der Auswertung qualitativer Daten dar, welches sich insbesondere bei explorativen Studien eignet. Auch die Wahl der induktiven Kategorienbildung resultierte aus dem explorativen Design der Untersuchung, da darauf abgezielt wurde, neue Kenntnisse aus dem Datenmaterial zu extrahieren, während die deduktive Kategorienanwendung vielmehr bestehende Kenntnisse überprüft. Besonders hervorzuheben ist die Teilnahme der Verfasserin an dem 17. Workshop zur Qualitativen Inhaltsanalyse bei dem Begründer dieser Forschungsmethode, Herrn Prof. Philipp Mayring in Cap Wörth/Velden am Wörthersee in Österreich. Auch die Doktorandinnen, die zur Intercoderreliabilität konsultiert wurden, nahmen an dem Workshop teil. Die Verfasserin hatte die Möglichkeit, ihr bis zu dem Zeitpunkt (Juni 2018) erstelltes Kategoriensystems im Rahmen eines Vortrages vorzustellen und direkte Rückmeldungen von Herrn Prof. Mayring sowie seinem Team (Prof. Dr. Thomas Fenzl & Mag.[a] Stella Lemke) zu erhalten. Auf Basis der gewonnenen Kenntnisse wurde das Kategoriensystem von der Verfasserin adaptiert, sodass die Datenauswertung der vorliegenden Doktorarbeit methodisch weiter abgesichert wurde. Die Überlegung, auch die Frage nach den gesundheitsbezogenen Interventionen qualitativ zu analysieren und eine deduktive Kategorienanwendung auf Basis der theoretischen Überlegungen zur Differenzierung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen von (Dadaczynski & Paulus, 2018) vorzunehmen, wurde nach einem telefonischen Fachgespräch mit dem Erstautor des genannten Artikels verworfen. Ausschlaggebend war

die Erkenntnis, dass eine weiterführende Differenzierung der gesundheitsbezogenen Interventionen keinen gewinnbringenden Erkenntnisgewinn für die kommunale Gesundheitsförderung liefern würde und darüber hinaus eine Kombination beider Ansätze im Setting empfohlen wird (Dadaczynski & Paulus, 2018). Die bereits beschriebene Verortung der Interventionen in dem „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) liefert dahingegen völlig neue Kenntnisse, da entsprechende Analysen nach dem Wissenstand der Verfasserin sowie dem MINDMAP Partner Hamburg bisher noch nicht vorgenommen wurden. Zudem erweisen sich die visualisierten Ergebnisse für die Entwicklung weiterer Handlungsempfehlungen der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter unter besonderer Berücksichtigung der funktionalen Kompetenz als sehr förderlich.

Es wurde bewusst keine Typenbildung bei der Ergebnisbeschreibung vorgenommen, da eine entsprechende Differenzierung zwischen den MINDMAP Städten für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant ist. In der Diskussion wurden vielmehr Gemeinsamkeiten und Besonderheiten hervorgehoben. Die strukturierte Datenauswertung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) erfolgte mittels des digitalen Auswertungsprogramms MAXQDA 11 und 12. Aufgrund einer benötigten Lizenzverlängerung musste im Forschungsprozess auf eine aktuellere Version des Programms zurückgegriffen werden, welches die Ergebnisinterpretation jedoch nicht negativ beeinflusst.

7.2.2 Ziel- und Qualitätsansprüche

Nachstehend erfolgt eine Diskussion der Ziel- und Qualitätsansprüche, die der vorliegenden Dissertation zugrunde liegen. Neben der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wird die Generalisierbarkeit thematisiert und kritisch beleuchtet.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Wenngleich in der qualitativen Forschung aufgrund der begrenzten Möglichkeit der Standardisierung eine identische Wiederholung der Untersuchung unmöglich ist (Steinke, 2015), lag der vorliegenden Dissertation der Anspruch der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit zugrunde. Zur besseren Übersicht sind die erfolgten Prüfschritte in Anlehnung an Steinke (2015) nachstehend tabellarisch aufgeführt (Tab. 15).

Tabelle 15: *Vorgenommene Prüfschritte der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (in Anlehnung an Steinke, 2015, S. 324-326).*

Prüfschritte	Zweck		Abschnitt
Dokumentation des Forschungs-prozesses	Schrittweise Dokumentation des Forschungsprozesses und der Ergebnisse zielt auf die Nachvollziehbarkeit durch Außenstehende ab	Dokumentation des theoretischen Vorverständnisses	1
		Dokumentation der Datenerhebung	2.3
		Dokumentation der Transkriptionsregeln	2.3.1
		Dokumentation der Daten	2.1, 2.3
		Dokumentation der Datenauswertung	2.4
		Dokumentation der Informationsquellen	3.2, 4.2, 5.1,2, 5.2.2
		Dokumentation der Kriterien	7.2.2
Anwendung kodifizierter Verfahren	Einheitliches methodisches Vorgehen	Systematische Quantifizierung der qualitativen Daten und systematische Subanalysen	1.5.2, 2.4.2
		Regelgeleitetheit der qualitativen Inhaltsanalyse	2.4.3
Interpretation in Gruppen	Expliziter Umgang mit den Daten und der Dateninterpretation	Multiperspektivische Validierung Intercoderreliabilität Kommunikative und fachliche Validierung Anekdotische Evidenz	2.4.4

Entsprechend der Tabelle wurde der gesamte Forschungsprozess von der Verfasserin umfangreich dokumentiert. Neben den aufgezeigten Abschnitten, in denen die entsprechenden Aspekte vertiefend beschrieben werden, sind die entsprechenden Dokumente, die zur weiteren Transparenz des Vorgehens beitragen, im Anhang dargestellt. Auch diese Angaben finden sich in der vorherigen Tabelle. Die quantitative und qualitative Datenauswertung basiert auf einem strukturierten und regelgeleiteten Vorgehen.

Besonders hervorzuheben sind jedoch die bei der Datenauswertung und -interpretation berücksichtigten Gütekriterien, denn dieses Verfahren fand überwiegend in sogenannten Gruppen statt. So wurden die einzelnen Analyseschritte sowie die resultierenden Ergebnisse während des gesamten Forschungsprozesses mit zwei Projektmitarbeiterinnen des geriatrischen Forschungsinstituts des Albertinen Hauses diskutiert (**Multiperspektivische Validierung**). Zudem wurde das Verfahren der **Intercoderreliabilität** (Mayring, 2015) zur Überprüfung der quantifizierten Daten sowie der induktiven Kategorienbildung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt. Die Überprüfung der gebildeten Kategorien durch weitere Forscher zielt darauf ab subjektive Einflüsse zu vermindern (Lamnek & Krell, 2016). Im Rahmen der Quantifizierung des qualitativen Datenmaterials (Transkripte) sichteten die Verfasserin und eine weitere Projektmitarbeiterin das Material und ordneten die extrahierten Textstellen unabhängig voneinander der Bewertungsmatrix zu. Im Falle fehlender Übereinstimmungen wurde dies diskutiert und ein Konsens gefunden. War dies weiter nicht möglich, wurde eine dritte Projektmitarbeiterin zur Konsensfindung konsultiert. Im Rahmen der qualitativen Analysen überprüften zwei unabhängige Doktorandinnen stichprobenweise die Zuordnung der Textstellen im induktiv gebildeten Kategoriensystem. Zudem wurde dieses Vorgehen sowie die Bezeichnungen der Ober- und Unterkategorien auf Nachvollziehbarkeit geprüft. Die Rückmeldungen führten zu geringen Adaptionen des Kategoriensystems durch die Verfasserin. Insgesamt war in beiden Fällen eine sehr hohe Übereinstimmung zu verzeichnen. Insgesamt ist eine hohe Intercoderreliabilität gegeben.

Zur weiteren Absicherung der quantifizierten Ergebnisse wurde eine **kommunikative und eine fachliche Validierung** durchgeführt. Die kommunikative Validierung zielt nach Flick (2014) darauf ab, mittels der Rückmeldung der Ergebnisse an die Interviewpartner möglichst deren Zustimmung einzuholen. In der vorliegenden Dissertation wurden zum einen die jeweiligen Transkripte sowie die Bewertungsmatrix mit der Einordnung der quantifizierten Daten aus den Interviews an die einzelnen Interviewpartner zurückgesandt (member-check; Lamnek und Krell 2016). Während sieben ihre Zustimmung schriftlich übermittelten, gaben die weiteren sieben Interviewpartner diese stillschweigend, indem sie nicht antworteten. Dies Vorgehen war mit einem festgelegten Datum und einem Erinnerungsschreiben transparent beschrieben. Zudem wurden die Ergebnisse der qualitativen Analysen mit den MINDMAP Partnern der Städte Turin, Rotterdam, Eindhoven, Hamburg und Helsinki im Rahmen eines Konsortiumstreffens an dem die Verfasserin teilnahm, **fachlich validiert** (peer debriefing; Lamnek und Krell 2016) Dazu entwickelte die Verfasserin eine Übersicht, auf der die zentralen induktiv extrahierten Themen, die in den gesundheitsbezogenen Strategien adressiert werden, visualisiert wurden. Die MINDMAP Partner wurden indes gebeten die Themen mit der aktuell höchsten Relevanz zu bewerten.

Wenngleich nicht alle MINDMAP Partner an dem Treffen teilnahmen und der MINDMAP Partner Amsterdam die Übersicht nicht ausfüllte, untermauern die Rückmeldungen aus wissenschaftlicher Sicht die Ergebnisse der Untersuchung. Zudem werden weitere Forschungsbedarfe ersichtlich und können zudem für die Disseminationsprozesse im Rahmen des MINDMAP Konsortiums herangezogen werden.

Ferner sammelte die Verfasserin auf der Jahrestagung der Gesundheits- und Pflegekonferenz des Hamburger Bezirks Eimsbüttel zum Thema „Seelische Gesundheit“ an einer Metaplanwand persönliche Aussagen älterer Besucher zum Wohlbefinden im Alter. Wenngleich die **anekdotische Evidenz** kein anerkanntes wissenschaftliches Verfahren darstellt, tragen die Informationen zum Einbezug der Perspektive der älteren Menschen in der Forschungsarbeit bei.

Generalisierbarkeit. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist aus verschiedenen Gründen limitiert. Zum einen erweist sich die Repräsentativität der Ergebnisse aufgrund der geringen Stichprobe als fragwürdig, wenngleich der qualitativen Sozialforschung keine klaren Vorgaben zur Stichprobengröße vorliegen (Lamnek & Krell, 2016). Bedeutsamer erweist sich hingegen die Heterogenität der Stichprobe, die in der vorliegenden Untersuchung zutrifft. Zudem wurde in jeder Stadt nur ein Experte interviewt, wenngleich diese strukturiert rekrutiert wurden. Diese verfügen zudem laut der jeweiligen MINDMAP Partner über die größtmögliche Expertise in Bezug auf gesundheitsbezogene Strategien und Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens im Alter auf Stadtebene. Dennoch sind Informationsverluste anzunehmen, sodass weiterführende Analysen in den einzelnen MINDMAP Städten notwendig sind. Dafür liefern die gewonnenen Erkenntnisse der Dissertation hingegen einen bedeutsamen Ausgangspunkt, wie im Rahmen des MINDMAP Konsortiums und insbesondere durch den für die Dissemination verantwortlichen MINDMAP Partner Turin mehrfach betont wurde. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass eine Übertragung der weiteren Ergebnisse auf alle MINDMAP Städte aufgrund divergenter zugrunde liegender Gesundheitssysteme nicht möglich ist. Auch hier bedarf es einer Anpassung an die landesspezifischen Rahmenbedingungen und Handlungsbedarfe.

8 Implikationen

Es ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der interindividuellen Diversität der Zielgruppe und den divergierenden Ausgangsvoraussetzungen der teilnehmenden europäischen MINDMAP Städte (u.a. Gesundheitssysteme; Schölkopf & Pressel, 2014) keine allgemeingültigen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können. Trotz der strukturellen Unterschiede wurde jedoch deutlich, dass sehr ähnliche Ziele und Qualitätsansprüche verfolgt werden, sodass, basierend auf der Literatur und den Ergebnissen der Dissertation, übergeordnete Handlungsempfehlungen für die kommunale Gesundheitsförderung im Alter abgeleitet werden können. Diese werden im weiteren Verlauf mit exemplarischen Beispielen guter Praxis angereichert, die von den interviewten Experten positiv hervorgehoben wurden. Teilweise werden weitere Praxisbeispiele ergänzt, um gewinnbringende Implikationen für die kommunale Gesundheitsförderung im Alter zu formulieren. Die nachstehende Übersicht gibt einen Überblick der gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich relevanter Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter (Abb. 60). Neben Besonderheiten, die es im Zusammenhang mit der Zielgruppe älterer Menschen zu berücksichtigen gilt (Teil 3), und inhaltlichen Ansatzpunkten der Strategieformulierung und der Interventionsplanung (Teile 1 und 2), sind Aspekte aufgeführt, die eine gelingende Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung unterstützen (Teile 4a+b).

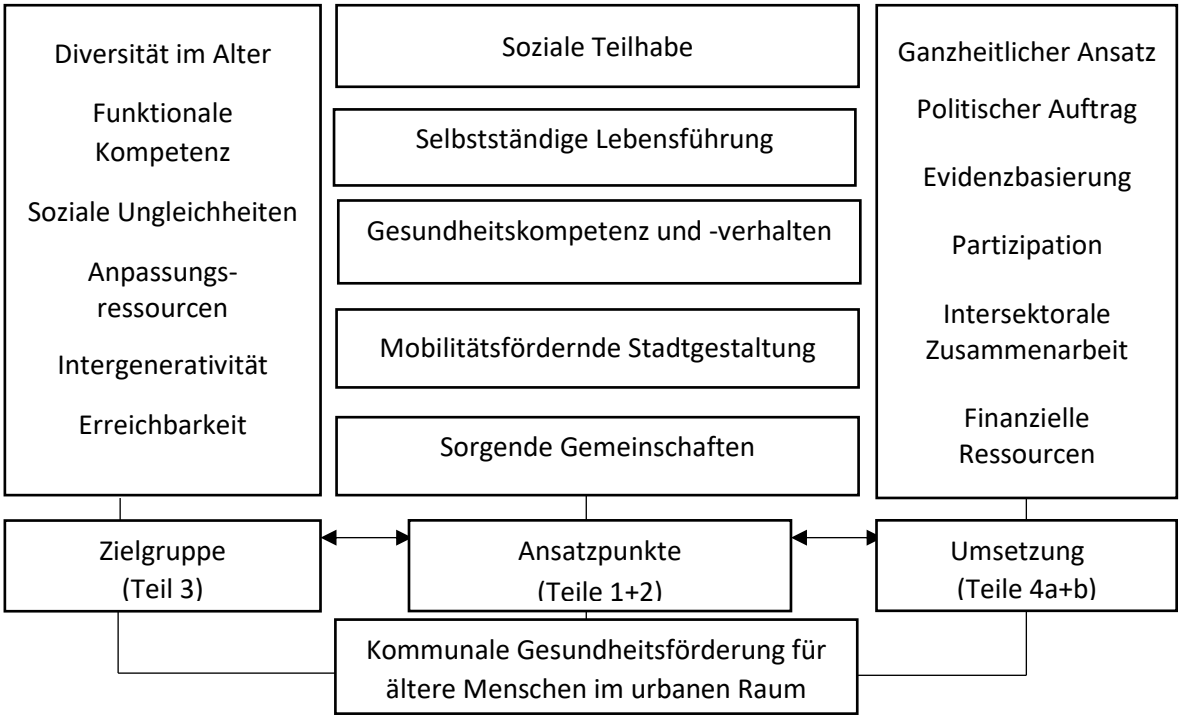


Abbildung 60: Abgeleitete Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen im europäischen urbanen Raum.

8.1 Besonderheiten der Zielgruppe (Teil 3)

Für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung im Alter ist eine zielgruppenspezifische Strategieformulierung und Angebotsgestaltung notwendig. Dies kann vor allem dann erreicht werden, wenn die Besonderheiten älterer Menschen und deren interindividuelle Diversität berücksichtigt wird. Nachstehend sind exemplarische Handlungsempfehlungen aufgezeigt, die zum einen der Heterogenität der älteren Bevölkerung gerecht werden und ferner deren Anpassungsressourcen fokussieren.

Interindividuelle Zielgruppen identifizieren. Hinsichtlich der Planung und Umsetzung gesundheitsbezogener Strategien und Interventionen ist es notwendig, ältere Menschen über das Lebensalter hinaus zu unterscheiden. Eine relevante Komponente stellt die funktionale Kompetenz dar (Dapp et al., 2018; WHO, 2015), welche die Fähigkeit meint, den Alltag zu bewältigen, individuell bedeutsame Aktivitäten auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Menning & Hoffmann, 2009; WHO, 2015). Die individuelle funktionale Kompetenz kann beispielsweise mittels des evidenzbasierten Assesment-Instruments „*LUCAS NAVIGATOR“* ermittelt werden, welches in der Hausarztpraxis angewandt werden kann (Forschungsabteilung Albertinen Haus, 2018), wie nachstehend näher beschrieben:

LUCAS NAVIGATOR

Anhand von 12 Markerfragen des LUCAS Selbst-Test zur funktionalen Kompetenz im Alter werden Risiken und Ressourcen älterer Menschen mit dem Ziel einer zielgruppenspezifischen Interventionsplanung erfasst. Im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, Grippeimpfungen oder Gesundheitscheck-ups werden Patienten ab 60 Jahren mittels der Markerfragen gescreent. Nach der Auswertung und Zuordnung zur Zielgruppe ROBUST, VORGEBRECHLICH oder GEBRECHLICH, leitet der Hausarzt zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen ab. Konkrete Angebote divergieren nach Funktionsstatus und entsprechende Versorgungspfade sind in dem Manual aufgeführt. Für die Zielgruppe ROBUST werden insbesondere primär- (z.B. Impfungen) und sekundärpräventive Maßnahmen (z.B. Check-up 35 plus) sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung empfohlen. Dazu zählen die Bewegungsförderung (z.B. „Rezept für Bewegung“), eine gesunde Ernährung sowie Bildung und soziale Teilhabe (Partizipation). Im weiteren Verlauf (Zielgruppen VORGEBRECHLICH und GEBRECHLICH) wird die medizinische und pflegerische Versorgung bedeutsamer (Forschungsabteilung Albertinen Haus, 2018).

Soziale Ungleichheiten berücksichtigen. Neben der funktionalen Kompetenz unterscheiden sich ältere Menschen auch aufgrund ihrer sozio-strukturellen Merkmale (u.a. Bildung, sozioökonomischer Status; Buber & Engelhardt, 2011; vgl. Backes & Clemens, 2013). Zudem bergen besondere Lebenslagen spezielle Risiken (u.a. ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund; Schaeffer et al., 2018; vgl. Backes & Clemes, 2013; Levenson & Jackson, 2006), die für eine bestmögliche Erreichbarkeit der jeweiligen Zielgruppe zu berücksichtigen sind. Dies unterstreichen die Angaben von Perna et al. (2010) und Mielck (2005), wonach ein enger Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitlichen Risiken besteht. Insgesamt sollten sozialbenachteiligte Zielgruppen explizit zur Teilnahme an gesundheitsbezogenen Angeboten motiviert werden. Auch monetäre Anreize, wie die Möglichkeit der einjährigen kostenlosen Nutzung städtischer Angebote und des öffentlichen Nahverkehrs (Beispiel Turin: Card 60+), können unterstützend wirken und fördern die soziale Teilhabe.

Anpassungsressourcen stärken. Entsprechend der Befundlage sind ältere Menschen in der Lage, altersassoziierte Abbauprozesse weitgehend zu kompensieren (Dapp, 2008; Wilkening et al., 2008; Wurm et al., 2010; vgl. Backes & Clemens, 2013) und ihr Wohlbefinden entsprechend aufrecht zu erhalten (vgl. Backes & Clemens, 2013; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018). Laut der Literatur wirkt sich auch ein positives Selbst- und Altersbild positiv auf eine gesunde Lebensweise und den Alterungsprozess aus (Westerhof et al., 2014; Westerhof & Wurm, 2015; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018), sodass ein positives Altersbild durch eine ressourcenorientierte Sicht auf das eigene Älterwerden gestärkt werden sollte. Ältere Menschen sollten zudem bei der Adaption altersassoziierter Beeinträchtigungen (vertiefend s. Kruse, 2017) und im Umgang mit Verlusten sozialer Beziehungen unterstützt werden (Cornwell & Waite, 2009). Entsprechend sollten professionelle Akteure dieses Handlungsfeldes und auch das soziale Umfeld älterer Menschen hinsichtlich der Anpassungsmechanismen zu informieren und zu schulen (Boomsma et al., 2005; Cornwell & Waite, 2009). Zudem stärkt die Teilnahme an Gruppenaktivitäten mit Gleichaltrigen das Kohärenzgefühl (Wiesmann et al., 2006) und somit die individuelle Bewältigungskompetenz (Faltermaier et al., 2014). Eine Intervention, die ältere Menschen eben darin unterstützt, ist das evidenzbasierte Projekt „GRIP & GLANS“ aus den Niederlanden (Beter Oud, 2019; University of Groningen, 2019), welches zudem auf innovativen und ressourcenorientierten Gesundheitskonzept „Positive Health“ basiert (Huber et al., 2011, 2016).

GRIP & GLANS

Ziel der Intervention ist es, ältere Menschen darin zu unterstützen, die Kontrolle (GRIP) über ihr Leben zu erhalten, das Risiko der Vereinsamung zu reduzieren und das Wohlbefinden zu stärken (GLANS; University of Groningen, 2019). Neben einem Gruppenkurs für sozial benachteiligte Menschen ab 55 Jahren werden Ältere mit körperlichen oder psychosozialen Risiken ab 65 Jahren adressiert (Beter Oud, 2019). Im Rahmen des Kurses werden die älteren Teilnehmer von zwei Dozenten (u.a. erfahrene Berater, Sozialarbeiter) darin unterstützt, Selbstvertrauen zu erlangen oder zu erhalten, eine positive Grundhaltung einzunehmen, selbst die Initiative zu ergreifen und sich persönliche erreichbare Ziele zu setzen. Die Intervention wird wissenschaftlich begleitet und alle 16 GRIP & GLANS-Angebote wurden seitens der Teilnehmer sowie Dozenten sehr positiv bewertet. Neben dem vermehrten Erleben der eigenen Kontrolle und einem erhöhten Wohlbefinden sank das Gefühl der Einsamkeit. Auch der Bedarf psychiatrischer Versorgung (6 %) und sozialer Unterstützung ging nachweislich zurück (Beter Oud, 2019; University of Groningen, 2019).

Intergenerativität befördern. Darüber hinaus sollten generationsübergreifende Kontakte gestärkt werden, in denen Ältere ihr Erfahrungswissen und ihre Kompetenzen an die nachfolgenden Generationen weitergeben. Dies stellt zum einen eine zentrale Entwicklungsaufgabe des Alters dar (Schmitt, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017) und darüber hinaus ist das Ausüben einer sinnvollen Aufgabe für das Wohlbefinden im Alter bedeutsam (Oswald & Konopnik, 2015). Auf der anderen Seite können ältere Menschen auch von den Fertigkeiten der Jüngeren profitieren, indem beispielsweise digitale Kompetenzen vermittelt werden, denn ältere Menschen sind vor allem in einer stimulierenden Lernumgebung und mit Hilfe unterstützender sozialer Kontakte in der Lage, Neues zu lernen (Faltermaier et al., 2014). Insgesamt erweisen sich Aktivitäten, an denen Alt und Jung gemeinsam teilnehmen, als förderlich für das Wohlbefinden und sollten entsprechend vermehrt implementiert und etabliert werden.

Erreichbarkeit der Zielgruppe. Um der mehrfach benannten schlechten Erreichbarkeit insbesondere sozial benachteiligter Älterer (Dadaczynski & Paulus, 2018; Jordan & Lippe, 2013) entgegen zu wirken, sollten zielgruppenspezifische Ansprachestrategien gewählt werden (Kilian et al., 2008). Hinsichtlich eines bestmöglichen Zugangs zu älteren Menschen mit einem Migrationshintergrund, die keine oder wenige Deutschkenntnisse aufweisen, sollten interkulturelle Angebote in der Muttersprache angeboten werden (vgl. Backes & Clemens, 2013; Levenson & Jackson, 2006). Zudem sollte die Bevölkerung weiter sensibilisiert werden, um Vorurteilen entgegen zu wirken. Aufgrund des Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit wird diese Thematik nicht weiter beleuchtet, wenngleich sie von hoher Relevanz ist. Insgesamt gilt es, Zugangsbarrieren abzubauen (Hollbach-Grömig & Seidel-

Schulze, 2007), welches auch den Weg zu einem Gesundheitsförderungsangebot einschließt (Dapp, 2008). Um auch isoliert lebende Ältere zu erreichen, eignet sich beispielsweise der „Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren“ (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 2017), dessen Umsetzung auch in anderen Städten erfolgen sollte. Dieser erweist sich nach Proefener (2016) besonders in Bezug auf die bereits gebrechlichen Älteren (frail) als geeignetes Mittel, um Problemlagen in der Häuslichkeit sowie Ressourcen älterer Menschen zu identifizieren, um vor allem eine selbstständige Lebensführung zu unterstützen.

8.2 Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter (Teile 1+2)

Neben gesundheitsbezogenen Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens im Alter sind übergeordnete Strategien für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung erforderlich. Aufgrund der empfohlenen Verknüpfung verhaltens- und verhältnisbezogener Ansätze werden die aus den Forschungsergebnissen und der Literatur extrahierten Inhalte übergreifend dargestellt.

Gesundheitskompetenz und -verhalten stärken. Aufgrund der unzureichenden Gesundheitskompetenz älterer Menschen (Schaeffer et al., 2018), sollte diese gestärkt und das Gesundheitsverhalten gefördert werden. Die Relevanz wird vor allem durch Angaben zum positiven Einfluss der körperlichen Aktivität auf das Wohlbefinden unterstrichen (Haider et al., 2016; Rödjer et al., 2016; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Auch verhältnisbezogene Maßnahmen im urbanen Raum können die körperliche Aktivität sowie die Mobilität im Alter befördern. Dies kann beispielsweise durch Bewegungsangebote in öffentlichen Parks (Beispiel Prag: Parks in Move) oder organisierten Spaziergangsgruppen realisiert werden, wie der Turiner Experte sie entlang des städtischen Flusses Po hervorhob. Aufgrund des positiven Einflusses entsprechender Angebote etablieren sich auch in Deutschland vermehrt geleitete Spaziergangsgruppen (Pospiech, 2011; Wagner & Franzen, 2012). Auch hier können Hausärzte, die von den Experten mehrheitlich als bedeutsame Ansprechperson für ältere Menschen hervorgehoben wurden, mittels eines sogenannten Bewegungsrezeptes eine unterstützende Funktion einnehmen (Pfeiffer & Kunze, 2016). Die Wirksamkeit der Teilnahme an einem durch den Hausarzt verschriebenen Bewegungsprogramms konnten Rödjer et al. (2016) durch eine nachgewiesene gesteigerte Lebensqualität der älteren Hausarztpatienten bestätigen. Bewegungsrezepte wurden auch im Rahmen der Interviews (Turin, London, Hamburg) positiv hervorgehoben und ein Beispiel aus Deutschland ist nachstehend näher beschrieben.

Rezept für Bewegung

Das Rezept für Bewegung stellt ein bundesweit einheitliches Instrument für Ärzte dar, das Patienten mit einem Bewegungsmangel zu körperlicher Aktivität motivieren soll. Dies kann die Teilnahme an Gruppenangeboten wohnortnaher Sportvereine, aber auch individuelle Trainingsprogramme beinhalten. Entsprechend einer Evaluation (N=42) wurden im Jahr durchschnittlich 62 Bewegungsrezepte ausgestellt. Laut zwei Drittel der Befragten erhöhte sich das Bewegungsverhalten der Patienten und auch der Gesundheitszustand verbesserte sich bei mehr als der Hälfte. Zudem sind die Patienten mehrheitlich zufrieden mit dem Angebot, welches sie vor allem mit der Individualität begründen. Ferner erleichtert es den Zugang zu bewegungsbezogenen Angeboten, obwohl ein Mangel passender wohnortnaher Sportangebote häufig kritisiert wurde (Pfeiffer & Kunze, 2016).

Mobilitätsanregende Stadtgestaltung. Die Relevanz einer mobilitätsfördernden Stadtgestaltung wurde insbesondere im Zusammenhang mit der Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung, aber auch in Bezug auf die soziale Teilhabe im Alter hervorgehoben. Die Wege sollten einerseits kurz, aber auch angemessen gestaltet sein. Basierend auf den Kenntnissen der Masterarbeit der Verfasserin (vertiefend s. Jacobsen, 2013), ist ferner ein ausreichendes Angebot an öffentlichen Toiletten hervorzuheben, wenngleich dieser Aspekt von den befragten Experten nicht benannt wurde. Die norwegische Expertin hingegen wies darauf hin, dass aktuell zur Bewegungsförderung vermehrt Parkbänke aufgestellt würden. Entsprechende Projekte sollten vermehrt etabliert werden, da aufgrund zunehmender Beeinträchtigungen Ruhepausen bedeutsamer werden und anzunehmen ist, dass fehlende Ruhegelegenheiten die Mobilität einschränken. Zudem kann eine gute Ausgestaltung der Wege die Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm unterstützen (Dapp, 2008), sodass eine mobilitätsfördernde Stadtgestaltung eine bedeutende Komponente der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter darstellt.

Gelegenheitsstrukturen für soziale Teilhabe. Gutausgestaltete Wege unterstützen zudem die soziale Teilhabe älterer Menschen (Böhme & Franke, 2010; Heite et al., 2015; Kricheldorff & Oswald, 2015; WHO, 2014). Dies wird vor allem im Rahmen der Strategien „WHO Global Age Friendly Cities“ (WHO, 2007) und „WHO Age Friendly Environments in Europe“ unterstützt (WHO, 2017a). Darüber hinaus sollten vor allem Gelegenheiten für wohnortnahe soziale Interaktion und Aktivität im Alter geschaffen werden (Huxhold et al., 2010; Kricheldorff & Oswald, 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Neben dem Angebot klassischer Seniorentreffpunkte kann dies durch die Förderung nachbarschaftlicher Kontakte unterstützt werden. Dieser Aspekt wird nachstehend im Zusammenhang mit der Förderung sorgender Gemeinschaften weiter ausgeführt.

Als bedeutsam gelten zudem Angebote, an denen Jung und Alt gemeinsam teilnehmen können, da Ältere ihr Erfahrungswissen an nachfolgende Generationen weitergeben können (u.a. handwerkliche Fähigkeiten) und sie zudem von den Fertigkeiten der Jüngeren profitieren können (u.a. digitale Kompetenzen). Dies wird in Prag zum Beispiel im Rahmen von Handarbeitskursen von älteren Frauen für Kinder und Jugendliche sowie Computerkursen für die ältere Generation umgesetzt. Der Erwerb (Faltermaier et al., 2014; vgl. Backes & Clemens, 2013) und auch die Weitergabe von Wissen (Schmitt, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017) haben nachweislich einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden. Die weitere Etablierung intergenerativer Angebote wird zudem durch zahlreiche Aussagen zum zunehmenden Rückgang klassischer Seniorentreffs gestützt. Vor allem in den Niederlanden und Helsinki sind diese mittlerweile in wohnortnahe generationsübergreifende Treffpunkte umgewandelt worden. Es ist anzunehmen, dass vor allem Ältere, die sich selbst noch nicht als alt wahrnehmen (Graefe et al., 2012), an entsprechenden Angeboten teilnehmen. Dies wird durch Angaben zu einem sich wandelnden Altersbild unterstützt (Wurm et al., 2010; vgl. Faltermaier et al., 2014; vertiefend s. Kruse, 2017; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018;). Um die Erreichbarkeit der älteren Bevölkerung zu verbessern, sollten entsprechende Angebote möglichst niedrigschwellig gestaltet sein (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Oswald & Konopik, 2015; im Überblick s. Heusinger et al., 2015). Auch Bildungsangebote in einer positiven Lernumgebung sind anzustreben, da der Erwerb weiterer Kompetenzen nachweislich das Wohlbefinden positiv beeinflusst. Ein mehrfach hervorgehobenes Beispiel guter Praxis stellen die sogenannten „Third Age Universities“ dar, die Bildungsangebote für ältere Menschen darstellen.

Selbstständige Lebensweise erhalten. Auch eine selbstständige Lebensführung ist für ältere Menschen bedeutsam (Dapp, 2008; Dapp et al., 2009; 2011; Gill et al., 2006; Neumann et al., 2017; Rochat et al., 2010; WHO, 2015) und beeinflusst zudem das Wohlbefinden (Graefe et al., 2012; Motel-Klingebiel et al., 2010; Rödjer et al., 2016; vgl. Backes & Clemens, 2013; im Überblick s. Bullinger & Brütt, 2018). Vor allem alleinstehende ältere Menschen können im Rahmen von Hausbesuchen unterstützt werden (z.B. „Hamburger Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren“; Forschungsabteilung Albertinen Haus, 2018), da mögliche Problemlagen identifiziert und entsprechend interveniert werden kann. Zur langfristigen Unterstützung älterer alleinlebender Menschen mit einem Hilfe- und Unterstützungsbedarf werden hingegen ehrenamtliche Besuchsdienste empfohlen. Ein Beispiel guter Praxis stellt in diesem Zusammenhang das französische Projekt „Les petit frères des pauvres“ dar, wie der Pariser Experte hervorhob. Das Projekt hat sich auch in weiteren Nationen etabliert und aufgrund der deutschsprachigen Informationen wird nachstehend ein Beispiel aus Hamburg vorgestellt (Freunde alter Menschen e.V., 2019).

Les petit frères des Pauvres – Freunde alter Menschen e.V.

In der deutschen Übersetzung heißt das Projekt „Freunde alter Menschen e.V." und soll zum einen das Risiko der Vereinsamung im Alter reduzieren und ältere Menschen zudem in der Bewältigung ihres Alltags unterstützen. In Hamburg werden insbesondere immobile Ältere ab 75 Jahren adressiert, die in der Regel in der eigenen Häuslichkeit leben. Fitte Ältere unterstützen im Rahmen ehrenamtlich organisierter Besuchspartnerschaften, gemeinsamen Unternehmungen und gezielten Informationen (z.B. Demenz, Wohnraumanpassungen) diejenigen mit einem Hilfebedarf. Ferner werden, gemeinsam mit einer städtischen Baugenossenschaft, soziale Netzwerke in der Nachbarschaft mit Hilfe einer zentrale Anlaufstelle im Quartier gefördert (Freunde alter Menschen e.V., 2019).

Sorgende Gemeinschaften stärken. Das eben vorgestellte Projekt unterstützt nicht nur ältere Menschen, die dem Risiko der Vereinsamung ausgesetzt sind oder einen Hilfebedarf aufweisen, sondern bietet auch aktiven älteren Menschen die Gelegenheit, im Rahmen eines Ehrenamtes eine sinnhafte Aufgabe auszuführen. Entsprechend der Kenntnisse der Dissertation sowie der Befundlage spielt das Ehrenamt im Alter aus individueller (Dienel & Blanckenburg, 2010; Naegele, 2010) wie gesellschaftlicher Sicht eine bedeutsame Rolle (Böhme & Franke, 2010; Kricheldorff et al., 2015; WHO, 2017b). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass soziale Ungleichheiten zu weiterer Ausgrenzung führen können und entsprechend berücksichtigt werden müssen (Naegele, 2010). Die Bevölkerung sollte stärker hinsichtlich der Bedürfnisse, aber auch Ressourcen älterer Menschen sensibilisiert werden. Neben Öffentlichkeitskampagnen können themenspezifische Theaterstücke (z.B. Demenz, Vereinsamung) mit anschließenden Gesprächsrunden, wie es beispielsweise in Eindhoven realisiert wird, einen toleranten und achtsamen Umgang untereinander fördern. Auch hier können Multiplikatoren, wie Quartiersmanager, entsprechende Prozesse befördern.

Als besonders bedeutsam wurde die Förderung eines achtsameren Umgangs innerhalb der Nachbarschaft hervorgehoben und die Experten aus Helsinki und den Niederlanden verwiesen in diesem Zusammenhang darauf, dass vermehrt generationsübergreifende Nachbarschaftstreffpunkte gefördert würden, um zunehmenden Individualisierungstendenzen entgegenzuwirken. Auch die Literatur stützt die Bedeutung sorgender Gemeinschaften (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2017; Kricheldorff et al., 2015; vertiefend s. Kruse, 2017). Nach Kricheldorff et al. (2015) braucht es dafür die weitere Entwicklung eines humanistisch geprägten Menschenbildes, welches die achtsame Haltung gegenüber der Bedürfnisse anderer einschließt. Dies kann u.a. durch die Förderung wohnortnaher nachbarschaftlicher Kontakte unterstützt werden. Darüber hinaus fördert dies die soziale Integration älterer Menschen, die nach Havighurst (1972) für ein „erfolgreiches Altern"

bedeutsam ist. Zudem wird das Zugehörigkeitsgefühl (Belonging) im Stadtteil unterstützt, welches vor allem im hohen Lebensalter an Bedeutung gewinnt (Oswald & Konopnik, 2015) und laut Bertossi Urzua et al. (2018) das Risiko gegenüber psychischen Erkrankungen, wie Depressionen im Alter, reduziert. Ein weiteres Beispiel guter Praxis, das ebensolche Prozesse durch die Schaffung wertschätzender Begegnungsräume unterstützt, wird nachstehend vorgestellt.

Wertschätzende Begegnungsräume. Eine zentrale Empfehlung stellt die Schaffung wertschätzender Begegnungsräume dar, die nicht nur einzelne Aspekte (Eindimensionalität), sondern im Sinne eines multidimensionalen und settinggestützten Ansatzes zahlreiche relevante Aspekte zur Förderung des Wohlbefindens im Alter adressieren. Ein Beispiel guter Praxis stellt in diesem Zusammenhang das niederländische Projekt „Farming in the city“ dar (CITIES Foundation, 2019a, 2019b), da es zahlreiche der zuvor aufgeführten Aspekte adressiert.

CITIES‘ Farming in the city

Kern des Projektes sind urbane Gartenprojekte, in denen Bewohner unterschiedlicher Generationen einer Nachbarschaft gemeinsam Gemüse anbauen und dies gemeinsam für den eigenen Verzehr ernten. Insgesamt verzeichnet Amsterdam seit dem offiziellen Projektstart im Jahr 2011 bereits 19 urbane Gartenprojekte, die sich in ihrer Ausgestaltung unterscheiden, aber allesamt auf das gemeinsame Gärtnern im urbanen Raum abzielen. Mittels dieses innovativen Ansatzes werden durch die gemeinsame Aktivität darüber hinaus nachbarschaftliche Kontakte zwischen den Generationen gefördert (CITIES Foundation, 2019a; 2019b)

Die nachstehende Abbildung 61 zeigt sieben Ansatzpunkte urbaner Gartenprojekte zur Förderung des Wohlbefindens im Alter auf, die folglich näher beschrieben werden.

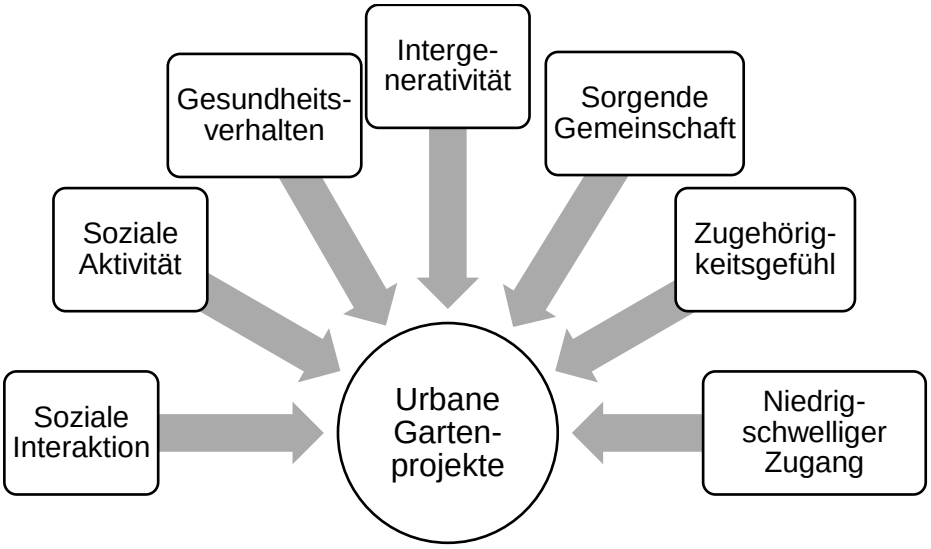


Abbildung 61: Ansatzpunkte urbaner Gartenprojekte zur Förderung des Wohlbefindens im Alter.

Urbane Gartenprojekte unterstützen zum einen die soziale Teilhabe älterer Menschen, im Sinne sozialer Interaktion und sozialer Aktivität, da beim gemeinsamen Gärtnern ein sozialer Austausch stattfindet und die älteren Menschen eine aktive Aufgabe ausführen. Die Gartenarbeit stellt zudem eine körperliche Aktivität dar, die das Wohlbefinden positiv beeinflusst. Zudem werden die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten im Allgemeinen gestärkt, da anzunehmen ist, dass auch eine gesunde Ernährung befördert wird. Darüber müssen die älteren Menschen für die Teilnahme an dem Projekt ihre Wohnung verlassen, welches dem Risiko sozialer Isolation entgegenwirkt. Als besonders positiv ist vor allem der generationsübergreifende Austausch hervorzuheben und die Möglichkeit, dass die Älteren ihr langjähriges Erfahrungswissen hinsichtlich des Gemüseanbaus an die nachfolgenden Generationen weitergeben. Zudem wird das Gefühl einer sinnvollen Aufgabe unterstützt, welches für das Wohlbefinden im Alter bedeutsam ist. Ferner trägt der Kontakt innerhalb der Nachbarschaft dazu bei, dass Individualisierungstendenzen abgebaut und ein achtsamer Umgang untereinander gefördert wird. Auf freiwilliger Basis kann so eine sorgende Gemeinschaft gestärkt werden. Darüber hinaus stärken eine lebendige Nachbarschaft, die gemeinsame Aktivität und die aktive Mitgestaltung des Quartiers das Zugehörigkeitsgefühl im Stadtteil, welches insbesondere im hohen Lebensalter an Bedeutung gewinnt und die psychische Gesundheit positiv beeinflusst. Das Projekt kann neben dem generationsübergreifenden auch den interkulturellen Austausch unterstützen, da mögliche Sprachbarrieren beim gemeinsamen Gemüseanbau überwunden werden können. Letztlich wird mit dem settinggestützten Ansatz ein niedrigschwelliger Zugang geschaffen, der vor allem die Erreichbarkeit

sozialbenachteiligter Zielgruppen unterstützt. Urbane Gartenprojekte adressieren somit zahlreiche Aspekte, die das Wohlbefinden älterer Menschen fördern, sodass eine Etablierung ähnlicher Angebote im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung älterer Menschen im urbanen Raum empfohlen wird.

8.3 Gelingende Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung (Teile 4a+b)

Im Folgenden werden Aspekte aufgeführt, die eine erfolgreiche Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung im Alter unterstützen. Auch diese werden im Folgenden erläutert und an passender Stelle mit einem exemplarischen Beispiel guter Praxis untermauert.

Exemplarischer Ablauf der Strategieplanung. Die Handlungsempfehlungen zur Förderung einer gelingenden Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung im Alter sind zur besseren Übersicht den Phasen des Public Health Action Cycle zugeordnet (Abkürzung: PHAC; Kolip, 2006; Abb. 62). Dieser stellt ebenso wie der Plan-Do-Check-Act Cycle (Taylor et al., 2014) ein etabliertes Instrument der Projektplanung und Strategieformulierung dar und wird aufgrund des Bezugs zur Gesundheitsförderung an dieser Stelle herangezogen.

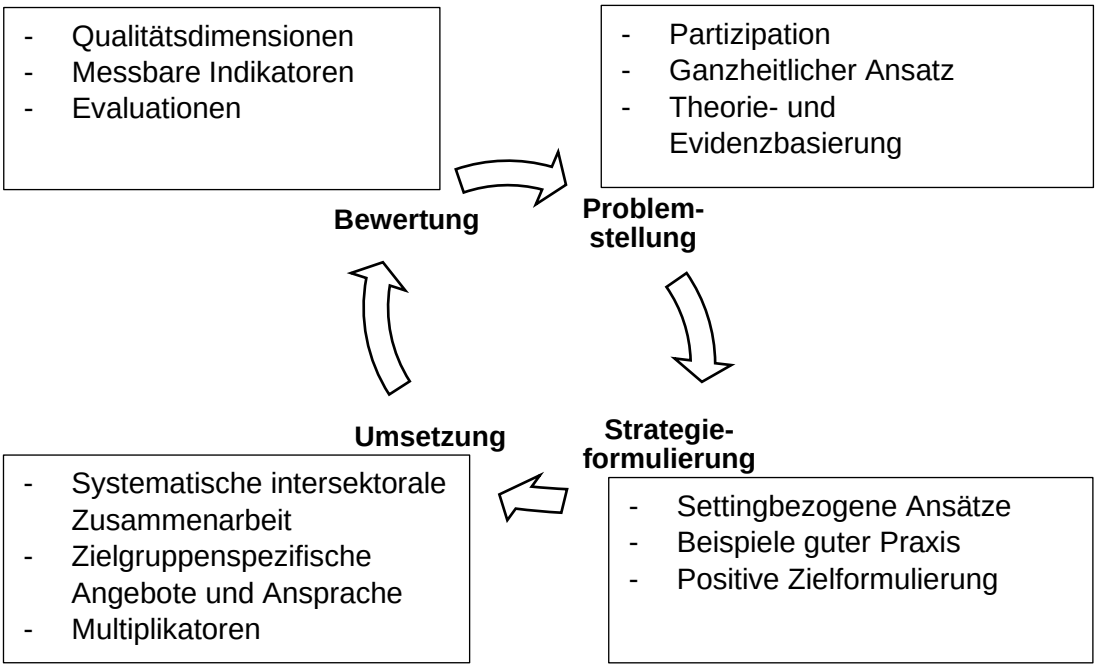


Abbildung 62: Handlungsempfehlungen zur gelingenden Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung im Alter orientiert am PHAC (in Anlehnung an Kolip, 2006, S. 235).

Partizipation. Ein zentrales Element der Gesundheitsförderung stellt die Einbindung relevanter Akteure sowie der Zielgruppe dar (Kilian et al., 2008). Die Relevanz spiegelt sich auch in den erhobenen Ergebnissen wider. Mehrheitlich wurden relevante Stakeholder und teilweise auch die Zielgruppe selbst involviert, wenngleich die Umsetzung deutlich divergierte. Unerlässlich ist in diesem Zusammenhang die Vermeidung von Scheinpartizipation, die u.a. mittels des Einsatzes des Instruments der partizipativen Qualitätsentwicklung weitgehend vermieden werden kann (Wright et al., 2010, 2015). Insgesamt etablieren sich immer mehr innovative Partizipationsmethoden (Kollewe, 2015) und in der Stadt Amsterdam werden ältere Stadtbewohner beispielsweise selbst als Forscher im Stadtteil aktiv. Zudem werden sie und relevante Akteure bei der Entwicklung innovativer Maßnahmen einbezogen (u.a. Living Labs). In Paris werden hingegen vermehrt „Think Tanks“ veranstaltet, die, ebenso wie die vorherigen Partizipationsmethoden, als Beispiele guter Praxis nachstehend beschrieben sind. Die Förderung entsprechender innovativer partizipativer Ansätze wird für die weitere Praxis der kommunalen Gesundheitsförderung empfohlen, da sie die Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigen und eine bessere Akzeptanz anzunehmen ist. Auch bei der Strategieformulierung und Interventionsplanung sollte die Zielgruppe sowie relevante Akteure einbezogen werden.

Living Lab. Living Labs sind Innovationsräume, in denen mittels der Simulation von Realwelten in Ko-kreation mit Nutzern und involvierten Stakeholdern kreative und nachhaltige Lösungsvorschläge ermittelt werden, um insbesondere die Nachhaltigkeit in der Stadt zu befördern. Living Labs gewinnen in Amsterdam zunehmend an Bedeutung und stellen eine bedeutsame Brücke zwischen Forschung und gesellschaftlicher Veränderung dar. Neben dem Anspruch an Innovation sind Living Labs vor allem durch die Übertragung tatsächlicher Entscheidungsbefugnisse seitens der Nutzer charakterisiert (Amsterdam Institute for Advanced Metropolitan Solutions, 2019; Steen & van Bueren, 2017).

Stadtteilbegehungen mit älteren Menschen. „Stadtteilbegehungen“ stellen hingegen eine sozial-räumliche Partizipationsmethode dar, deren Ziel es u.a. ist, Stolpersteine oder Ressourcen des Stadtteils aus Sicht älterer Bewohner zu identifizieren. Anschließend erfolgt eine öffentliche Präsentation, um Entscheidungsträgern Handlungsbedarfe aufzuzeigen. In Bremen wurden im Rahmen eines initiierten Aktionstages im Anschluss an eine Stadtteilbegehung beispielsweise Parkbänke im Stadtteil aufgestellt (Tempel, 2011).

Think Tank. Im Rahmen des „Senior IT Think Tank“ werden in einem interdisziplinären Team aus Akteuren und der Zielgruppe innovative Lösungsmöglichkeiten zur Förderung der digitalen Teilhabe älterer Menschen gesammelt. Ältere Menschen werden auf diese Weise an der Entwicklung bedarfsgerechter Konzepte für ihre Zielgruppe beteiligt (InnoSÜD, 2019).

Ganzheitliche Sichtweise. Ausgehend von dem Modell der Determinanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead, 2007; Hurrelmann et al., 2010; Kilian et al., 2008; Richter & Hurrelmann, 2018) bedarf es einer ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit, die auch im Rahmen des ‚Positive Health' Konzeptes postuliert wird (Huber et al., 2011, 2016). Auf der Interventionsebene ist vor allem die Umsetzung settingbezogener Ansätze, die verhaltens- und verhältnisbezogene Aspekte kombinieren, zu empfehlen (Dadaczynski et al., 2016; Dadaczynski & Paulus, 2018; Kilian et al., 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). In Bezug auf die gesundheitsbezogenen Strategien stellt der Gesundheitsplan „Rotterdam Vitale Stad" ein Beispiel guter Praxis dar, denn dieser bezieht relevante Handlungsfelder, wie die Stadtplanung, explizit mit ein. Die Strategie richtet sich an die Gesamtbevölkerung und ältere Menschen sind als Subgruppen berücksichtigt. Im Falle besonderer altersassoziierter Risiken (u.a. Vereinsamung im Alter) werden diese unter dem Dach des städtischen Gesundheitsplans in speziellen Strategien konkretisiert (u.a. Vor Mekaar; Übersetzung: Füreinander da sein). Vertiefende Inhalte und Informationen zur Struktur sind in der nachstehenden Tabelle 16 aufgeführt und zum Vergleich der alters-spezifischen Strategie („Aktionsplan für ein gesundes Altern") aus Helsinki gegenüber gestellt. Auch in Helsinki wurde ein umfassender Ansatz gewählt, wenngleich die Gesundheit und das Wohlbefinden der älteren Bevölkerung explizit thematisiert wird. Auch dort sind neben gesundheitsspezifischen auch umweltbezogene Aspekte integriert und die Stadtplanung wird entsprechend involviert. Die vertiefenden Informationen zu allen genannten Strategien der 12 befragten Städte wurden von der Verfasserin in den jeweils auffindbaren Originaldokumenten recherchiert und im Rahmen der kommunikativen Validierung von den jeweiligen Interviewpartnern abgesichert, wie im Abschnitt 1.5.2 beschrieben wurde.

Tabelle 16: *Gegenüberstellung der identifizierten Kernpunkte exemplarischer Strategien zur Förderung des Wohlbefindens im Alter (Rotterdam: Rotterdam Vitale Stad; Helsinki: Actionplan for older peoples health and well-being).*

	Rotterdam „Rotterdam Vitale Stadt“	**Helsinki** „Actionplan for older peoples health and well-being“
Ziel	Integrierte Gesundheitsförderung Hauptziele: 1. Übergewicht & Diabetes reduzieren 2. Psychische Gesundheit verbessern, 3. E-Health befördern 4. Gesunde Lebensumwelt schaffen 5. Überwachung von Gesundheitsrisiken	
Ziel-gruppe	Gesamtbevölkerung <u>Fokus psychische Gesundheit:</u> Risikogruppen, wie ältere Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Depressionen oder Angstzuständen, ältere Einzelgänger, chronisch Kranke, Pflegende Angehörige, Menschen mit niedrigem Einkommen und finanziellen Problemen (ältere Menschen eingeschlossen)	Ältere Menschen
Ziele für Ältere	- Stärkung von Empowerment - Verbesserung der Lebensqualität - Aktives und gesundes Altern verbessern	Förderung und Sicherung der Gesundheit und des Wohlbefindens älterer Menschen Schwerpunkte: (1) Pflegedienste, (2) Lebensbedingungen und Wohnraum im Alter (3) Öffentliche Verkehrsmittel und körperliches Wohlbefinden (4) Rechte für Menschen mit kognitiven Einschränkungen (5) Informationen und Wissen
Be-teiligte Ak-teure	Bedeutsame Stakeholder der Stadt: Institute für psychische Gesundheit, Indigo-Prävention Rotterdam (Local Health Center), Kommunalpolitik, Broad Rad Broad Adviser Committee)	Fachkräfte des Gesundheitswesens, d.h. Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen, andere Arbeitnehmer / Abteilungen wie öffentliche Verkehrsmittel, Kultur, Sport; andere Interessengruppen, Rat für ältere Menschen, Bürger
Projekt ansatz	- Partizipation als Hauptstrategie - Revision alle vier Jahre - Intersektoraler Ansatz	Partizipativer Ansatz, offene öffentliche Strategie
Inte-grierter Ansatz	Ja, Nationaler Gesundheitsplan (alle 4 Jahre, Strategie „Für einander“ (Für einander), „Längeres Zuhause“ (Länger leben bei Ihnen zu Hause), "Rotterdam - Menschen bilden das innerstädtische Programm"; Ein Plan für die Durchführung des Rotterdam Vital City-Plans wird später ebenfalls vorgelegt. WHO-Netzwerk für gesunde Städte	Ja, Gesetz über Rechte und Wohlbefinden älterer Menschen, Nationale Strategie für Gesundheit und Wohlbefinden, Strategieplan der Stadt Helsinki

Es wird empfohlen, dass die Kommune als Dachsetting für Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens im Alter verstanden wird und relevante Akteure bei der Strategie-formulierung einbezogen werden. Die Notwendigkeit resultiert aus dem Zusammenwirken zahlreicher umweltbezogener und sozialer Faktoren auf den dort lebenden Menschen und

seiner gesundheitlichen Rahmenbedingungen (Neumann et al., 2017; WHO, 2015). Insgesamt sollte anerkannt werden, dass unterschiedliche Wege zu einem aktiven und gesunden Altern führen können und ältere Menschen entsprechend in unterschiedlichen Subgruppen angesprochen werden sollten (Boudiny, 2013). Um der Diversität der älteren Bevölkerung und deren besonderen Bedürfnissen gerecht zu werden, sind alters-spezifische Strategien zu empfehlen, die mit weiteren kommunalen Strategien verknüpft sind. Besondere Risiken (z.B. Vereinsamung im Alter) sollten in speziellen Strategien aufgegriffen werden.

Politischer Auftrag. Ferner ist, insofern dies nicht bereits erfolgt ist, eine stärkere Verankerung der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen auf der politischen Agenda anzustreben, denn ein politischer Auftrag ist für eine gelingende Praxis von hoher Bedeutung (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1995). Die Relevanz kann z.B. mittels regionaler Gesundheitsdaten oder evidenzbasierter Kenntnisse unterstützt werden, wie nachstehend vertiefend beschrieben.

Regionale Besonderheiten. Zukünftige Strategien und auch praktische Interventionen sollten entsprechend des Ansatzes „Daten für Taten“ auf Basis gesundheitsbezogener Daten entwickelt werden und so zu einer bedarfsgerechten Gestaltung der Politik und Praxis beitragen (Dapp, 2017a). Neben nationalen Gesundheitszielen sollten regionale Besonderheiten berücksichtigt werden, die auch Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007) hervorheben. Ein Instrument zur Aufdeckung von lokalen Handlungsbedarfen und verfügbaren Ressourcen stellt der Kent Mental Health & Wellbeing Index dar (Kent Public Health Observatory, 2019), der folglich vorgestellt wird.

Kent Mental Health & Wellbeing Index

Ziel des „Kent Mental Health & Wellbeing Indes“ ist es, kommunale Ressourcen für die Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens aufzudecken und zu stärken. Neben individuellen werden umweltbezogene Ressourcen sowie Belastungen einer Region mittels des Excel-basiertes *Local Wellbeing Tool* identifiziert. Neben regionalen Daten zum Wohlbefinden werden umfassende Einflussfaktoren im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes aufgezeigt (Kent Public Health Observatory, 2019).

Evidenzbasierung. Auch die Evidenzbasierung hat eine große Bedeutung in der kommunalen Gesundheitsförderung (Friedli, 2006; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Um einen gelingenden Praxistransfer wissenschaftlicher Expertise zu unterstützen, wird eine systematische Zusammenarbeit von Politik, Wissenschaft und Praxis empfohlen. Dazu sollten aktuelle Forschungsergebnisse vermehrt Eingang in die Praxis finden und gleichzeitig aktuelle

Handlungs- beziehungsweise Forschungsbedarfe an die Wissenschaft herangetragen werden. Dies wird beispielsweise mittels des nachstehenden niederländischen Projekts ‚Academische Werkplaatz" befördert (Publieke Gezondheid Noord Nederland, 2019).

Academische Werkplaats

Der akademische Werkplatz ist eine Partnerschaft zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Universität sowie politischen und Akteuren aus der Praxis. Es werden Fragen aus Politik und Praxis an das Gremium herangetragen, welches die Problemstellung und Lösungsmöglichkeiten diskutiert und konkrete Handlungsempfehlungen an die Praxis zurückmeldet (Abb. 63). Mittels des innovativen Vorgehens wird der Eingang wissenschaftlicher Expertise in die Praxis unterstützt und eine politikrelevante Forschung befördert. Ferner findet ein Austausch von Wissen, Erfahrungen und Initiativen und eine weitere Akademisierung des Handlungsfeldes statt. Durch die Kooperation von Politik, Forschung und Praxis wird darüber hinaus die intersektorale Zusammenarbeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit gestärkt und die Lebensqualität der Bürger langfristig erhöht (Publieke Gezondheid Noord Nederland, 2019).

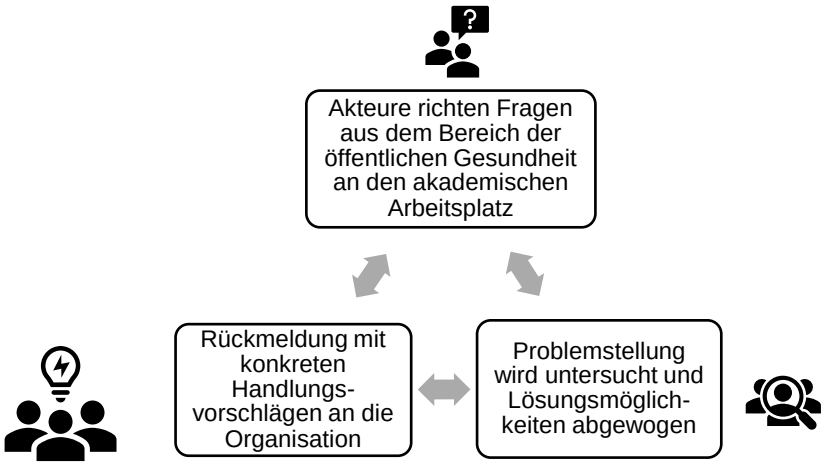


Abbildung 63: Ablauf im Rahmen des "Academische Werkplaats" (in Anlehnung an Publieke Gezondheid Noord Nederland, 2019).

Systematische intersektorale Zusammenarbeit. Zur Realisierung einer ganzheitlichen Sicht auf Gesundheit in der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter ist eine systematische intersektorale Zusammenarbeit erforderlich (Kilian et al., 2008; King & Ehlert, 2008; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b; Taut, 2008; Wallace & Alkin, 2008; im Überblick s. Wirtz et al., 2018). Bislang divergieren die Kooperationen nach Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007) stark hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit und Intensität und eine Verabredung gemeinsamer Grundsätze wird empfohlen. In Hamburg wurde dies beispielsweise im Rahmen des Paktes für Prävention mittels der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung realisiert (Behörde für

Gesundheit und Verbraucherschutz, 2016). Ein ebenfalls empfehlenswertes Vorgehen des Pakts für Prävention, wie es auch in Bezug auf die Umsetzung des Rotterdamer Gesundheitsplans (Rotterdam Vitale Stadt) realisiert wurde, ist der Einbezug sogenannter „unusual suspects“. Darunter werden Akteure verstanden, die auf den ersten Blick ungewöhnlich erscheinen, aber in Bezug auf den Schwerpunkt der Arbeit das Wohlbefinden älterer Menschen indirekt beeinflussen. Nachstehend folgt eine Vorstellung der „Werf Gezond 010“ aus Rotterdam, welches ein Beispiel guter Praxis für eine systematische intersektorale Zusammenarbeit darstellt.

Werf Gezond 010

In Hinblick auf eine gelingende Umsetzung der Empfehlungen, die in der Rotterdamer Gesundheitsstrategie (Rotterdam Vitale Stad) verankert sind, wurde ein konkreter Umsetzungsplan entwickelt und anschließend eine Veranstaltung zur konkreten Verabredung weiterer Kooperation oder gemeinsamer Projekte durchgeführt. Um den Arbeitscharakter zu betonen, wurde der Name „Werf Gezond“ gewählt und eine Werft als Tagungsort gewählt. Im Rahmen der ersten Veranstaltung unterzeichneten die Teilnehmer zudem eine Art Verpflichtungserklärung und das Netzwerk „Gezond 010“ wurde ins Leben gerufen, um eine nachhaltige systematische intersektorale Zusammenarbeit zu unterstützen (Gemeente Rotterdam, 2016, 2017).

Multiplikatoren. Resultierend aus der mehrfachen Nennung einer mangelnden Kenntnis seitens der Akteure wird der Einsatz von Multiplikatoren empfohlen, die als sogenannte Schlüsselfiguren fungieren können. In der norwegischen Kommune Nord-Trøndelag wird dies beispielsweise mittels einer sektorenübergreifenden Gesundheitsberaterin in der Stadtverwaltung realisiert und eine ganzheitliche Gesundheitsperspektive entsprechend gefördert. Der politische Stellenwert älterer Menschen kann hingegen durch Demografiebeauftragte unterstützt werden. Um relevante Informationen innerhalb der älteren Bevölkerung zu verbreiten und vor allem isoliert lebende Ältere zu erreichen, wird hingegen der Einsatz von sogenannten Kümmerern oder Quartiersmanagern empfohlen.

Verbreitung guter Praxis. Hinsichtlich der Verbreitung guter Praxis gilt es allererst die Frage nach der zu adressierenden Ebene zu klären (u.a. lokale Politik, Wissenschaft, Praxis). Zum erfolgreichen Transfer etablierter Beispiele guter Praxis können diese beispielsweise auf regionalen Datenplattformen veröffentlicht werden, wie auch die Literatur bestätigt (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015). Aufgrund der notwendigen Differenzierung der Älteren nach ihrer funktionalen Kompetenz ist eine Erweiterung der Filterfunktion um die Variablen „Hohe Kapazität“ und „Niedrige Kapazität“ empfehlenswert. Neben einer

Visualisierung bestehender Projekte sollten zur Qualitätsentwicklung und -sicherung Kriterien guter Praxis vermittelt und berücksichtigt werden. Eine gute Orientierung bieten die zwölf „Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ der Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b), deren Kriterien den Ergebnissen dieser Arbeit zu förderlichen Aspekten einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung im Alter weitgehend entsprechen. Für die Broschüre liegt eine englische Übersetzung vor (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015a), deren Verbreitung in weiteren europäischen Städten empfohlen wird. Ziel sollte es insgesamt sein, den Kommunikationsprozess in den Städten zu befördern. Um die Ergebnisse in lokale Netzwerke zu transportieren, wird in Bezug auf die Städte des MINDMAP Konsortiums empfohlen, die Interviewpartner als Kontakt zu nutzen. Um eben diese Prozesse realisieren zu können, bat die Verfasserin alle Interviewpartner in einem Schreiben (vertiefend s. Anhang B5) um die Erlaubnis, dass der MINDMAP Partner Turin (Arbeitspaket: Dissemination) sie im Zuge des Disseminationsprozesses erneut kontaktieren darf. Diesem haben alle Experten zugestimmt. Erhobene Daten zu involvierten Akteuren wurden zwar in der vorliegenden Dissertation aufgrund des Schwerpunkts der Arbeit nicht berücksichtigt, können aber für die Disseminationsprozesse herangezogen werden, insofern kein bereits bestehendes Netzwerk existiert. In Hamburg stellen vor allem der Pakt für Prävention sowie die bezirklichen Gesundheits- und Pflegekonferenzen geeignete Netzwerke für die Dissemination der Ergebnisse dar. Die Daten sollten für einen gelingenden Praxistransfer entsprechend der Zielgruppe aufbereitet und in die jeweilige Muttersprache übersetzt werden.

8.4 Implikationen für die Forschung

Aufgrund der geringen Stichprobe und der Expertise von nur einem oder maximal zwei Experten sollten weitere regionale Daten der einzelnen Städte erfasst werden. Entsprechend wird die Durchführung vertiefender Analysen in den Städten des MINDMAP Konsortiums empfohlen. Neben den qualitativen Ergebnissen stellen die Befunde der publizierten Subanalysen (Neumann et al., 2017) sowie die Verortung der gesundheitsbezogenen Interventionen in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) eine gewinnbringende Basis für die weitere Forschung dar. Zudem werden durch die Visualisierungen der Interventionen in dem WHO Modell Potentiale und Handlungsbedarfe der einzelnen Städte ersichtlich und können den gegenseitigen Austausch und beispielsweise den Ausgangspunkt für länderübergreifende Untersuchungen darstellen. Zudem wird die Erweiterung des „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (WHO, 2015) um soziostrukturelle Merkmale

empfohlen, da diese trotz ihrer Relevanz bislang nicht berücksichtigt wurden. Ferner wird für weitere Untersuchungen ein stärkerer Einbezug der Zielgruppe empfohlen, für deren Umsetzung im vorherigen Abschnitt bereits innovative Partizipationsmethoden vorgestellt wurden. Um Hindernisse, aber auch Potentiale in der wohnortnahen sozialen und räumlichen Umwelt zu identifizieren, eignet sich vor allem die Methode der Stadtteil-begehung, im Rahmen dessen die älteren Stadtbewohner Handlungsbedarfe aufzeigen können.

Darüber hinaus sollten angemessene Indikatoren für die Ergebnismessung in der kommunalen Gesundheitsförderung entwickelt und angewendet werden, sodass gesundheitsbezogene Strategien und Interventionen, über qualitative Angaben hinaus, evaluiert werden können. Insgesamt sollte eine vermehrte Evaluation settingbezogener Maßnahmen angestrebt werden, die auch gesundheitsfördernde Angebote für ältere Menschen einbeziehen, da somit nicht nur eine evidenzbasierte Praxis befördert, sondern auch der Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter erhöht wird.

9 Schlussfolgerungen

Die alternde Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2016; im Überblick s. Wettstein & Wahl, 2018; Wirtz et al., 2018) stellt eine kommunale Herausforderung dar (Amrhein & Backes, 2012; Schaeffer et al., 2018). Aufgrund der zunehmenden Urbanisierung trifft dies vor allem auf Städte zu (WHO, 2019a) und schon heute leben mehr als zwei Drittel der älteren Bevölkerung in Deutschland im städtischen Raum (Oswald & Konopnik, 2015). Der urbane Raum bietet zahlreiche Potentiale zum Erhalt der funktionale Kompetenz älterer Menschen. Unter funktionaler Kompetenz wird die Fähigkeit verstanden, den Alltag zu bewältigen, individuell bedeutsame Aktivitäten auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Menning & Hoffmann, 2009; WHO, 2015). Dies ist eindrücklich im „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ visualisiert, in dem neben gesundheits- und pflegebezogenen Ansatzpunkten die Möglichkeit aufgezeigt wird, inwiefern mittels verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen auf der Umweltebene die funktionale Kompetenz im Alter positiv beeinflusst werden kann (WHO, 2015). Die Ergebnisse der Verortung der quantifizierten Daten der publizierten Subanalysen in das WHO Modell (Teil 1) geben gewinnbringende Hinweise für eine zielgruppenspezifische Angebotsgestaltung, die neben der funktionalen Kapazität zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen auf der Umweltebene unterscheidet. Danach wurde vor allem ersichtlich, dass Angebote, die beide Ansätze kombinieren weiter etabliert werden sollten. Ferner sollte das WHO Modell entsprechend der Ergebnisse (Teil 3) um bislang vernachlässigte sozio-strukturelle Merkmale ergänzt werden, da soziale Benachteiligungen eng mit gesundheitlichen Ungleichheiten verknüpft sind (Perna et al., 2010; Mielk, 2005). Zudem wurden Potentiale und Handlungsbedarfe der Städte sichtbar, die wiederum als Ausgangslage für stadtbezogene Analysen dienen kann. Es ist hervorzuheben, dass die Einordnung der gesundheitsbezogenen Interventionen unterschiedlicher europäischer Städte in das aktuelle Modell der WHO eine Innovation darstellt, die gewinnbringende Erkenntnisse für die kommunale Gesundheitsplanung in Europa bietet.

Auch die qualitativen Ergebnisse der Dissertation zeigen zahlreiche Ansatzpunkte einer gelingenden kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen im urbanen Raum auf. In Teil 3 wurden Besonderheiten der Zielgruppe älterer Menschen identifiziert, die verdeutlichen, dass eine Unterscheidung der älteren Bevölkerung in Subgruppen für eine bestmögliche Erreichbarkeit der Zielgruppe erforderlich ist. Neben der funktionalen Kompetenz (Dapp et al., 2018; Faltermaier et al., 2014; Neumann et al., 2017; WHO, 2015) unterscheidet sich die ältere Bevölkerung entsprechend ihrer soziostrukturellen Merkmale (u.a. sozioökonomischer Status; vgl. Backes & Clemens, 2013) und eine Differenzierung

der Zielgruppe nach dem Lebensalters reicht angesichts der Diversität älterer Menschen nicht aus. Aufgrund des engen Zusammenhangs von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten sollten vor allem sozial benachteiligte Ältere (Perna et al., 2010; Mielck, 2005) sowie jene, die dem Risiko der Vereinsamung ausgesetzt sind, erreicht werden (Huxhold et al., 2010). Dies kann vor allem durch eine direkte Ansprache in der Hausarztpraxis erfolgen und wird zudem durch zielgruppenspezifische Maßnahmen unterstützt. Die Erreichbarkeit bedeutsamer Zielgruppen kann ferner im Rahmen von Präventionsketten unterstützt werden. Für eine gelingende Umsetzung (Teile 4a+b) ist eine systematische intersektorale Zusammenarbeit relevanter Akteure der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter erforderlich, die mittels verbindlicher Absprachen und einer systematischen Koordination des gesamten Prozesses unterstützt werden kann. Nachstehend ist eine exemplarische Präventionskette zur Förderung des Wohlbefindens im Alter visualisiert

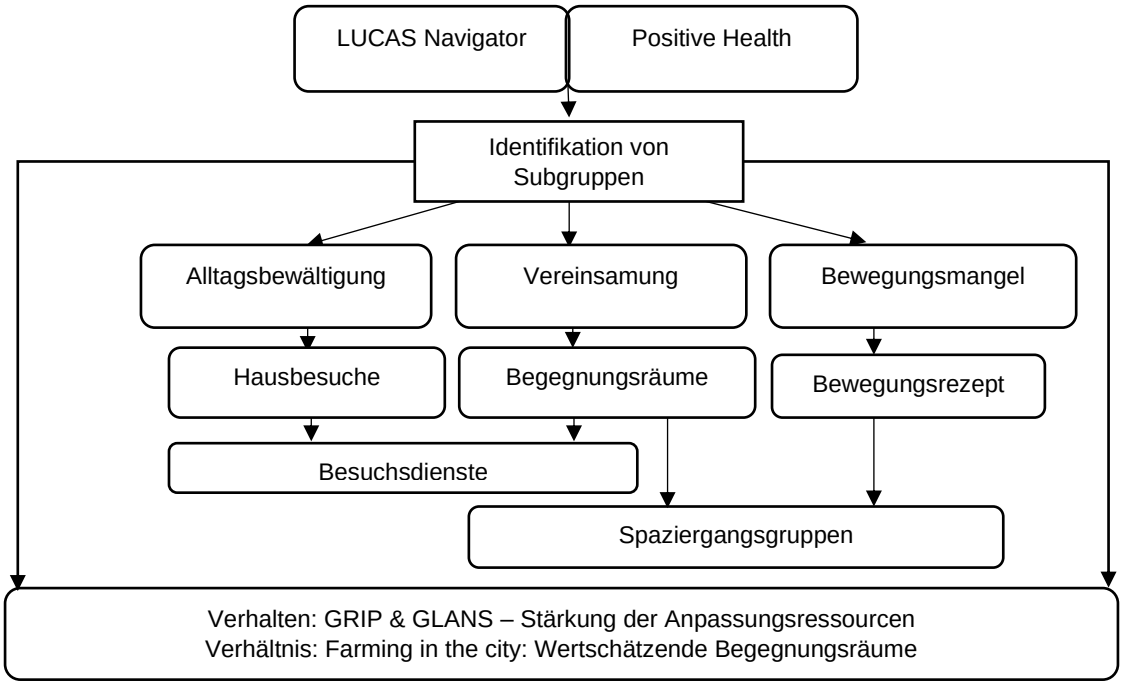


Abbildung 64: Exemplarische Präventionskette zur Förderung des Wohlbefindens im Alter.

(Abb. 64).

Die individuelle funktionale Kapazität sowie spezifische Risiken (u.a. Alltagsbewältigung, Vereinsamung, Bewegungsmangel) können mit dem evidenzbasierten Assessment-Instrument „LUCAS NAVIGATOR“ identifiziert werden (Forschungsabteilung Albertinen Haus, 2018). Zudem können auf Basis der sechs Gesundheitsdimensionen des „Positive Health“ Konzepts individuelle Anpassungsressourcen ermittelt und in einem Netzdiagramm visualisiert werden (Huber et al., 2011, 2016). Die Informationen ermöglichen es, passgenaue Ansatzpunkte für das weitere Vorgehen abzuleiten. Neben zielgruppenspezifischen Maßnahmen, wie die Durchführung eines Hausbesuchs zur Aufdeckung möglicher Problemlagen, kann die Förderung sozialer Interaktion oder Aktivität in wohnortnahen

Begegnungsräumen (z.B. Nachbarschaftstreffs) von dem Hausarzt empfohlen werden. Dies kann, ebenso wie z.B. die Teilnahme an Sportangeboten, durch ein Bewegungsrezept verschrieben werden. Aufgrund der hohen Bedeutung der Hausärzte für Ältere ist eine Akzeptanz entsprechender Empfehlungen anzunehmen und trägt ferner zu einer reduzierten Medikalisierung bei. Neben zielgruppenspezifischen und eindimensionalen Maßnahmen ist die Vermittlung von Angeboten, die gleich mehrere Aspekte adressieren, empfehlenswert (Multidimensionalität). Während Besuchsdienste (wie z.B. Les petit frères des pauvres) eine selbstständige Lebensführung unterstützen und das Risiko der Vereinsamung reduzieren, zielen auch Spaziergangsgruppen im Sinne der empfohlenen Multidimensionalität auf eine Förderung der sozialen Teilhabe und körperlicher Aktivität ab. Unabhängig von dem individuellen Gesundheitsrisiko sollten ältere Menschen zudem in einem gelingenden Altern unterstützt werden. Darin unterstützt das niederländische Programm „GRIP & GLANS“ ältere Menschen, indem vor allem die individuellen Anpassungsressourcen an altersbedingte Beeinträchtigungen gestärkt werden. Zudem wird, unabhängig von besonderen Risiken oder der individuellen funktionalen Kompetenz, für die Förderung des Wohlbefindens im Alter empfohlen, wertschätzende Begegnungsräume zu schaffen (wie z.B. urbane Gartenprojekte). Diese sollten wohnortnah und vor allem generationsübergreifend sein, denn die Weitergabe von Erfahrungswissen gewinnt im Alter an Bedeutung (Schmitt, 2013; vertiefend s. Kruse, 2017). Zudem steigert der nachbarschaftliche Kontakt das Zugehörigkeitsgefühl im Stadtteil (Belonging), welches vor allem im hohen Alter bedeutsamer wird und die psychische Gesundheit älterer Menschen positiv beeinflusst (Oswald & Konopnik, 2015). Entsprechende Gelegenheitsstrukturen für soziale Teilhabe, wie z.B. Senioren- oder Nachbarschaftstreffpunkte tragen zudem dazu bei, dass diejenigen, die ungewollt allein sind, es nicht sein müssen.

Die exemplarische Präventionskette bietet einen Leitfaden für die Entwicklung und Implementierung entsprechender Prozesse in der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen und leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Erreichbarkeit älterer Menschen. Präventionsketten können zudem das Präventionspotential der Zielgruppe befördern sowie den engen Zusammenhang von psychischen wie physischen Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden älterer Menschen sichtbar machen. Die Relevanz wird vor allem durch die Bedeutung einer positiven Person-Umwelt-Interaktion für die soziale Teilhabe im Alter sowie dem umgekehrten positiven Einfluss des Vertrauens in die Umgebung (u.a. Zugehörigkeitsgefühl) zur Steigerung der Mobilität im Stadtteil ersichtlich. Entsprechend sollten Gesundheitsstrategien psychische und physische Komponenten zur Förderung der funktionalen Kompetenz berücksichtigen. Neben einer mobilitätsfördernden Stadtgestaltung sollte das Zugehörigkeitsgefühl beispielsweise durch die Förderung eines achtsameren Umgangs untereinander und dem Abbau von

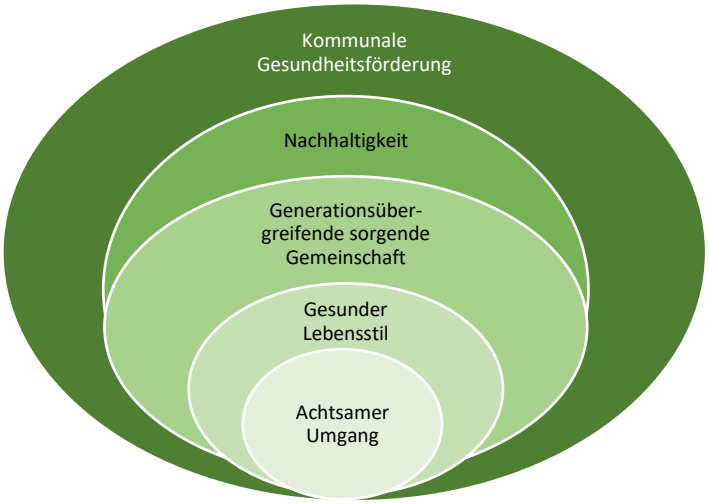
Individualisierungstendenzen unterstützt werden. Dazu können auch wertschätzende Begegnungsräume in der Nachbarschaft beitragen. Die Identifikation mit dem Stadtteil kann zudem durch die aktive Beteiligung der älteren Bewohner bei der Stadtgestaltung unterstützt werden, die vor allem durch innovative Partizipationsmethoden wie Stadtteilbegehungen sowie Think Tanks oder Living Labs erfolgen kann, indem gemeinsam Problemlagen diskutiert und innovative Lösungen erarbeitet werden.

Insgesamt wurde deutlich, dass es einer ganzheitlichen Sicht auf Gesundheit bedarf, wie es bereits in dem Modell der Determinanten der Gesundheit von Dahlgren und Whitehead (2007) postuliert wurde. Im Rahmen der Dissertation wurde darüber hinaus die Bedeutung des innovativen Gesundheitskonzepts „Positive Health“ aus den Niederlanden hervorgehoben, welches die individuellen Anpassungsressourcen fokussiert und insbesondere die soziale Dimension von Gesundheit hervorhebt (Huber et al., 2011, 2016). Eine Etablierung dieses Konzeptes in anderen Ländern kann dazu beitragen, die Ressourcen älterer Menschen hervorzuheben und somit den Stellenwert der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter zu erhöhen. Aufgrund der verbreiteten Assoziation des Alters mit Defiziten stehen noch immer überwiegend versorgungsspezifische Aspekte im Fokus und die Hervorhebung der Ressourcen könnte den Paradigmenwechsel von einer Altenhilfe- hinzu einer modernen Altenpolitik weiter befördern.

Neben der Erfassung relevanter Ansatzpunkte und innovativer Beispiele guter Praxis für die Strategieformulierung und Interventionsplanung, ist die Erkenntnis einer hohen Ähnlichkeit der erstrebenswerten Ziele für ein zufriedenes und gesundes Altern im europäischen Raum besonders hervorzuheben. Es kann demnach von einem europäischen Narrativ in der Sozial- und Gesundheitspolitik zur Förderung des Wohlbefindens im Alter gesprochen werden, welches aktuellen politischen Debatten widerspricht, in denen ein gemeinsames Europa in Frage gestellt wird. Gleichzeitig sind jedoch auch vermehrt Bewegungen zu beobachten, die, über Landesgrenzen hinweg, eine gemeinsame Grundhaltung vertreten und ein globales Handeln befördern. Besonders hervorzuheben ist die Klimastreik-Bewegung „Friday for Future“ zur Förderung des weltweiten Klimaschutzes (Fridays for Future, 2019). Obwohl dort vor allem die Förderung beziehungsweise Forderung einer nachhaltigen Lebensweise im Fokus steht, hat auch hier ein achtsamer Umgangs mit sich selbst und seiner Umwelt eine große Relevanz. Während dort im Rahmen einer sorgenden Gemeinschaft vor allem der Umweltschutz gefördert werden soll, zielt die Schaffung wertschätzender Begegnungsräume und die Stärkung einer sorgenden Gemeinschaft zur Förderung des Wohlbefindens im Alter vor allem darauf ab, Individualisierungstendenzen ab- und generationsübergreifende Beziehungen aufzubauen. Die gemeinsame Grundhaltung eines achtsameren Umgang mit sich und seiner Umwelt

sollte entgegen aktueller politischer Diskurse gegen ein gemeinsames Europa verstärkt medial transportiert werden. Dies kann ferner dazu beitragen, dass Jung und Alt gemeinsam – generationen- und grenzübergreifend - nicht nur ein gelingendes Altern, sondern auch ein gelingendes Leben nachfolgender Generationen unterstützen, welches im Sinne der Generativität für das Wohlbefinden im Alter bedeutsam ist (Abb. 65).

Abbildung 65: Vision eines gemeinsamen generations- und grenzübergreifenden Strebens nach einer nachhaltigen und gesundheitsförderlichen sozialen und räumlichen Umwelt.



Insgesamt weisen die Ergebnisse eine Bandbreite an Ansatzpunkten für eine gelingende kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen im urbanen Raum auf. Aufgrund der sehr fragmentierten Kenntnis zu Strategien auf Stadtebene trägt die vorliegende Untersuchung ferner dazu bei, diese Kenntnislücke zu schließen. Zudem ermöglichen die vertiefenden qualitativen Informationen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Strategien es, weiterführende Erkenntnisse zu den Beweggründen für und gegen bestimmte Ziele zu ermitteln. Basierend auf den Informationen wurden Potentiale, aber auch Handlungsbedarfe der einzelnen Städte in Bezug auf die gesundheitsbezogenen Strategien und Interventionen sichtbar, die für die weitere Gesundheitsplanung für ältere Menschen von großer Relevanz sind. Insgesamt greift die Dissertation eine sehr aktuelle Thematik auf und liefert gewinnbringende Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik sowie die Praxis und Erforschung der kommunalen Gesundheitsförderung älterer Menschen im urbanen Raum. Das Promotionsvorhaben leistet somit einen wertvollen Beitrag für die Weiter-(entwicklung) gesundheitsbezogener Strategien und Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens älterer Menschen und befördert die Vision eines gemeinsamen generations- und grenzübergreifenden Strebens nach einer nachhaltigen und gesundheitsförderlichen sozialen wie auch räumlichen Umwelt.

Literaturverzeichnis

Amrhein, L. & Backes, G. M. (2012). Wie Kommunen für das Alter(n) planen können. Regionale Herausforderungen einer demographiesensiblen Sozialplanung für das Alter(n) am Beispiel des Landkreises Vechta (Niedersachsen). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *45*(5), 379–384. https://doi.org/10.1007/s00391-012-0349-8

Angelini, V., Cavapozzi, D., Corazzini, L. & Paccagnella, O. (2012). Age, health and life satisfaction among older Europeans. *Social Indicators Research*, *105*(2), 293–308. https://doi.org/10.1007/s11205-011-9882-x

Antonovsky, A. (1991). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publ.

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, *35*(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Backes, G. & Clemens, W. (2013). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung* (4., überarb. und erw. Aufl.). Weinheim: Beltz

Baltes, P. B. (1990). Entwicklungstheorie in der Lebensspanne. Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, *41*(1), 1–24.

Baur, N., Kelle, U. & Kuckartz, U. (2017). Mixed Methods. Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen. In N. Baur, U. Kelle & U. Kuckartz (Hrsg.), *Mixed Methods* (Bd. 57, S. 1–37). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. (1995). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Zwischenbilanz 1994* (Freie und Hansestadt Hamburg, Hrsg.). Hamburg.

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. (2016). *Pakt für Prävention - Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!* (Freie und Hansestadt Hamburg, Hrsg.). Hamburg.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. (2010). *Gesundheitsbericht. Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg I. Hamburg* (Freie und Hansestadt Hamburg, Hrsg.). Hamburg.

Bekhet, A. K. & Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities. Is loneliness a key factor? *Archives of Psychiatric Nursing*, *26*(3), 214–224. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.09.007.

Bergman, H., Béland, F., Karunananthan, S., Hummel, S., Hogan, D. & Wolfson, C. (2004). Developing a working framework for understanding frailty. *Gérontologie et société* (109), 15–29.

Bertossi Urzua, C., Ruiz, M. A., Pajak, A., Kozela, M., Kubinova, R., Malyutina, S. et al. (2018). The prospective relationship between social cohesion and depressive symptoms among older adults from Central and Eastern Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*. (73), 117-122. https://doi.org/10.1136/jech-2018-211063

Böger, A., Wetzel, M. & Huxhold, O. (2017). Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen. Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel* (S. 273–285). Wiesbaden: Springer.

Böhme, C. & Franke, T. (2010). Soziale Stadt und ältere Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *43*(2), 86–90. https://doi.org/10.1007/s00391-009-0061-5

Boomsma, D. I., Willemsen, G., Dolan, C. V., Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2005). Genetic and environmental contributions to loneliness in adults. The Netherlands twin register study. *Behavior Genetics*, *35*(6), 745–752. https://doi.org/10.1007/s10519-005-6040-8

Boudiny, K. (2013). 'Active ageing'. From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, *33*(6), 1077–1098. https://doi.org/10.1017/S0144686X1200030X

Buber, I. & Engelhardt, H. (2011). Der Zusammenhang zwischen Alter und depressiven Symptomen bei Männern und Frauen höheren Lebensalters in Europa. Erkenntnisse aus dem SHARE-Projekt. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, *36*(1), 77–102. https://doi.org/10.4232/10.CPoS-2011-02de

Bullinger, M. & Brütt, A. L. (2018). Lebensqualität und Wohlbefinden. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.*), Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 155–167). Bern: Hogrefe.

Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung*, *Gesundheitsschutz*, *56*(5-6), 733–739. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms. Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140–151. https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140

Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C. et al. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries. The SHARE study. *The British Journal of Psychiatry*, *191*, 393–401. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036772

Colcombe, S. & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults. A meta-analytic study. *Psychological Science*, *14*(2), 125–130. https://doi.org/10.1111/1467-9280.t01-1-01430

Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior, 50*(1), 31–48. https://doi.org/10.1177/002214650905000103

Croezen, S., Burdorf, A. & van Lenthe, F. J. (2016). Self-perceived health in older Europeans. Does the choice of survey matter? *European Journal of Public Health*, *26*(4), 686–692. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw017

Dadaczynski, K. & Paulus, P. (2018). Verhaltens- und Verhältnisprävention. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 257–268). Bern: Hogrefe.

Dadaczynski, K., Baumgarten, K. & Hartmann, T. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *11*(4), 214–221. https://doi.org/10.1007/s11553-016-0562-1

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe.* Stockholm: Institute for Futures Studies.

Dapp, U. (2008). *Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung.* Stuttgart: Kohlhammer.

Dapp, U. (2016). Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter". Langzeitwirkungen erfolgreicher Zusammenarbeit von Gesundheitsberater-Expertenteam und Hausarztpraxen im regionalen Gesundheits-Netzwerk. *angewandte Forschung,* (4), 39–46.

Dapp, U. (2017a). Gesundheit und Verkehr im urbanen Raum. In W. von Renteln-Kruse, U. Dapp., L. Neumann, J. Anders , F. Pröfener , P. Brieler , K. Püschel (Hrsg.), *Mobilität und Verkehrssicherheit im Alter* (S. 76-95). Berlin: Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt.

Dapp, U. (2017b). Mobilität und funktionale Kompetenz im Alter – Ergebnisse der Longitudinalen Urbanen Cohorten-Alters-Studie (LUCAS). In W. von Renteln-Kruse, U. Dapp., L. Neumann, J. Anders , F. Pröfener , P. Brieler , K. Püschel (Hrsg.), *Mobilität und Verkehrssicherheit im Alter* (S. 46-60). Berlin: Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt.

Dapp, U., Lorentz, C., Laub, S., Anders, J., Renteln-Kruse, W. von, Minder, C. et al. (2009). Im Alter aktiv und gesund leben--Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *42*(3), 245–255. https://doi.org/10.1007/s00391-009-0040-x

Dapp, U., Fertmann, R., Anders, J., Schmidt, S., Pröfener, F., Deneke, C. et al. (2011). Die Longitudinal-Urban-Cohort-Ageing-Studie (LUCAS). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *44*(2), 55–72. https://doi.org/10.1007/s00391-011-0244-8

Dapp, U., Minder, C. E., Anders, J., Golgert, S. & Renteln-Kruse, W. von. (2014). Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens—results from the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). *BMC Geriatrics*, *14*, 141. https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-141

Dapp, U., Neumann, L., von Renteln-Kruse, W., Avendano-Pablon, M. & van Lenthe F. (2016). The MINDMAP consortium and its geriatric perspective on promoting mental-wellbeing and healthy ageing in cities. *European Geriatric Medicine*, *7*(1), 61-62.

Dapp, U., Neumann, L., Jacobsen, W., van Lenthe, F. & von Renteln-Kruse, W. (2017). The MINDMAP Consortium – Survey on mental health promotion and mental disorder prevention for older people in cities (HORIZON 2020, research and innovation action 667661) *European Geriatric Medicine*, *8*(1), 58.

Dapp, U., Minder, C., Neumann, L., Golgert, S., Klugmann, B. & Renteln-Kruse, W. von. (2018). Wirksamkeit der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“. Zielgruppenspezifische Ergebnisse bezüglich einer Kompression von Morbidität über 13,8 Jahre LUCAS Verlauf. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *51*(4), 379–387. https://doi.org/10.1007/s00391-018-1392-x

Denzin, N. K. (2009). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: Transaction Publishers.

Deutscher Bundestag. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG). *Bundesgesetzblatt* , Teil 1 (Nr. 31), 1368–1379.

Deutsches Zentrum für Altersfragen. (2017). *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts* (3. Aufl.). Berlin: BMFSJ.

Dienel, H.-L. & Blanckenburg, C. von. (2010). Soziale Infrastrukturen und bürgerschaftliches Engagement von und für junge Alte(n). Ostdeutsche Kommunen erkunden neue Wege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *43*(2), 77–81. https://doi.org/10.1007/s00391-009-0059-z

Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being. Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, *54*, 403–425. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056

Durach, C. F., Kembro, J. & Wieland, A. (2017). A new paradigm for systematic literature Reviews in supply chain management. *Journal of Supply Chain Management*, *53*(4), 67–85. https://doi.org/10.1111/jscm.12145

Erhardt, M., Wille, M. & Ravens-Sieberer, U. (2006). Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 321–338). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Etman, A., Kamphuis, C. B. M., van der Cammen, T. J. M., Burdorf, A. & van Lenthe, F. J. (2015). Do lifestyle, health and social participation mediate educational inequalities in frailty worsening? *European Journal of Public Health*, *25*(2), 345–350. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku093

Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2. überarb. und erw. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.

Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Strehmel, P. (2014). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters* (3., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Figueras, J., McKee, M., Mossialos, E. & Saltman, R. B. (2007). Series editors' introduction. In M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos & G. Thornicroft (Eds.), *Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care*. Berkshire: McGraw-Hill Education.

Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 411–423). Wiesbaden: Springer.

Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer.

Freund, A. M. & Nikitin, J. (2018). Junges und mittleres Erwachsenenalter. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (8., überarb. Aufl., S. 259–289). Weinheim: Beltz.

Friedli, L. (2006). Public mental health and mental health promotion. In C. Jackson & K. Hill (Eds.), *Mental health today. A handbook* (pp. 11–19). Brighton: Pavilion.

Fries, J. F. (1983). The compression of morbidity. The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health and Society*, *61*(3), 397–419.

Fries, J. F. (1985). The compression of morbidity. In P. K. Robinson, J. Livingston, J. E. Birren, V. A. Regnier, A. M. Small & H. L. Sterns (Eds.), *Aging and Technological Advances* (pp. 169–187). Boston: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2401-0_16

Fries, J. F., Bruce, B. & Chakravarty, E. (2011). Compression of morbidity 1980-2011. A focused review of paradigms and progress. *Journal of Aging Research*, *2011*(261702), 1-10. https://doi.org/10.4061/2011/261702

Fuchs, J., Busch, M. A., Gößwald, A., Hölling, H., Kuhnert, R. & Scheidt-Nave, C. (2013). Körperliche und geistige Funktionsfähigkeit bei Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(5-6), 723–732. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1684-7

Geene, R. & Reese, M. (2017). *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung.* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Geene, R. & Rosenbrock, R. (2015). Etappenziel fast erreicht. Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. *Dr. med Mabuse*, *213*, 16–19.

Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2015b). Kriterien für die gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Hrsg.). Berlin: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Gerstorf, D., Ram, N., Lindenberger, U. & Smith, J. (2013). Age and time-to-death trajectories of change in indicators of cognitive, sensory, physical, health, social, and self-related functions. *Developmental Psychology*, *49*(10), 1805–1821. https://doi.org/10.1037/a0031340

Gierveld, J. d. J. & Hagestad, G. O. (2016). Perspectives on the integration of older men and women. *Research on Aging*, *28*(6), 627–637. https://doi.org/10.1177/0164027506291871

Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Allore, H. G. & Han, L. (2006). Transitions between frailty states among community-living older persons. *Archives of Internal Medicine*, *166*(4), 418–423. https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.418

Glantz, A. & Michael, T. (2014). Interviewereffekte. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Graefe, S., van Dyk, S. & Lessenich, S. (2012). Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. *Der Unfallchirurg*, *115*(8), 694–699. https://doi.org/10.1007/s00113-012-2224-x

Gunzelmann, T., Schmidt, S., Albani, C. & Brähler, E. (2006). Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, *19*(1), 7–15. https://doi.org/10.1024/1011-6877.19.1.007

Haider, S., Luger, E., Kapan, A., Titze, S., Lackinger, C., Schindler, K. E. et al. (2016). Associations between daily physical activity, handgrip strength, muscle mass, physical performance and quality of life in prefrail and frail community-dwelling older adults. *Quality of life Research*, *25*(12), 3129–3138. https://doi.org/10.1007/s11136-016-1349-8

Hartmann, T., Baumgarten, K. & Dadaczynski, K. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *11*(4), 203–205. https://doi.org/10.1007/s11553-016-0567-9

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd. ed., newly revised). New York: McKay.

Heite, E., Rüßler, H. & Stiel, J. (2015). Alter(n) und partizipative Quartiersentwicklung. Stolpersteine und Perspektiven für soziale Nachhaltigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *48*(5), 415–425. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0909-9

Helfferich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559–574). Wiesbaden: Springer.

Heusinger, J., Keil, A. & Köster, M. (2015). Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen - Ziele, Befunde, Reflektionen. In U. Walter & U. Koch (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (S. 232–243). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Hilbrand, S., Coall, D. A., Gerstorf, D. & Hertwig, R. (2017). Caregiving within and beyond the family is associated with lower mortality for the caregiver. A prospective study. *Evolution and Human Behavior*, *38*(3), 397–403. https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2016.11.010

Hollbach-Grömig, B. & Seidel-Schulze, A. (2007). *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Eine Bestandsaufnahme.* Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C. et al. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health. A mixed methods study. *British Medical Journal Open*, *6*(e010091), 1–11. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D. et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, *343*(d4163), 1-3. https://doi.org/10.1136/bmj.d4163

Hübner, I.-M. (2017). *Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden im Übergang in den Ruhestand. Eine Studie über den Einfluss und die Bedeutsamkeit des subjektiven Alterns und der sozialen Beziehungen*. Wiesbaden: Springer.

Hudak, P., Clark, J. P., Coyte, P. C., Mahomed, N. N., Kreder, H. J. & Wright, J. G. (2002). "You're perfect for the procedure! Why don't you want it?". Elderly arthritis patients' unwillingness to consider total joint arthroplasty surgery: A qualitative study. *Medical Decision Making*, *22*(3), 272–278.

Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (4., vollst. Überarb. Aufl.). Bern: Huber.

Huxhold, O., Mahne, K. & Naumann, D. (2010). Soziale Integration. In A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (Bd. 1, S. 215–233). Stuttgart: Kohlhammer.

Jacobsen, W. (2013). *Der Stadtteil als Setting für ein gesundes Alter(n). Eine quantitative Analyse der Seniorenbefragung 2012 "Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel" zum*

Einfluss auf Alter, Geschlecht und Sozialraum in Bezug auf subjektive und gesundheitsbezogene Kennwerte. Unveröffentlichte Masterthesis. Europa-Universität Flensburg, Flensburg.

Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. (2008). Mental Health in Older People. Consensus Paper (European Communities, Hrsg.). Luxemburg: European Communities.

Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research. A research paradigm whose time has ome. *Educational Researcher*, *33*(7), 14–26. https://doi.org/10.3102/0013189X033007014

Jordan, S. & von der Lippe, E. (2013). Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(5-6), 878–884. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1664-y

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, *69*(3), 307–316. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013

Kalache, A., Aboderin, I. & Hoskins, I. (2002). Compression of morbidity and active ageing. Key priorities for public health policy in the 21st century*. Bulletin of the World Health Organization*, *80*(3), 243-244. https://doi.org/10.1590/S0042-96862002000300011

Kilian, H., Brandes, S. & Köster, M. (2008). Die Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Handlungsfelder, Akteure und Qualitätsentwicklung. *G+G Wissenschaft*, *8*(2), 17–26.

King, J. A. & Ehlert, J. C. (2008). What we learned from three evaluations that involved stakeholders. *Studies in Educational Evaluation*, *34*(4), 194–200. https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2008.10.003

Klie, T. (2010). Alter und Kommune. Gestaltung des demographischen Wandels auf kommunaler Ebene. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *43*(2), 75–76. https://doi.org/10.1007/s00391-009-0058-0

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. & Thornicroft, G. (2007). *Mental health policiy and Practice across Europe. The future direction of mental health care* (World Health Organization, Hrsg.). Glasgow: World Health Organization.

Kocka, J. & Staudinger, U. M. (2009). *Altern in Deutschland (Nova acta Leopoldina)*. Halle (Saale): Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Kohli, M., Künemund, H., Motel-Klingebiel, A. & Szydlik, M. (2005). Soziale Ungleichheit. In M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (2., erw. Aufl., Bd. 2, S. 318–336). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *1*(4), 234-215. https://doi.org/10.1007/s11553-006-0042-0

Kollewe, C. (2015). "Nothing about us without us?". Partizipative Forschung und Beteiligungsformen am Beispiel älterer Menschen Großbritannien. *Journal für Psychologie*, *23*(1), 193–215.

Kricheldorff, C., Klott, S. & Tonello, L. (2015). Sorgende Kommunen und lokale Verantwortungsgemeinschaften. Modellhafte Ansätze zur Sicherung von gelingendem Altern und Pflege im Quartier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *48*(5), 408–414. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0914-z

Kricheldorff, C. & Oswald, F. (2015). Gelingendes Altern in Sozialraum und Quartier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *48*(5), 399–400. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0915-y

Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B. M., Müters, S., Finger, J. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(5-6), 765–771. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1661-6

Kruse, A. (2007). Präventions- und Trainingsansätze im höheren Alter. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne* (S. 624–655). Stuttgart: Kohlhammer.

Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin: Springer.

Kruse, J. & Schmieder, C. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz.

Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz .

Kuckartz, U. (2017). Datenanalyse in der Mixed-Methods-Forschung. Strategien der Integration von qualitativen und quantitativen Daten und Ergebnissen. In N. Baur, U. Kelle & U. Kuckartz (Hrsg.), *Mixed Methods* (Bd. 57, S. 157–183). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2007). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Künemund, H. & Hollstein, B. (2005). Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (Bd. 2, 2., erw. Aufl., S. 212–276). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. *Lehrbuch* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Lehr, U. (2003). *Psychologie des Alterns* (10., korr. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.

Leppin, A. (2014). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollst. überarb Aufl., S. 35–44). Bern: Huber.

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature. Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2141–2149. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041

Levenson, R. & Jackson, C. (2006). Everybody´s business: mental health in older age. In C. Jackson & K. Hill (Eds.), *Mental health today. A handbook* (pp. 57–66). Brighton: Pavilion.

Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (2018). Höheres Erwachsenenalter. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. (8., überarb. Aufl., S. 283–310). Weinheim: Beltz.

Lukaschek, K., Vanajan, A., Johar, H., Weiland, N. & Ladwig, K.-H. (2017). "In the mood for ageing". Determinants of subjective well-being in older men and women of the population-based KORA-Age study. *BMC Geriatrics*, *17*(1), 126. https://doi.org/10.1186/s12877-017-0513-5

Martin, M. & Kliegel, M. (2014). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543–556). Wiesbaden: Springer.

McCulloch, A. (2006). Understanding mental health and mental illness. In C. Jackson & K. Hill (Eds.), *Mental health today. A handbook*. Brighton: Pavilion.

Mertens, D. M., Bazeley, P., Bowleg, L., Fieldung, N., Maxwell, J., Molina-Azorin, J. F. et al. (2016). Expanding thinking through a kaleidoscopic look into the future implications of the Mixed Methods International Research Association's Task Force Report on the Future of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, *10*, 221-227.

Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 62–78). Berlin: Robert Koch-Institut.

Meyer, C. & Meier zu Verl, C. (2014). Ergebnispräsentation in der qualitativen Forschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 245–257). Wiesbaden: Springer.

Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.

Mir, E. (2018). Psychologische Aspekte von Pflege. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 617–627). Bern: Hogrefe.

Morley, J. E., Perry, H. M. & Miller, D. K. (2002). Something about frailty. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *57*(11), M698-M704. https://doi.org/10.1093/gerona/57.11.M698

Motel-Klingebiel, A., Künemund, H. & Bode, C. (2005). Wohnen und Wohnumfeld. In M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (2., erw. Aufl., S. 125-175). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Huxhold, O. & Tesch-Römer, C. (2010). Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte. In A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (Entwicklungspsychologie, Bd. 1, S. 15–33). Stuttgart: Kohlhammer.

Naegele, G. (2010). Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *43*(2), 98–102. https://doi.org/10.1007/s00391-010-0106-9

Neumann, L., Dapp, U., Jacobsen, W., van Lenthe, F. & Renteln-Kruse, W. von. (2017). The MINDMAP project: mental well-being in urban environments: Design and first results of a survey on healthcare planning policies, strategies and programmes that address mental health promotion and mental disorder prevention for older people in Europe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *50*(7), 653–654. https://doi.org/10.1007/s00391-017-1325-0.

Nowossadeck, S. (2013). Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Eine Übersicht. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(8), 1040–1047. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1742-1.

Oswald, F. & Konopik, N. (2015). Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *48*(5), 401–407. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0912-1

Oswald, H. (2010). Was heißt qualitativ forschen? Warnungen, Fehlerquellen, Möglichkeiten. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (3. Aufl., S. 183-201). Weinheim: Beltz.

Perna, L., Thien-Seitz, U., Ladwig, K.-H., Meisinger, C. & Mielck, A. (2010). Socio-economic differences in life expectancy among persons with diabetes mellitus or myocardinal infarction: results from the German MONICA/KORA study. *BMC Public Health, 10(135),* 1-11.

Pinto, J. M. & Neri, A. L. (2016). Relationships between levels of social participation, self-related healt and life satisfaction in older adults according to gender. *Revista Kairos Gerontologia*, *19*(4), 255–272.

Piorkowsky, M.-B. (2010). (Un-)Zufriedenheit mit der kommunalen Infrastruktur. Wie bewerten Seniorinnen und Senioren ihre Lebensbedingungen? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *43*(2), 82–85. https://doi.org/10.1007/s00391-009-0060-6

Pospiech, S. (2011). Den Alltag bewegen durch angeleitete Spaziergangsgruppen. In Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.), *Den Alltag im Stadtteil bewegen. Potenziale der Bewegungsförderung im Alte*r (S. 26–28). Berlin (Fachtag).

Preuss, U. W., Siafarikas, N., Petrucci, M. & Wong, W. M. (2009). Depressive Störungen bei Demenzen und milder kognitiver Beeinträchtigung. Komorbidität, Ursache oder Risikofaktor? *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *77*(7), 399–406. https://doi.org/10.1055/s-0028-1109454

Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M. & Prina, M. (2014). World Alzheimers Report 2014. *Dementia and Risk Reduction. An analysis of protective and modifiable factors* (Alzheimer's Disease International, Hrsg.). London. Alzheimer Disease International.

Pröfener, F., Anders, J., Dapp, U., Minder, C. E., Golgert, S. & Renteln-Kruse, W. von. (2016). Akzeptanz des präventiven Hausbesuchs bei älteren Personen mit Frailty. Teilnehmende und Nichtteilnehmende im Zwei- und Vierjahres-Follow-up im Rahmen der LUCAS-Langzeitstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *49*(7), 596–605. https://doi.org/10.1007/s00391-016-1127-9

Pröfener, F. (2017). Beweglichkeit, soziales Verhalten und Wohlbefinden an Grenzen. Aspekte der Mobilität weitgehend selbstständig lebender älterer Großstadtbewohnerinnen und -bewohner mit Gebrechlichkeit (Frailty). In W. von Renteln-Kruse, U. Dapp, L. Neumann, J. Anders, F. Pröfener, P. Brieler & K. Püschel (Hrsg.), *Mobilität und Verkehrssicherheit im Alter* (Bd. 5). Berlin: Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt.

Prosser, B., Clark, S., Davey, R. & Parker, R. (2013). Developing a public health policy-research nexus. An evaluation of Nurse Practitioner models in aged care. *Evaluation and Program Planning*, *40*, 55–63. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.05.003

Przyborski, A. & Wohlrabv-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung*. *Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.

Puvill, T., Lindenberg, J., Craen, A. J. M. de, Slaets, J. P. J. & Westendorp, R. G. J. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age. A population based observational study. *BMC Geriatrics*, *16*(1), 194. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0365-4

Rakhshani, T., Shojaiezadeh, D., Lankarani, K. B., Rakhshani, F., Kaveh, M. H. & Zare, N. (2014). The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *16*(9), e18404. https://doi.org/10.5812/ircmj.18404

Reemann, H., Weyers, S., Lazdane, G., Friele, M., Rüden, U. von & Wentzlaff, W.-E. (2015). Internationale Zusammenarbeit und Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung. In U. Walter & U. Koch (Hrsg.), *Prävention und*

Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung S. 118–131). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Regan, M. (2016). *The interface between dementia and mental health: An evidence review* (Mental Health Foundation, Hrsg.). London.

Reichert, M. & Lis, K. (2009). Gesundheitsförderung im Alter. Ergebnisse der Studie "HealthPROelderly". *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *42*(6), 452–458. https://doi.org/10.1007/s00391-009-0073-1

Reiterer, B. & Amann, A. (2006). Frauen, Verkehrsmobilität und Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *39*(1), 22-32. https://doi.org/10.1007/s00391-006-0363-9

Renteln-Kruse, W. von (2004). Mobilität im Alter und Immobilitätssyndrom. In W. von Renteln-Kruse (Hrsg.), *Medizin des Alterns und des alten Menschen* (S. 79–91). Heidelberg: Steinkopff.

Robert-Koch-Institut. (2015a). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Robert Koch-Institut (2015b). Wie gesund sind die älteren Menschen? In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheit in Deutschland* (S. 406–430). Berlin: Robert-Koch-Institut.

Robert Koch-Institut. (2016). *Gesundheit in Deutschland - die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Hrsg.). Berlin: Robert-Koch-Institut. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-021.2

Rochat, S., Cumming, R. G., Blyth, F., Creasey, H., Handelsman, D., Le Couteur, D. G. et al. (2010). Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men. The concord hand ageing in men project. *Age and Ageing*, *39*(2), 228–233. https://doi.org/10.1093/ageing/afp257

Rödjer, L., Jonsdottir, H. I. & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP). Self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *34*(4), 443–452. https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1253820

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Succesful Aging. *The Gerontologist*, *37*(4), 433–440.

Saß A. C., Wurm, S. & Scheidt-Nave, C. (2010). Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *53*(5), 404–416. https://doi.org/10.1007/s00103-010-1049-4

Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31–61). Berlin: Robert-Koch-Institut.

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.

Schieffer, A., Isaacs, D. & Gyllenpalm, B. (2004). The World Café: Part One. *Transformation*, *18*(8), 1–9.

Schirra-Weirich, L. & Wiegelmann, H. (Hrsg.). (2017). *Alter(n) und Teilhabe. Herausforderungen für Individuum und Gesellschaft* (Bd. 26). Opladen: Budrich.

Schmitt, E. (2013). Altersbilder als Determinanten für Selbstwahrnehmung und Verhalten älterer Menschen. *Psychotherapie im Alter*, *10*(2), 161–176.

Schölkopf, M. & Pressel, H. (2014). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik* (2. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Sniehotta, F. F., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention–behaviour gap. Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health*, *20*(2), 143–160. https://doi.org/10.1080/08870440512331317670

Schreier, M. (2013). Begriffsklärungen. In W. Hussy, G., M. Schreier & G. Echterhoff (Hrsg.) *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2. überarb. Aufl., S. 287-297). Berlin: Springer.

Statistisches Bundesamt. (2016). *Statistisches Jahrbuch 2016*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Staudinger, U. & Kessler, E.-M. (2012). Produktives Leben im Alter. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (7. vollst. überarb. Aufl., S. 733–746). Weinheim: Beltz.

Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, *51*(4), 185–197.

Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (11. Aufl., S. 319–331). Reinbek: Rowohlt.

Steptoe, A., Deaton, A. & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, *385*(9968), 640–648. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0

Stocké, V. Persönliche-mündliche Befragungen (2014). In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 619-630).Wiesbaden: Springer.

Taut, S. (2008). What have we learned about stakeholder involvement in program evaluation? *Studies in Educational Evaluation*, *34*(4), 224–230. https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2008.10.007

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D. & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, *23*(4), 290–298. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862

Tempel, N. (2011). Stadtteilbegehung. Den Stadtteil mit den Augen Älterer sehen. In Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.), *Den Alltag im Stadtteil bewegen. Potenziale der Bewegungsförderung im Alter* (S. 23–25). Berlin (Fachtag).

Tempel, N., Bödeker, M., Reker, N., Schaefer, I., Klärs, G. & Kolip, P. (2014). *Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Tesch-Römer, C., Wiest, M. & Wurm, S. (2010). Subjektives Wohlbefinden. In A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (Entwicklungspsychologie, Bd. 1, S. 262–283). Stuttgart: Kohlhammer.

Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2006). Veränderung des subjektiven Wohlbefindens in der zweiten Lebenshälfte. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 385–446). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zu Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7–20). Berlin: Robert-Koch-Institut.

Tinetti, M. E. & Fried, T. (2004). The end of the disease era. *The American Journal of Medicine*, *116(*3), 179–185. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2003.09.031

Tomaka, J., Thompson, S. & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, *18*(3), 359–384. https://doi.org/10.1177/0898264305280993

Trojan, A. (2003). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In M.-L. Dierks & K. Salice-Stephan (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (, Bd. 15, 2. Aufl., S. 51–72). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Van Baarsen, B., Snijders, T. A. B., Smit, J. H. & van Duijn, M. A. J. (2016). Lonely but not alone. Emotional isolation and social Isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement*, *61*(1), 119–135. https://doi.org/10.1177/00131640121971103

Vidik, A. (2006). Biologisches Altern - Gesetzmäßigkeiten und Beeinflussbarkeit. In L. Rosenmayr & F. Böhmer (Hrsg.), *Hoffnung Alter* (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlags und Buchhandels AG.

Voelcker-Rehage, C., Godde, B. & Staudinger, U. M. (2006). Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *49*(6), 558–566. https://doi.org/10.1007/s00103-006-1269-9

Vogelsang, E. M. (2014). Self-rated health changes and oldest-old mortality. *Journals of Gerontology*, *69*(4), 612–621. https://doi.org/10.1093/geronb/gbu013

Vogl, S. (2017). Quantifizierung. Datentransformation von qualitativen Daten in quantitative Daten in Mixed-Methods-Studien. In N. Baur, U. Kelle & U. Kuckartz (Hrsg.), *Mixed Methods* (Bd. 57, S. 287–312). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wahl, H.-W. & Schilling, O. (2012). Hohes Alter. In U. Lindenberger & W. Schneider (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (7. vollst. überarb. Aufl., S. 311–336). Weinheim: Beltz.

Wahl, H.-W. & Siebert, J. S. (2016). Wer bestimmt wie alt wir sind? In Baden-Württemberg Stiftung (Hrsg.), *100! Was die Wissenschaft vom Altern weiß* (S. 175–183). Stuttgart: Hirzel Verlag.

Wagner, C. & Franzen, H. (2012). Die Berliner Spaziergangsgruppen. In Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.), G*emeinsam mehr bewegen. Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung* (S. 29-30). Berlin.

Walker, A. & Zaidi, A. (2016). New Evidence on Active Ageing in Europe. *Intereconomics*, *51*(3), 139–144. https://doi.org/10.1007/s10272-016-0592-0

Wallace, T. L. & Alkin, M. C. (2008). Process of evaluation. Focus on stakeholders. S*tudies in Educational Evaluation*, *34*(4), 192–193. https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2008.10.002

Weltzien, D. (2004). *Neue Konzeptionen für das Wohnen im Alter*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Westerhof, G. J., Miche, M., Brothers, A. F., Barrett, A. E., Diehl, M., Montepare, J. M. et al. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity. A meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and Aging*, *29*(4), 793–802. https://doi.org/10.1037/a0038016

Westerhof, G. J. & Wurm, S. (2015). Longitudinal research on subjective aging, health, and longevity. Current evidence and new directions for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 35*(1), 145–165. https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.145

Wettstein, M. & Wahl, H.-W. (2018). Höheres Alter. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 605–615). Bern: Hogrefe.

Wettstein, M., Schilling, O. K. & Wahl, H.-W. (2016). "Still feeling healthy after all these years". The paradox of subjective stability versus objective decline in very old adults' health and functioning across five years. *Psychology and Aging*, *31*(8), 815–830. https://doi.org/10.1037/pag0000137

Wetzstein, M., Rommel, A. & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt*, *6*(3), 1-11.

Wiesmann, U., Rölker, S., Ilg, H., Hirtz, P. & Hannich, H.-J. (2006). Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *39*(2), 90–99. https://doi.org/10.1007/s00391-006-0322-5

Wilkening, F., Freund, A. M. & Martin, M. (2008). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.

Wirtz, M. A., Kohlmann, C.-W. & Salewski, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention - die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 13–27). Bern: Hogrefe.

World Health Organization. (1948). World Health Organization. *British Medical Journal* (2), 302–303.

World Health Organization (WHO). (2007). *Global age-friendly cities. A guide (Ageing and life course, family and community health)*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan. 2013 - 2020*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2017a). *Age friendly environments in Europe. A handbook of domains for policy action*. Copenhagen: World Health Organization.

Wright, M. T., Block, M. & Unger, H. von. (2008). Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. *Gesundheitswesen*, *70*(12), 748–754. https://doi.org/10.1055/s-0028-1102955

Wright, M. T., Kilian, H., Block, M., Unger, H. von, Brandes, S., Ziesemer, M. et al. (2015). Partizipative Qualitätsentwicklung. Zielgruppen in alle Phasen der Projektgestaltung einbeziehen. *Gesundheitswesen*, *77*(1), S.141-142. https://doi.org/10.1055/s-0033-1347268

Wright, M. T., Unger, H. von & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 13–34). Bern: Huber.

Wurm, S. (2012). Gesundheit und Krankheit. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Alter*n (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 329–384). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wurm, S., Wiest, M. & Tesch-Römer, C. (2010). Theorien zu Alter(n) und Gesundheit. Was bedeuten Älterwerden und Altsein und was macht ein gutes Leben im Alter aus? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *53*(5), 498–503. https://doi.org/10.1007/s00103-010-1044-9

Internetquellen

Amsterdam Institute for Advanced Metropolitan Solutions. (2019). *Living Labs* (Amsterdam Institute for Advanced Metropolitan Solutions, Hrsg.). Amsterdam. Zugriff am 24.04.2019. Verfügbar unter https://www.ams-institute.org/how-we-work/living-labs/

Ärztekammer Hamburg. (2017). *Muster eines Datenschutzpassus bei Forschungsvorhaben, die nicht den Bestimmungen der §§ 40 ff AMG / §§ 20 ff MPG unterliegen* (Ärztekammer Hamburg, Hrsg.). Hamburg. Zugriff am 07.05.2019. Verfügbar unter file:///C:/Users/wienk/Desktop/Doktorarbeit%20MAI/Aktuelle%20Literatur/Datenschutzmuster_Final_3_1_20171122.pdf

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. (2012). *Eckpunkte für das Rahmenprogramm "Gesund alt werden in Hamburg!". Im "Pakt für Prävention - Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!"* (Freie und Hansestadt Hamburg, Hrsg.). Hamburg. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter https://www.hamburg.de/contentblob/3585644/35d35d5f89b0c04b39dbeb2fd2f35335/data/pfp-eckpunkte-rahmenprogrammgaw.pdf

Beter Oud. (2019). D*e GRIP&GLANS-cursussen: meer eigen regie en welbevinden voor ouderen.* Zugriff am 04.04.2019. Verfügbar unter https://www.beteroud.nl/vitaal-zelfstandig/grip-en-glans-cursus

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg. (2017). *Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Gesundheitsdienstgesetzes anlässlich der Einführung des Hamburger Hausbesuchs für Seniorinnen und Senioren* (Drucksache 21/10874). Zugriff am 10.04.2019. Verfügbar unter https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/59794/gesetz_zur_aenderung_des_hamburgischen_gesundheitsdienstgesetzes_anlaesslich_der_einfuehrung_des_hamburger_hausbesuchs_fuer_seniorinnen_und_senioren.pdf

CITIES Foundation. (2019a). *Farming in the city* (CITIES Foundation, Hrsg.). Amsterdam. Zugriff am 24.04.2019. Verfügbar unter http://farmingthecity.net/

CITIES Foundation. (2019b). *Farming in the city. Urban agriculture in Amsterdam: 19 projects* (CITIES Foundation, Hrsg.). Amsterdam. Zugriff am 24.04.2019. Verfügbar unter http://farmingthecity.net/wp-content/uploads/2013/07/FTC_report_en.pdf

Dapp, U., Jacobsen, W. & Fischer, B. (2013). *Aktiv und gesund leben in Eimsbüttel. Eine Befragung von Seniorinnen und Senioren im Bezirk Hamburg Eimsbüttel 2012 im Auftrag der Gesundheits- und Pflegekonferenz Hamburg Eimsbüttel. Abschlussbericht.*

Band I: Berichtsband. Hamburg. Zugriff am 06.03.2019. Verfügbar unter http://www.hamburg.de/contentblob/4014430/data/eimsbuettel-pflegekonferenz-bericht2012-teil-i-aktiv-und-gesund-leben-in-eimsbuettel.pdf.

European Observatory on Health Systems and Policies. (2018). *Mission Statement*. Zugriff am 11.01.2018. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/about-us/mission-statement

Forschungsabteilung Albertinen Haus. (2018). *LUCAS Navigator. Wohlbefinden und funktionale Kompetenz erhalten. Frailty (gefährliche Gebrechlichkeit) und Pflegebedürftigkeit erkennen!* (Forschungsabteilung Albertinen Haus, Hrsg.). Hamburg. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter https://www.albertinen.de/fileadmin/Media/Medizin_Gesundheit/AH/Geriatrische_Forschungsabteilung/Lucas_Navigator_2018_komplett.pdf

Fridays for Future (2019). *Unsere Forderungen an die Politik*. Zugriff am 16.05.2019. Verfügbar unter https://fridaysforfuture.de/forderungen/

Gemeente Rotterdam. (2016). *Rotterdam Vitale stad. Nota Publieke Gezondheid 2016 - 2020* (Gemeente Rotterdam, Hrsg.). Zugriff am 05.04.2019. Verfügbar unter https://www.rotterdam.nl/wonen-leven/vitale-stad/Rotterdam-Vitale-stad-versie-02.pdf

Gemeente Rotterdam. (2017). *Rotterdam Vitale stad 2016-2020. Uitvoeringsprogramma. Rotterdam* (Gemeente Rotterdam, Hrsg.). Zugriff am 05.04.2019. Verfügbar unter https://www.rotterdam.nl/wonen-leven/vitale-stad/Uitvoeringsprogramma-Rotterdam-Vitale-stad-2016-2020-def.pdf

Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. (2019). *Das Gesunde Städte-Netzwerk. Gesundheit für alle - mit Städten und Gemeinden für die Menschen im Alltag, Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland*. Zugriff am 10.04.2019. Verfügbar unter http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php?id=7

InnoSÜD (2019). *Senior IT think tank*. *SITT* (InnoSÜD, Hrsg.). Zugriff am 24.04.2019. Verfügbar unter https://innosued.de/energie-2/senior-it-think-tank-sittt/

Kent Public Health Observatory. (2019). *Kent Mental Health & Wellbeing Index*. Kent. Zugriff am 04.04.2019. Verfügbar unter https://www.kpho.org.uk/health-intelligence/disease-groups/mental-health/kent-mental-health-and-wellbeing-index

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2015a). *Criteria for good practice in health promotion addressing social determinants. Developed by the german cooperation networt "equity in health"* (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung,

Hrsg.). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Zugriff am 03.05.2019. Verfügbar unter https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2019). *Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit* (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Zugriff am 04.04.2019. Verfügbar unter https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/

MINDMAP cities. (2019). *MINDMAP. Promoting mental well-being and healthy ageing in cities*. Zugriff am 06.03.2019. Verfügbar unter http://www.mindmap-cities.eu/

Organisation for Economic. (2015). *OECD Health Statistics 2015. Country Notes.* (Organisation for Economic, Hrsg.). Zugriff am 10.09.2016. Verfügbar unter http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-health-statistics-2015-country-notes.htm

Pfeiffer, I. & Kunze, F. (2016). *Kurzzusammenfassung der Evaluation des Rezepts für Bewegung in Hamburg* (Hamburger Sportbund, Hrsg.). Zugriff am 20.03.2019. Verfügbar unter https://www.hamburger-sportbund.de/system/files/downloads/files/zusammenfassung_der_befragung_rezept_fuer_bewegung_endversion.pdf

Publieke Gezondheid Noord Nederland. (2019). *Academische Werkplaats*. Zugriff am 04.04.2019. Verfügbar unter https://publiekegezondheid.nl/

Samele, C., Frew, S. & Urquía. (2013). *Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health Mental Health Systems in the European Union Member States. European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)* (European Comission, Hrsg.). keine Angabe. Zugriff am 20.08.2016. Verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf

Steen, K. & van Bueren, E. (2017). *Urban living labs. A living lab way of working* (Amsterdam Institute for Advanced Metropolitan Solutions, Hrsg.). Amsterdam. Zugriff am 24.04.2019. Verfügbar unter https://www.ams-institute.org/how-we-work/living-labs/

University of Groningen. (2019). *Healthy and happy ageing*. Zugriff am 24.04.2019. Verfügbar unter https://www.rug.nl/research/department-of-sociology/research/research-themes/healthy-happy

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1948). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Zugriff am 10.12.2017. Verfügbar unter https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Kopenhagen: World Health Organization. Zugriff am 10.12.2017. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Hrsg.). Genf: World Health Organization. Zugriff am 02.05.2018. Verfügbar unter: https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icf/icfbp2005.zip

World Health Organization (WHO) (2012). *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe*. Copenhagen: World Health Organization. Zugriff am 23.09.2016. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf

World Health Organization (WHO). (2017b). *Mental health of older adults*. Geneva: World Health Organization. Zugriff am 20.12.2017. Verfügbar unter http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/

World Health Organization (WHO). (2017c). *WHO European healthy cities network*. Copenhagen: World Health Organization. Zugriff am 29.04.2019. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/355642/Annual-BusinessTechnConf-WHO-European-Healthy-Cities.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). (2017d). *Membership in the global network of age-friendly cities and communities (GNAFCC)*. Geneva: World Health Organization. Zugriff am 10.04.2019. Verfügbar unter https://www.who.int/ageing/age-friendly-environments/GNAFCC-membership-en.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). (2018). *Mental health: a state of well-being.* Zugriff am 16.08.2016. Verfügbar unter http://who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World Health Organization (WHO.). (2019a*). A multilevel governance approach to preventing and mananing noncommunicable diseases: the role of cities and urban settings*. Copenhagen: World Health Organization. Zugriff am 09.01.2018. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2019/3/a-multilevel-governance-approach-to-preventing-and-managing-ncds-the-role-of-cities-and-urban-settings

World Health Organization (WHO). (2019b). *WHO MiNDbank. More inclusiveness needed in disability and development*. Zugriff am 16.08.2016. Verfügbar unter http://www.mindbank.info/

Anhang A Verzeichnisse

Anhang A1 - Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick des Promotionsvorhabens……...12
Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (entnommen aus WHO, 2005, S. 23)……..20
Abbildung 3: The six dimensions on a subjective scale, visualised for practical use, indicating a fictional estimation of a person's state of 'positive health' (entnommen aus Huber et al., 2016, S. 9)……..22
Abbildung 4: Geriatrisches Kontinuum von robust bis pflegebedürftig (Forschungsabteilung Albertinen Haus, 2018)……...28
Abbildung 5: Einfluss sozialer Isolation auf die Gesundheit (in Anlehnung an Cornwell & Waite, 2009, S. 34)……45
Abbildung 6: Zusammenhänge zwischen Aktivitäten-Ausübung (sich Versorgen) im selbst gewählten Aktionsraum und funktionaler Kompetenz: „Welche Ziele in Ihrem Umfeld erreichen Sie aus eigener Kraft – ggf. auch mit Hilfsmitteln wie z. B. Auto, Fahrrad, Gehwagen – noch regelmäßig z. B. wöchentlich oder einmal im Monat?" (entnommen aus Dapp, 2017a, S. 79)……54
Abbildung 7: Zusammenhänge zwischen Aktivitäten-Ausübung (Freizeit) im selbst gewählten Aktionsraum und funktionaler Kompetenz: „Welche Ziele in Ihrem Umfeld erreichen Sie aus eigener Kraft – ggf. auch mit Hilfsmitteln wie z.B. Auto, Fahrrad, Gehwagen – noch regelmäßig z.B. wöchentlich oder einmal im Monat?" (entnommen aus Dapp, 2017a, S. 80)……54
Abbildung 8: Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungselemente des Gesundheitssystems (modifiziert nach Hurrelmann et al., 2014, S. 21)……59
Abbildung 9: Determinanten der Gesundheit (entnommen aus Dahlgren & Whitehead, 2007, S. 11)……..63
Abbildung 10: Determinants of Active Ageing (modifiziert nach WHO, 2007, S. 5)……65
Abbildung 11: WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern (entnommen aus WHO, 2015, S. 33)……..67
Abbildung 12: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes (Kilian et al. 2008, S. 20)……76
Abbildung 13: Übersicht der Arbeitspakete des MINDMAP Konsortiums (MNDMAP cities, 2019)……83
Abbildung 14: Studiendesign des Promotionsvorhabens……92
Abbildung 15: Aufbau des empirischen Teils des Promotionsvorhabens (modifiziert nach Taylor et al., 2014)……..94
Abbildung 16: Schematischer Ablauf der quantitativen und qualitativen Datenanalyse (in Anlehnung an Vogl, 2017, S. 295)……108
Abbildung 17: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (in Anlehnung an Mayring, 2015)……...113
Abbildung 18: Zuordnung aller 38 gesundheitsbezogenen Interventionen der Stadt Hamburg differenziert nach den Handlungsebenen „health services" (13), „long-term care" (5) und „environments" (20) und nach der funktionaler Kapazität……120

Abbildung 19: Zuordnung der 151 gesundheitsbezogenen Interventionen der Handlungsebene „environments“ unterschieden nach funktionaler Kapazität……..121
Abbildung 20: Zuordnung aller 26 gesundheitsbezogenen Interventionen der Stadt Paris differenziert nach den Handlungsebenen „health services“ (13), „long-term care“ (5) und „environments“ (20) und nach der funktionaler Kapazität…..122
Abbildung 21: Übersicht der 151 gesundheitsbezogenen Interventionen der Handlungsebene „environments“ unterschieden nach funktionaler Kapazität als Netzdiagramm……123
Abbildung 22: Zuordnung der 151 gesundheitsbezogenen Interventionen der Handlungsebene „environments“ unterschieden nach verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen……..124
Abbildung 23: Übersicht der 151 Interventionen der Handlungsebene „environments“ unterschieden nach verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen als Netzwerkdiagramm……..124
Abbildung 24: Neun Oberkategorien „Gesundheitsbezogene Strategien“……131
Abbildung 25: Oberkategorie "Gesundes und aktives Altern" mit den dazugehörigen Unterkategorien……132
Abbildung 26: Oberkategorie "Soziale Teilhabe" mit den dazugehörigen Unterkategorien……....134
Abbildung 27: Oberkategorie "Soziale Isolation" mit den dazugehörigen Unterkategorien……136
Abbildung 28: Oberkategorie "Selbstständige Lebensführung" mit den dazugehörigen Unterkategorien……138
Abbildung 29: Oberkategorie "Soziale und gesundheitliche Chancen" mit den dazugehörigen Unterkategorien……140
Abbildung 30: Oberkategorie "Mobilitätsfördernde Stadtgestaltung" mit den dazugehörigen Unterkategorien……142
Abbildung 31: Oberkategorie "Gesundheitswesen" mit den dazugehörigen Unterkategorien……144
Abbildung 32: Oberkategorie "Psychische Gesundheit" mit den dazugehörigen Unterkategorien……147
Abbildung 33: Oberkategorie "Generalisierte Ansätze" mit den dazugehörigen Unterkategorien……152
Abbildung 34: Acht Oberkategorien "Besonderheiten der Zielgruppe"……...175
Abbildung 35: Oberkategorie "Diversität" mit den dazugehörigen Unterkategorien…….176
Abbildung 36: Oberkategorie "Risikogruppen" mit den dazugehörigen Unterkategorien……179
Abbildung 37: Oberkategorie "Erreichbarkeit und Zugang" mit den dazugehörigen Unterkategorien……181
Abbildung 38: Oberkategorie "Vielfältige Zugangswege" mit den dazugehörigen Unterkategorien……185
Abbildung 39: Oberkategorie "Soziale Isolation im Alter" mit den dazugehörigen Unterkategorien……187
Abbildung 40: Oberkategorie "Intergenerativität" mit den dazugehörigen Unterkategorien……188
Abbildung 41: Oberkategorie "Körperliche Aktivität und Mobilität" mit den dazugehörigen Unterkategorien……189

Abbildung 42: Oberkategorie "Gesellschaftliche Erwartungen" mit den dazugehörigen Unterkategorien……..…191
Abbildung 43: Sechs Oberkategorien "Hinderliche Faktoren"……..206
Abbildung 44: Oberkategorie "Politischer Stellenwert" mit den dazugehörigen Unterkategorien……207
Abbildung 45: Oberkategorie "Pathogenes Verständnis" mit den dazugehörigen Unterkategorien……209
Abbildung 46: Oberkategorie "Theorie- und Evidenzbasierung" mit den dazugehörigen Unterkategorien……210
Abbildung 47: Oberkategorie "Praktische Umsetzung" mit den dazugehörigen Unterkategorien……212
Abbildung 48: Oberkategorie "Sektorale Trennung" mit den dazugehörigen Unterkategorien……..…217
Abbildung 49: Oberkategorie "Unzureichende Mittel" mit den dazugehörigen Unterkategorien……..…219
Abbildung 50: Acht Oberkategorien "Förderliche Faktoren". ……225
Abbildung 51: Oberkategorie "Politischer Stellenwert" mit den dazugehörigen Unterkategorien……225
Abbildung 52: Oberkategorie "Ganzheitliches Gesundheitsverständnis" mit den dazugehörigen Unterkategorien……227
Abbildung 53: Oberkategorie "Theorie- und Evidenzbasierung" mit den dazugehörigen Unterkategorien……230
Abbildung 54: Oberkategorie "Praktische Umsetzung" mit den dazugehörigen Unterkategorien……232
Abbildung 55: Oberkategorie "Intersektorale Zusammenarbeit" mit den dazugehörigen Unterkategorien……235
Abbildung 56: Oberkategorie "Verfügbare Mittel" mit den dazugehörigen Unterkategorien……236
Abbildung 57: Oberkategorie "Partizipation der Zielgruppe" mit den dazugehörigen Unterkategorien……237
Abbildung 58: Oberkategorie "Partizipation der Akteure" mit den dazugehörigen Unterkategorien……239
Abbildung 59: Gegenüberstellung der Oberkategorien "Hinderliche Faktoren" und "Förderliche Faktoren"……245
Abbildung 60: Abgeleitete Ansatzpunkte der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen im europäischen urbanen Raum……286
Abbildung 61: Ansatzpunkte urbaner Gartenprojekte zur Förderung des Wohlbefindens im Alter……295
Abbildung 62: Handlungsempfehlungen zur gelingenden Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung im Alter orientiert am PHAC (in Anlehnung an Kolip, 2006, S. 235)……296
Abbildung 63: Ablauf im Rahmen des "Academische Werkplaats" (in Anlehnung an Publieke Gezondheid Noord Nederland, 2019)……...302
Abbildung 64: Exemplarische Präventionskette zur Förderung des Wohlbefindens im Alter……307
Abbildung 65: Vision eines gemeinsamen generations- und grenzübergreifenden Strebens nach einer nachhaltigen und gesundheitsförderlichen sozialen und räumlichen Umwelt……...310

Anhang A2 – Kastenverzeichnis

Kasten 1: Kritische Lebensereignisse im Alter (in Anlehnung an Levenson & Jackson, 2006). 36
Kasten 2: Zentrale Themen des WHO Global Age Friendly Cities Projects (in Anlehnung an WHO, 2007). 73
Kasten 3. Handlungsfelder des Rahmenprogramms "Gesund alt werden in Hamburg!" des Pakts für Prävention (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2012).74
Kasten 4: Schwerpunkte des "Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz" (Schaeffer et al., 2018). 75
Kasten 5: Zwölf Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015b). 76
Kasten 6: Fragestellung der publizierten Subanalysen.....85

Anhang A3 – Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: *Gegenüberstellung des Funktionsstadion des "WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern und des LUCAS Funktionsindex (in Anlehnung an Dapp, 2014 & WHO, 2015)*. 29
Tabelle 2: *Gesundheitssysteme in Europa (in Anlehnung an Schölkopf & Pressel, 2014).* 71
Tabelle 3: Teil*nehmende 12 europäische MINDMAP Städte inklusive der Langzeitstudien (entnommen aus MINDMAP cities, 2019)*. 82
Tabelle 4: *Fragestellungen des Promotionsvorhaben.* 92
Tabelle 5: *Aufbau des Leitfadens.* 97
Tabelle 6: *Leitfaden des Promotionsvorhabens*. 98
Tabelle 7: *Weitere Informationen zur Stichprobenakquise*. 101
Tabelle 8: *Weitere Informationen zur Stichprobe (N=14)*.....102
Tabelle 9: *Qualitative und quantitative Daten und Analyse (in Anlehnung an Kuckartz, 2016).* 107
Tabelle 10: *Bewertungsmatrix - Part 2: Mental health programmes and providers - What is offered in your MINDMAP City?*. 110
Tabelle 11: H*andlungsebenen und Zielgruppen des „WHO Public Health Rahmenprogramms zum gesunden Altern“ inklusive der Zuordnung der Bewertungsmatrix (in Anlehung an WHO, 2015).* 111
Tabelle 12: *Zuordnung der Funktionsstadien für die Verortung der MINDMAP Städte in das „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“.* 118
Tabelle 13: *Bezeichnung der Handlungsebenen im „WHO Public Health Rahmenprogramm zum gesunden Altern“ (modifiziert nach WHO, 2015).* ...118
Tabelle 14: *Übersicht der fachlichen Validierung der Befunde zur inhaltlichen Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen Strategien (Teil 2) mit der MINDMAP Expertin aus Hamburg (HAM) sowie den MINDMAP Partnern aus Rotterdam (ROT), Helsinki (HEL) und Turin (TUR).* 258
Tabelle 15: *Vorgenommene Prüfschritte der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (in Anlehnung an Steinke, 2015, S. 324-326*). 283

Tabelle 16: *Gegenüberstellung der identifizierten Kernpunkte exemplarischer Strategien zur Förderung des Wohlbefindens im Alter (Rotterdam: Rotterdam Vitale Stad; Helsinki: Actionplan for older peoples health and well-being)*.....299

Anhang B – Promotionsvorhaben im Rahmen des MINDMAP Konsortiums

Anhang B1 – Stichprobenakquise durch MINDMAP Partner

Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
albertinen
in besten Händen

Albertinen-Haus · Sellhopsweg 18-22 · 22459 Hamburg

Scientific Department
at the University of Hamburg

Dr. rer. nat. Ulrike Dapp
Research coordinator

Tel: +49 (0) 40 - 55 81 18 71
Fax: +49 (0) 40 - 55 81 18 74
ulrike.dapp@albertinen.de
www.geriatrie-forschung.de

MINDMAP
principal consortium partners and
work packages leaders

MINDMAP
Promoting mental well-being and healthy ageing in ci

19 October 2016

MINDMAP partner survey on health care planning policies & strategies
Instruction manual

Dear MINDMAP principal consortium partners and
work packages leaders

As outlined in the Rotterdam consortium meeting (April 2016) each work package is responsible to provide information contributing to all MINDMAP work packages. Work package 9 (Geriatrics and Health care) is in charge of performing a **MINDMAP partner survey on health care planning policies & strategies**.

The focus of this survey is on the **heterogeneous older population** - a dedicated robust and non-robust, but predominantly not disabled risk group - among the increasing proportion of senior citizens (see MINDMAP grant agreement).

Furthermore, **mental health promotion** and **mental disorder prevention intervention strategies**, legislations and programmes for older people are in the focus of this survey **enriched with information of diagnosis-specific (ICD) mental health care strategies**, as agreed on in Rotterdam (April 2016).

To guarantee a successful and complete survey reply from all MINDMAP cities it is essential that you as principal investigator **select carefully the responsible person in your MINDMAP city** who is competent to fill in the attached survey on health care planning policies & strategies.

Please search carefully for this person in order to receive appropriate answers. Only this procedure ensures that information from each MINDMAP city stated in this survey is supporting to identify programmes & providers as well as policies & strategies addressing the broad range of mental health - **starting with mental health promotion and mental health disorder prevention, and then followed by treatment and recovery for older people**.

To give you an example: The adequate contact person to fill in this questionnaire for the MINDMAP city Hamburg is the head of the Health Department in the Ministry of Health, Social Care and Consumer Protection in Hamburg.

We are aware that it is challenging to fill in this complex questionnaire.

Therefore, we have organised a **helpdesk for you and your contact person**. Our colleague **Wienke Jacobsen** is in charge of supporting the whole survey process. In particular, she is happy **to guide your contact person in your city through the questionnaire** to guarantee its reliable completion.

Contact details Ms Wienke Jacobsen
Telephone: +49 (0) 176 – 800 28 494
E-mail: forschung@albertinen.de

To guide your MINDMAP city contact person through the questionnaire **we suggest to provide us (WP 9, Hamburg) with his/her name, department, e-mail address and telephone extension.**

According to the MINDMAP contract the survey has to be completed by the end of 2016 (milestone MS28). Therefore, we kindly ask you **to forward the questionnaire to the adequate contact person in your city as soon as possible.** We also suggest sending the contact details of the person who will complete the questionnaire to forschung@albertinen.de so that Wienke Jacobsens can support that person.

The questionnaire should be filled in by hand and preferably scanned and sent back to forschung@albertinen.de by 15 December 2016.

In case of any questions or problems please contact us!

We are looking forward to the survey results which will be presented in the next MINDMAP consortium meeting in Turin (April 2017).

Best wishes

Ulrike Dapp
MINDMAP WP 9

Lilli Neumann
MINDMAP WP 9

Wienke Jacobsen
MINDMAP WP 9

Wolfgang von Renteln-Kruse
MINDMAP WP 9

Mauricio Avendano-Pablon
MINDMAP consortium

Frank van Lenthe
PI of MINDMAP consortium

Enc.
- Questionnaire on health care planning policies & strategies
- MINDMAP poster about the WP 9 survey

Anhang B2 – Teilnehmerinformation zur Studie

Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
albertinen
in besten Händen

Albertinen-Haus · Sellhopsweg 18-22 · 22459 Hamburg

Name of the MINDMAP city

Scientific Department
at the University of Hamburg

Dr. rer. nat. Ulrike Dapp
Research coordinator

Tel: +49 (0) 40 - 55 81 18 71
Fax: +49 (0) 40 - 55 81 18 74
ulrike.dapp@albertinen.de
forschung@albertinen.de
www.geriatrie-forschung.de

MINDMAP
Promoting mental well-being and healthy ageing in ci

December 2016

MINDMAP survey on health care planning policies & strategies
Covering letter for contact person in MINDMAP city Helsinki

Dear [redacted]

Today many Europeans reside in cities. Decades of research have documented the higher risk of mental disorders among persons living in urban versus rural areas. Parallel to urbanization, cities have not escaped the dramatic demographic shift resulting in a large number of older citizens living in European cities. Urbanization and ageing combined, therefore, have enormous implications for public mental health, yet there is limited understanding of the pathways through which cities and urban environments influence mental wellbeing and cognitive function in older populations.

From 1990 to 2010, the burden of mental health increased by 38%, an increase mostly attributable to population growth and ageing. Therefore, mental disorders associated with ageing have become a key priority for public health policy and prevention. Mental disorders in old age also lead to functional impairments, socialisation, decreased quality of life, and increased risk of health problems and co-morbidities. They carry substantial social and economic impacts on families and societies, imposing a substantial burden on health and social care services.

While cities pose major challenges for older citizens, they also offer unique opportunities for the design of policies, clinical and public health interventions that promote mental health and ensure the delivery of health care services for the old. Therefore, the main aim of MINDMAP is to identify the opportunities offered by the urban environment for the promotion of mental wellbeing and cognitive function of older individuals in Europe (www.mindmap-cities.eu).

An essential piece of work within the MINDMAP project is a survey in every MINDMAP city (see MINDMAP cities and cohorts in the attached MINDMAP poster). Therefore, we rely on your expertise in the fields of:

- mental health care **planning policies & strategies** for older people,
- mental health care **laws & legislations** for older people and
- mental health **programmes & interventions** for older people.

The Albertinen-Haus in Hamburg, Germany is one of the MINDMAP project partners and responsible for MINDMAP work package 9 "Geriatrics & health care" (details see MINDMAP poster). **We are in charge of performing this survey as structured telephone interviews in each MINDMAP city.**

To organise an appointment for this structured telephone interview for the city of Helsinki we kindly ask you to provide us with your name, department, e-mail address and telephone number. Please send this information to:
forschung@albertinen.de or
wienke.jacobsen@outlook.com.

Please find **a poster** attached to this letter describing briefly the MINDMAP project and this survey. In case of any further questions or problems please contact us.

We are looking forward to an active participation in this MINDMAP city survey.

Kind regards

Ulrike Dapp
MINDMAP survey on health care planning
Albertinen-Haus Hamburg, Germany

Wienke Jacobsen
MINDMAP survey on health care planning
Albertinen-Haus Hamburg, Germany

[redacted]

Frank van Lenthe
Principal Investigator MINDMAP consortium
Erasmus University Rotterdam, Netherlands

Enc.
MINDMAP poster about the consortium and this MINDMAP survey on health care planning policies & strategies

Anhang B3 – Informationsmaterialen zur Interviewdurchführung

MINDMAP
Promoting mental well-being and healthy ageing in cities

MINDMAP
To identify opportunities of cities to promote mental well-being & cognitive function

MINDMAP SURVEY:

- to identify health care planning strategies with the focus on mental health promotion & well-being of older people in European cities
- to see how they are filled with life → programs/projects which either try to improve mental health or avoid further mental health problems
- qualitative experts-interviews

WHICH LEGISLATION / FRAMEWORKS RELATED TO MENTAL HEALTH PROMOTION do exist in your city?

Please think of policies/frameworks/strategies that could be found in documents, such as

- national/regional demographical concepts
- health promotion action plans
- national/regional health targets
- alliances to help people with dementia etc.

Examples:

- WHO definition of Mental Health
  - Mental Health = integral part of health & well-being
  - Health = state of complete physical, social & mental well-being

- Mental Health Action Plan ("no health without mental health"):
  WHO member-states: need to develop a comprehensive mental health action plan covering services, policies, legislation, plans, strategies & programs:
  - Coordinated services from the social & health sector
  - Health promotion, prevention, treatment, recovery

- Example Hamburg:
  - Prevention Law
  - Pact for Prevention

WHAT PROGRAMMES addressing mental health for older people are currently implemented in your city?

Please consider programmes that help to improve mental health (for a definition of mental health see below) or to avoid specific mental health problems such as depression, dementia, medication or alcohol abuse and so on. This may be broad and therefore could range from mental health promotion to mental disorder prevention, treatment and recovery. In this context, please also think of institutions, organisations or departments that are involved in the provision of those implemented programmes.

The WHO defines:
*"Mental health is an integral part of health and wellbeing, as reflected in the definition of health in the Constitution of the World Health Organization: **Health** is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity (WHO 1946). Mental health, like other aspects of health, can be affected by a range of socioeconomic factors that need to be addressed through **comprehensive strategies** for **promotion, prevention, treatment and recovery** in a whole-of-government approach."*

Potential of programmes

	1. Awareness/mindfulness programmes such social isolation, loneliness, bereavement groups, lunch-specials
	2. Information/knowledge campaigns such as public lectures, awareness-week/open house, brochure e.g. addressing substance abuse, depression, dementia
	3. Programmes to support social participation via affordability, availability, accessibility, acceptability (i.e. volunteering options, neighbourhood participation/shared housing initiatives)
	4. Outdoor spaces and infrastructure programmes i.e. accessible buildings, well-maintained pavements, good street lighting, public toilets, green spaces, public transport)
Prevent -ion	**5. Screening programmes such as cognition, GP health check-up** cognition, GP health check-up (vision, hearing, functional status, diabetes, heart diseases, medication review; dental check-up etc.)
Diagnostic/Care	**6. Specialised outpatient setting programmes such as memory clinics** Memory clinic incl. geriatric, neuropsychological and (geronto-) psychiatric expertise (i.e. dementia diagnostic, coping with critical/traumatic life events), other outpatient interventions (i.e. preventive home visits, fall clinic)
	7. Specialised inpatient setting programmes such as psychiatric intensive care units or hospital wards for cognitively impaired geriatric patients
Living at home	**8. Assistance to perform instrumental activities of daily living** (i.e. home helpers, financial advice, meals on wheels, carpools)
	9. Assistance to perform basic activities of daily living (i.e. home-based nursing care, day care centre, senior centres)
	10. Cognitive training courses (i.e. professional mental stimulation by neuropsychologist ,"brain walking", Tai Chi, choir, painting-classes)
	11. Physical training courses i.e. muscle-training, balance, endurance, fall-prevention)
	12. Nutritional training courses (i.e. cooking classes, intervention/awareness of malnutrition in old age)
Carers	**13. Coping strategies and training programmes** (i.e. family or caregiver training, crisis intervention)
	14. Social services programmes to support autonomy (i.e. counselling to get help with dementia, home care, equipment adaptation)
Professionals	**15. Education/information/training programmes for professionals** (i.e. public lectures, GP quality circle)
	16. Programmes addressing geriatric syndromes (i.e. depression, delirium, falls, frailty, sarcopenia, immobility, incontinence)

Anhang B4 – Bewertungsmatrix (ursprünglicher Fragebogen)

MINDMAP
Promoting mental well-being and healthy ageing in cities

Survey on MINDMAP cities on health care programmes and planning policies & strategies
that address mental health - mental health promotion and mental disorder prevention - for older people

Major depressive disorder, dementia, anxiety disorders, and substance abuse affect a substantial part of the European older population. Over 70% of Europeans reside in cities, and this percentage will increase in the next decades. Urbanization and ageing have enormous implications for public mental health. Cities pose major challenges for older citizens, but also offer opportunities for the design of policies, clinical and public health interventions that promote mental health.

The overall aim of the MINDMAP project (2016 – 2019) is to identify the opportunities offered by the urban environment for the promotion of mental wellbeing and cognitive function of older individuals in Europe (s**. MINDMAP figure on page 8**). To achieve this, the project will advance understanding by **bringing together longitudinal studies across cities in Europe, the US and Canada** to unravel the causal pathways and multi-level interactions between the **urban** environment, **health** and **social care infrastructure in cities**, and the individual determinants of mental wellbeing in the older urban population.

The project will examine the causes of variation in mental wellbeing and disorders in old age both within as well as between cities and **identify national and urban policies for the prevention and early diagnosis of mental conditions and disorders of older people**. Knowledge will significantly contribute to the establishment of preventive strategies in urban settings to promote the mental dimension of healthy ageing; reduce the negative impact of mental disorders on co-morbidities; and preserve cognitive function in old age **(www.mindmap-cities.eu)**.

The health issues addressed in this MINDMAP partner survey on health care planning policies & strategies focus on a **dedicated robust and non-robust, but predominantly not disabled risk group** among the majority of the community-dwelling older population. Mental health promotion and diagnosis-specific (ICD) mental disorder intervention strategies, legislations and programmes for older people are in the focus of this survey.

Information from this survey **will help to identify programmes & providers** as well as **policies & strategies** addressing mental **health promotion,** mental **health disorder prevention,** as well as **treatment** and **recovery** for older people.

Finally, this survey bares the **unique opportunity to perform an inventory** of any programmes, providers, and determinants of mental wellbeing addressed in your city in order to cope best with challenges of demographic changes.

Thank you!

PART 1: POLICIES & STRATEGIES

Q 1: Please name the policies and strategies in your city that address mental health for older people (mental health promotion and mental disorder prevention). Please think of those that could be found in documents, such as national/regional demographical concepts, health promotion action plans, national/regional health targets, alliances to help people with dementia etc.

Table 1: Policies and strategies that address mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people in your city

No.	Name of the policy/ strategy plan:	Key characteristics:	Target group: 1=Health Promotion 2=Prevention 3=Treatment 4=Recovery/ Rehab./Care	Policy/ Strategy is: 1= mandatory 2= voluntary	Holistic approach (bio-psycho-social modell) 1=Yes 2= No	Monitoring/ Evaluation/ Outcome-measure 1=Yes 2= No /=n.a.	Level of Policy/ Strategy 1=national level 2=state level 3=city level 4=municipality
1		[please add] Aim: [please add] Target group: Objectives addressing older people: Financing: Professions/institutions involved: Project approach: Integrated strategy: *[connection to policy/strategy plan no.]*					
2		[please add] Aim: [please add] Target group: Objectives addressing older people: Financing: Professions/institutions involved: Project approach: Integrated strategy: *[connection to policy/strategy plan no.]*					

Q 2: Which determinants or factors are considered in the implemented policies and strategies (s. table 1) of mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people in your city?

Background information: Based on the *WHO Mental Health Action Plan* (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf), this survey also asks **for determinants or factors** of mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) that are considered in the **implemented policies and strategies (see table 1)** in your city. Therefore, this survey follows exactly this WHO idea, accordingly to the **structure of the work packages (WP)** of the **MINDMAP consortium** (www.mindmap-cities.eu).

MINDMAP work package	Description of mental health determinants, factors and policies (see table 2, columns)
WP 5	**Biomarkers** and interactions between genes and the urban environment
WP 6	**Behavioural determinants**, i.e. individual, live style factors such as healthy eating, physical activity
WP 7	**Psychosocial determinants**, i.e. empowerment, self-efficacy, motivations, resilience, coping strategies, participation
WP 8	**Physical/urban environment determinants**, i.e. built environment, housing, transport system, distribution of health care services
WP 9	**Biological, physical/medical factors** in geriatrics & health care, i.e. frailty, geriatric syndromes, diseases, disability
WP 10	**Local & national policies** on the mental dimension of healthy ageing

Table 2: Determinants and factors that address mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) in the implemented policies and strategies for older people

+=considered -=not considered /=no information given	Biomarkers (genes, age, sex) (WP 5)	Behavioral determinants (WP 6)	Psychosocial determinants (WP 7)	Physical/urban environmental determinants (WP 8)	Biological, physical/medical factors (diseases) (WP 9)	Local and ational policies (WP 10)
[Name of the policy/strategy plan, s. table 1]						

PART 2: MENTAL HEALTH PROGRAMMES & PROVIDERS

Q 3: Which programmes addressing mental health for older people are currently implemented in your city? Please consider programmes that help to improve mental health or to avoid specific mental health problems such as depression, loneliness, medication or alcohol abuse and so on. This may be broad and therefore could range from mental health promotion to mental disorder prevention, treatment and recovery.

Table 3: Programmes and target groups that address mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people

	Programmes that address MENTAL HEALTH for OLDER PEOPLE += considered -=not considered /=no information given	Target group: (1) Health Promotion (2) Prevention (3) Treatment (4) Recovery/ Rehabilitation/ Care	Loneliness, social isolation	Depression, anxiety disorders	Dementia, Mild Cognitive Impairment	Substance abuse (medication, alcohol)	Focus on older people	Systematic identification of target group	Outcome measurement	Notes:
Subject/patient	1. Awareness/mindfulness programmes[1]									
	2. Information/knowledge campaigns[2]									
	3. Programmes to support social participation[3]									
	4. Outdoor spaces and infrastructure programmes[4]									
	5. Screening programmes such as cognition, GP health check-up[5]									
	6. Specialised outpatient setting programmes such as memory clinics[6]									
	7. Specialised inpatient setting programmes[7]									
	8. Assistance to perform instrumental activities of daily living[8]									

Programmes that address MENTAL HEALTH for OLDER PEOPLE += considered -=not considered /=no information given		Target group: (1) Health Promotion (2) Prevention (3) Treatment (4) Recovery/ Rehabilitation/ Care	Loneliness, social isolation	Depression, anxiety disorders	Dementia, Mild Cognitive Impairment	Substance abuse (medication, alcohol)	Focus on older people	Systematic identification of target group	Outcome measurement	Notes:
	9. Assistance to perform basic activities of daily living[9]									
	10. Cognitive training courses[10]									
	11. Physical training courses[11]									
	12. Nutritional training courses[12]									
Relatives	**13. Coping strategies and training programmes[13]**									
	14. Social services programmes to support autonomy[14]									
Prof.	**15. Education/information/training programmes for professionals[15]**									
	16. Programmes addressing geriatric syndromes[16]									

Footnotes to table 1, 2:

1. Awareness/mindfulness programmes (i.e. social isolation, loneliness, bereavement groups, retirement transition)
2. Information/knowledge campaigns such as public lectures, awareness-week/open house, brochure e.g. addressing substance abuse, depression, dementia
3. Programmes to support ACTIVE social participation via affordability, availability, accessibility, acceptability (i.e. volunteering options, neighbourhood participation/shared housing initiative, senior citizens' price reductions, senior centres, lunch-specials)
4. Outdoor spaces and infrastructure programmes (i.e. accessible buildings, well-maintained pavements, good street lighting, public toilets, green spaces, public transport)
5. Screenings programmes: cognition, GP health check-up, sensory system (vision, hearing, functional status, diabetes, heart diseases, medication review; dental check-up etc.)
6. Specialised outpatient setting programmes: Memory clinic incl. geriatric, neuropsychological and (geronto-) psychiatric expertise (i.e. dementia diagnostic, coping with critical/traumatic life events), other outpatient interventions (i.e. preventive home visits, fall clinic)
7. Specialised inpatient setting programmes such as psychiatric intensive care units or hospital wards for cognitively impaired geriatric patients
8. Assistance to perform instrumental activities of daily living (i.e. home helpers, financial advice, meals on wheels, carpools)
9. Assistance to perform basic activities of daily living (i.e. home-based nursing care, day care centre)
10. Cognitive training courses (i.e. professional mental stimulation by neuropsychologist ,"brain walking", Tai Chi, choir, painting-classes)

11. Physical training courses (i.e. muscle-training, balance, endurance, fall-prevention)
12. Nutritional training courses (i.e. cooking classes, intervention/awareness of malnutrition in old age)
13. Coping strategies and training programmes (i.e. family or caregiver training, crisis intervention)
14. Social services programmes to support autonomy (i.e. counselling to get help with dementia, home care, equipment adaptation)
15. Education/information/training programmes for professionals (i.e. public lectures, GP quality circle)
16. Programmes addressing geriatric syndromes (i.e. depression, delirium, falls, frailty, sarcopenia, immobility, incontinence)

PART 3: ABOUT YOU - BACKGROUND INFORMATION INTERVIEW PARTNER

Working-field:
[please add]

Profession:
[please add]

Gender:
- ☐ female
- ☐ male

Professional experience in the field of health planning strategies including aspects of mental health:
- ☐ 0 – 2 years
- ☐ 3 – 10 years
- ☐ more than 10 years

!NOT TO BE PUBLISHED!:
Name and address of institution:

Name contact person:	
Name institution:	
Full address of institution:	
Telephone contact person:	
E-Mail contact person:	

Anhang B5 – Freigabe der Transkripte und Bewertungsmatrizen

Europa-Universität Flensburg

Consent form and quotation agreement

MINDMAP

Research project title: MINDMAP project
Research investigator: Wienke Jacobsen (M.A.)
Research participants name: [redacted]
Date of the interview: 23.02.2017

Thank you very much for supporting the MINDMAP survey on mental health care planning strategies and policies to promote mental wellbeing in older people funded by the European Commission (*Horizon 2020, grant agreement no. 667661)* and for agreeing to the recording of our telephone interview. This consent form is necessary to ensure that you understood the purpose of your involvement, and that you agree to the use of the information obtained from the interview.

Please sign this form to certify that you approve the following:

- the interview was recorded, and a transcript was produced;
- the transcript of the interview will be analysed by Wienke Jacobsen to be used in her PhD thesis (working title: *"Determinants of mental health in old age – a public health perspective on political strategies and interventions of health promotion and prevention in 12 European cities");*
- access to the interview transcript will be limited to Wienke Jacobsen and academic research institutions she collaborates with: the Europe University of Flensburg (Prof. Dr. Petra Hampel; 1st doctoral thesis supervisor) and the University of Bremen (Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann; 2nd doctoral thesis supervisor), the MINDMAP research consortium, www.mindmap-cities.eu;
- any summary interview content or direct quotations that are made available through the PhD or further academic publication such as the PhD and resulting research articles and conference contributions will be performed pseudonymised without using your name (Please mark with a cross with which you agree):

[x] In the PhD thesis of Wienke Jacobsen

[x] In the PhD thesis, academic research papers and as conference contributions of Wienke Jacobsen

- the recording of the interview will be stored for 10 years (until 2027) in locked storage;
- any variation to the conditions above will only require your further explicit approval.

By signing this form, I agree that:

1. I took part voluntary in the MINDMAP survey and I have had the purpose of the survey explained to me in writing, and I have had the opportunity to ask questions;
2. The transcribed interview or extracts from it may be used as described above;
3. I do not expect to receive any benefit or payment for my participation;
4. I can request edits to the transcript of my interview;
5. I have been able to ask any questions I might have, and I understand that I am free to contact Wienke Jacobsen with any questions I may have in the future.

I have reviewed the complete transcript of my personal interview in this study, and have been provided with the opportunity to add, alter, and delete information from the transcript as appropriate. I acknowledge that the transcript accurately reflects what I said in my personal interview with Wienke Jacobsen. I hereby authorize the release of this transcript to Wienke Jacobsen to be used in the manner described in the consent form. I have received a copy of the transcript and will receive a copy of this consent form for my own records.

[ ] I would like to be informed about the results after completion of the study.

[redacted] [redacted]

WIENKE JACOBSEN
Name of researcher *in bold letters*

Hamburg 05.01.18 Wienke Jacobsen
Place, date, and signature of researcher

Europa-Universität Flensburg
Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg
wienke.jacobsen@student.uni-flensburg.de

Further information of the MINDMAP survey:

Anhang B6 – Fachliche Validierung

MINDMAP

Mental health promotion of older people in urban environments

The structure of the MINDMAP project of the main mediators (WP 6 – WP 9) and their dissemination (WP 12):

MINDMAP city:

_____

MINDMAP cohort:

_____

Profession:

_____

Relevant topics regarding the mental health promotion of older people in urban environments

The circles below represent possible tables, or rather topics for the *World Café* discussions with stakeholders in your MINDMAP city. To figure out the priorities, **please rate the topics of each field below (a - d) regarding their importance to be discussed during a *World Café* discussion in your MINDMAP city.** In order to do this, please fill the boxes in each field with numbers (1= most important etc.). If there are themes missing, please feel free to add these in the empty circles.

a) Behavioural determinants

- Increasing health literacy ☐
- Promoting digital literacy ☐
- _____ ☐
- Promoting physical activity ☐
- _____ ☐
- Promoting education in old age ☐

b) Psychosocial determinants

- Support of self-reliance ☐
- Strengthening care for each other ☐
- Reduction of social inequality ☐
- Promoting social activity ☐
- Promoting social interaction ☐
- Strenghtening mental health ☐
- Promoting social engagement ☐
- _____ ☐
- _____ ☐

c) Physical environmental determinants

- Mobility-promoting city design ☐
- Smart Homes ☐
- Barrier-free living ☐
- _____ ☐
- _____ ☐

d) Geriatrics and health care

- Strengthening health promotion ☐
- Prevention of depression ☐
- Prevention of dementia ☐
- Screenings for early detection ☐
- Treatment of diseases ☐
- Improvement of health care services ☐
- _____ ☐
- _____ ☐

Anhang B7 – Fachartikel

Themenschwerpunkt

Z Gerontol Geriat 2017 · 50:588–602
DOI 10.1007/s00391-017-1290-7
Received: 9 June 2017
Accepted: 23 June 2017
Published online: 17 August 2017
© The Author(s) 2017. This article is an open access publication.

L. Neumann[1] · U. Dapp[1] · W. Jacobsen[1] · F. van Lenthe[2] · W. von Renteln-Kruse[1]
[1] Geriatrics Centre, Scientific Department at the University of Hamburg, Albertinen-Haus, Hamburg, Germany
[2] Department of Public Health, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands

The MINDMAP project: mental well-being in urban environments

Design and first results of a survey on healthcare planning policies, strategies and programmes that address mental health promotion and mental disorder prevention for older people in Europe

Background and objectives

The World Health Organization (WHO) definition of healthy ageing is "the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age" [1]. Hereby, functional ability in old age is assessed by physical and mental capacities, as well as individuals' interactions with the environment [2]. Environmental factors include aspects defining the context of an individual person (contextual factors) and include health promotion, prevention and care policies and services, the environmental support by families and social networks as well as the built environment across the life-course [1]. From an individual's point of view, the concept of person-environment fit is important as it includes individual health characteristics and capacity, societal needs and resources, interactive relationships of the older person and the environment including changes in people and places over time [1, p. 30].

From the geriatric perspective, this reflects the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model [3]. The biopsychosocial model includes a coherent view of different biological, individual and social perspectives of health by integrating the concepts of body function and structure, activity, participation, medical and social aspects. Functional health including mental health, in particular, is seen as the outcome of interacting health conditions (e.g. diseases, disorders and injuries) and contextual factors. The latter comprise external environmental factors, such as social attitudes, architectural characteristics, legal and social structures and personal factors, such as gender, age, coping style, social background, education and behavioural patterns.

Understanding of the mental dimension of ageing requires consideration of the complex relationship between mental and physical geriatric syndromes (e.g. immobility, falls, incontinence, malnutrition, cognitive deficits, depression, anxiety and chronic pain) and its consequences for functional competence, impairments, disabilities and handicaps [4, 5]. In fact, the development of the "superordinate geriatric syndrome" frailty is seen as the "most problematic expression of population ageing" [6]. The frailty syndrome is characterised by progressive decline of physical and mental functions hindering the maintenance of independence, participation and autonomy [7]. Its clinical conditions caused by age-related decline in several physiological systems do increase the vulnerability in older age [8, 9]. Early disturbances in mental and/or cognitive function do influence physical functioning and mobility, a prerequisite of independence, and physical frailty predicts onset and course of late-life depression.

In addition, the development of disability and dependency in older persons through the dynamic frailty process is closely influenced by mental health problems [10]. Disability (e.g. impairments, activity limitations and participation restrictions) causes loss of functional competence and autonomy, increased vulnerability, and need of nursing care [11] with high costs [12]. In Germany, for example, disturbances in cognitive and mood contribute to the three predominant causes of nursing care. Even early impairments of higher mental/cognitive functioning may disturb physical function and mobility, in particular [13–15]. Vice versa, restrictions in physical activities can impair mental health well-being [16, 17]. Furthermore, recent evidence

The original version of this article was revised due to a retrospective Open Access order.

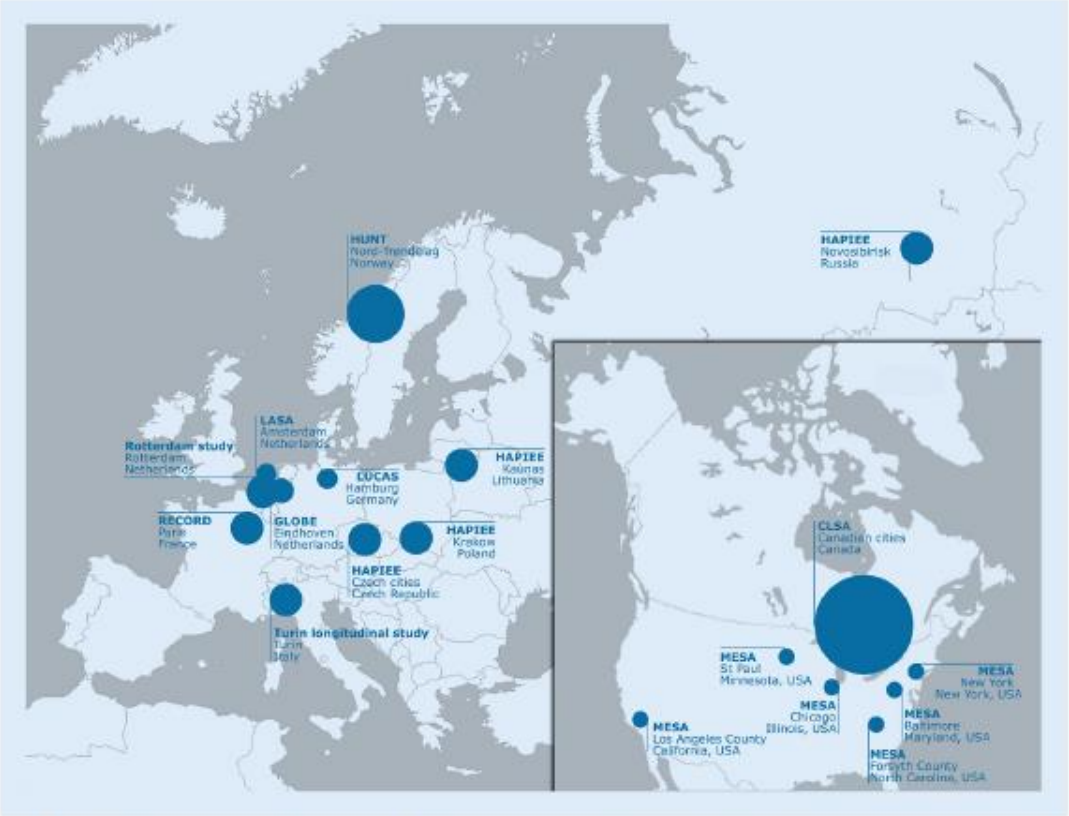


Fig. 1 ▲ The MINDMAP cohorts and cities. Participating MINDMAP European cohorts and cities: Amsterdam (*LASA* Longitudinal Aging Study Amsterdam, LASA), Eindhoven (*GLOBE* GLOBE Study), Hamburg (*LUCAS* Longitudinal Urban Cohort Ageing Study), Krakow, Kaunas, Prague, Novosibirsk (*HAPIEE* Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe Study), Nord-Trøndelag (*HUNT* Nord-Trøndelag Health Study), Paris (*RECORD* Residential Environment and CORonary heart Disease Study), Rotterdam (Rotterdam Study), Turin (Turin Longitudinal Study) as well as London and Helsinki (both without a longitudinal urban cohort). Participating cohorts from the US and Canada: *MESA* Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis and *CLSA* Canadian Longitudinal Study on Aging

highlights the role of the urban environment in preventing the onset of functional decline (robustness – prefrailty – frailty – disability – nursing care – death). The risk of mental disorders has been shown to be higher in persons living in urban compared to rural areas [18]. The combination of urbanisation and ageing has relevant implications for public mental healthcare planning. These findings necessitate measures to prevent mental health disorders in order to counteract frailty in older age. Therefore, the maintenance of functional ability including mental health has a high priority in urban public healthcare planning policies and strategies, as well as public health intervention programmes to promote mental well-being and to prevent mental disorders in old age addressing these complex interrelationships [1].

Addressing these challenges, the European Union is currently funding (Horizon 2020 programme) the MINDMAP project "Promoting mental well-being and healthy ageing" (2016–2019) to identify opportunities offered by the urban environment for the promotion of mental well-being and cognitive function in older individuals. The MINDMAP project stresses the importance of early detection of preclinical stages of frailty, including mental components of functional competence. This project will advance understanding by bringing together longitudinal ageing cohort studies across European cities, the USA and Canada (◘ Fig. 1). Analyses across these cohorts are planned by creating a harmonised data platform. This will facilitate to unravel pathways and multilevel interactions between the urban environment and social, behavioural, psychosocial and biological determinants of mental health and cognitive function in older adults. The project will examine the causes of variation in mental well-being and disorders in old age,

Abstract · Zusammenfassung

Z Gerontol Geriat 2017 · 50:588–602 DOI 10.1007/s00391-017-1290-7
© The Author(s) 2017. This article is an open access publication.

L. Neumann · U. Dapp · W. Jacobsen · F. van Lenthe · W. von Renteln-Kruse

The MINDMAP project: mental well-being in urban environments. Design and first results of a survey on healthcare planning policies, strategies and programmes that address mental health promotion and mental disorder prevention for older people in Europe

Abstract

Background. The MINDMAP consortium (2016–2019) aims to identify opportunities provided by the urban environment for the promotion of mental well-being and functioning of older people in Europe by bringing together European cities with urban longitudinal ageing studies: GLOBE, HAPIEE, HUNT, LASA, LUCAS, RECORD, Rotterdam Study, Turin Study. A survey on mental healthcare planning policies and programmes dedicated to older persons covering the range from health promotion to need of nursing care was performed for profound data interpretation in Amsterdam, Eindhoven, Hamburg, Helsinki, Kaunas, Krakow, London, Nord-Trøndelag, Paris, Prague, Rotterdam and Turin.

Objectives. To collect detailed information on healthcare planning policies and programmes across these European cities to evaluate variations and to delineate recommendations for sciences, policies and planners using experience from evidence-based practice feedback from the MINDMAP cities.

Materials and methods. The MINDMAP partners identified experts in the 12 cities with the best background knowledge of the mental health sector. After pretesting, semi-structured telephone interviews (1–2 h) were performed always by the same person. A structured evaluation matrix based on the geriatric functioning continuum and the World Health Organization (WHO) Public Health Framework for Healthy Ageing was applied.

Results. A complete survey (12 out of 12) was performed reporting on 41 policies and 280 programmes on the city level. It appeared from extensive analyses that the focus on older citizens, specific target groups, and multidimensional programmes could be intensified.

Conclusion. There is a broad variety to cope with the challenges of ageing in health, and to address both physical and mental capacities in older individuals and their dynamic interactions in urban environments.

Keywords
Mental health · Geriatrics · Urban environment · Longitudinal cohort ageing studies · Functional competence

Das MINDMAP Projekt: mentale Gesundheit in städtischen Lebensräumen. Design und erste Ergebnisse einer Umfrage zu gesundheitspolitischen Planungen, Strategien und Programmen zur Förderung der mentalen Gesundheit und Prävention mentaler Störungen älterer Menschen in Europa

Zusammenfassung

Hintergrund. Das MINDMAP Konsortium (2016–2019) erforscht Zusammenhänge zwischen städtischer Umwelt und Lebensqualität zur Förderung mentaler und funktionaler Gesundheit älterer Menschen in Europa durch die Zusammenführung urbaner Langzeit-Kohorten: GLOBE, HAPIEE, HUNT, LASA, LUCAS, RECORD, Rotterdam Study, Turin Study. Hierfür wurde eine Erhebung zu Strategien und Programmen zur Förderung mentaler Gesundheit im Alter in den dazugehörigen Städten Amsterdam, Eindhoven, Hamburg, Helsinki, Kaunas, Krakau, London, Nord-Trøndelag, Paris, Prag, Rotterdam und Turin durchgeführt.

Zielsetzung. Die detaillierte Bestandsaufnahme zu Gesundheitsstrategien und Programmen in diesen Städten diente der Untersuchung der Variabilität sowie der Ableitung von Empfehlungen für Wissenschaft, Politik und kommunale Planung unter Nutzung der Erkenntnisse der MINDMAP Städte.

Materialien und Methoden. Die MINDMAP Partner benannten jeweils Experten mit bestmöglichem Überblick über das lokale Gesundheitsgeschehen (mentale Gesundheit) in den 12 Städten. Nach einem Prätest wurden semi-strukturierte Telefon-Interviews (1–2 h) durch dieselbe Person durchgeführt. Für die strukturierte Evaluation wurden das geriatrische Kontinuum der Funktionalität und der WHO Public-Health Framework for Healthy Ageing zugrunde gelegt.

Ergebnisse. In der Vollerhebung (12/12 Städte) wurden 41 Strategien und 280 Programme auf Stadtebene berichtet. Die Evaluation ergab, dass ältere Personen und spezifische Zielgruppen sowie multidimensionale Programme stärkere Berücksichtigung finden könnten.

Diskussion. Die Ergebnisse zeigen eine große Bandbreite im Umgang mit den Herausforderungen des gesunden Älterwerdens und unterstreichen physische und mentale Fähigkeiten älterer Menschen sowie deren Wechselwirkungen mit dem urbanen Lebensraum.

Schlüsselwörter
Mentale Gesundheit · Geriatrie · Urbane Umwelt · Langzeit-Kohorten-Altersstudien · Funktionale Kompetenz

both within and also between cities and identify national and urban policies for prevention and early diagnosis of mental disorders. The knowledge will significantly contribute to establish preventive strategies in urban settings to promote the mental dimension of healthy ageing to reduce its negative impact on mental well-being and comorbidities, and to preserve cognitive function in old age (for details http://www.mindmap-cities.eu/).

The MINDMAP partner Albertinen-Haus, Centre of Geriatrics and Gerontology, Hamburg contributes (a) with the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS) [19] and (b) MINDMAP work package 9 "Geriatric perspective on promoting mental well-being and healthy ageing in cities". The geriatric expertise enables the linkage between the urban environment and the older person's functioning continuum in order to identify target groups for interven-

tions by addressing mental health and cognitive function as relevant impact on the frailty process [20].

For a better understanding and profound data interpretation across the European MINDMAP longitudinal ageing cohorts (harmonised data platform), the work package 9 first milestone was a survey of healthcare planning policies, strategies and programmes addressing the heterogeneous older population by covering mental health promotion, mental disorder prevention, treatment, recovery, rehabilitation and nursing care.

Objectives of this MINDMAP survey:

- To collect detailed information on healthcare planning policies, strategies and programmes across the European MINDMAP consortium cities with longitudinal cohorts.
- To analyse how healthcare planning policies and strategies in European MINDMAP cities actually consider behavioural, psychosocial, physical urban environmental, geriatric medical, national and local political determinants of mental health with respect to promote mental well-being and healthy ageing.
- To examine variations about how healthcare systems deal with the consequences of mental impairment for physical function across the European MINDMAP cities.
- To delineate recommendations for policies and planners using the experiences from evidence-based practice feedback from the European MINDMAP cities.

Material and methods

First, the WHO "Mental Health Policy and Practice across Europe" [21] was consulted together with the principal MINDMAP project coordinator (work package 1) and the work package leaders responsible for the analyses of the impact of mental health policies on the mental dimension of healthy ageing (work package 10), and this survey on healthcare planning policies, strategies and programmes addressing mental health promotion and mental disorder prevention for older people in the European MINDMAP cities (work package 9). Unfortunately, less attention has been given to mental health problems in older age than to working age adults [21].

Second, there was agreement to further search in regularly updated and accessible statistics and reports, such as the European profile of promotion and prevention of mental health [22], the WHO World Health Statistics [23], the WHO Mindbank report "More Inclusiveness Needed in Disability & Development" [24] and the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Statistics [25]. However, these sources had a lack of specific information on mental health promotion and mental disorder prevention for older people, neither on national, regional nor city levels. Therefore, we developed a comprehensive and structured survey on mental healthcare planning policies, strategies and programmes focussed on the city level (regional perspective). This was essential to collect relevant information from the 12 European MINDMAP cities of which the majority have access to a longitudinal ageing cohort in their cities (10 out of 12) or are domicile cities of additional MINDMAP work package partners (2 out of 12).

Survey design and content

The following theoretical constructs were considered in the survey design: (a) the public health perspective, such as the WHO "Mental Health Action Plan" [11], the WHO "Global age-friendly cities" handbook [26], (b) in behavioural sciences, such as the salutogenesis concept [27], the model to promote social equity in health [28], and (c) the geriatric perspective for understanding frailty as a spectrum of conditions within the geriatric functional continuum [29, 30].

These recommendations and strategies resulted in a survey questionnaire divided into two parts. Part 1 addressed policies and strategies related to mental health promotion and mental disorder prevention on national and city levels according to the structure of the 12 work packages addressed in the interdisciplinary MINDMAP consortium (Fig. 2, questions part 1). Part 2 focussed on mental health programmes and providers. Extremely helpful for the actual survey design was the national questionnaire "Inventory taking of health promotion and prevention – offers and accessibility for older people in the community" edited by the Federal Centre for Health Education in Germany [31]. Fig. 2 also gives a rough overview of evaluating the broad variety of programmes and providers in each MINDMAP city (questions part 2).

Pretesting

The questionnaire was pretested by public health experts from one city in Germany (member of the German Healthy City Network) and in Denmark. After the pretesting, the experts clearly recommended performing the survey as by a semi-structured telephone interview instead by using a written questionnaire. Therefore, the questionnaire layout was structured into a) summarising tables for each question supporting the interviewer to navigate through the semi-structured interview, and b) a written outline about the survey topics to help the interviewee to prepare the information to be retrieved in the semi-structured telephone interview.

Survey performance

There was agreement to perform a comprehensive and complete (12 out of 12) survey in all European MINDMAP cities (in alphabetical order, geographic regions see Fig. 1):

1. Amsterdam (LASA: Longitudinal Aging Study Amsterdam, LASA),
2. Eindhoven (GLOBE: GLOBE Study),
3. Hamburg (LUCAS: Longitudinal Urban Cohort Ageing Study),
4. Helsinki (domicile city of MINDMAP work package 3),
5. Kaunas (HAPIEE: Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe Study),
6. Krakow (HAPIEE: Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe Study),
7. London (domicile city of MINDMAP work package 10),

PART 1: POLICIES & STRATEGIES - LEGISLATION & FRAMEWORKS RELATED TO MENTAL HEALTH PROMOTION (NATIONAL AND CITY LEVEL)

Q. 1: Please name the **policies and strategies in your city that address mental health for older people** (mental health promotion and mental disorder prevention). Please think of those that could be found in documents, such as national/regional demographical concepts, health promotion action plans, national or regional health targets etc.

Q. 2: Which **determinants or factors are considered in the implemented policies and strategies (s. Q. 1) of mental health** (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people in your city? As a background information: According to WHO Mental Health Action Plan within the MINDMAP project behavioural, psychosocial, physical environmental and physical geriatric determinants are in the focus (s. fig. MINDMAP structure of work packages on the right). Please think of those when answering the question.

PART 2: MENTAL HEALTH PROGRAMMES & PROVIDERS – WHAT IS OFFERED IN YOUR MINDMAP CITY

Q. 3: Which programmes addressing mental health for older people are currently implemented in your city? Please consider programmes that help to improve mental health or to avoid specific mental health problems such as depression, loneliness, medication or alcohol abuse etc. This may be broad and therefore could range from mental health promotion to mental disorder prevention, treatment and recovery.

Q. 4: Which institutions, organisations or departments are involved in the provision of those implemented programmes addressing mental health (mental health promotion and mental disorder prevention) for older people (s. Q. 3)?

Information on expert: Profession, working field, years of experience in the working field, gender

MINDMAP structure of work packages (WP)

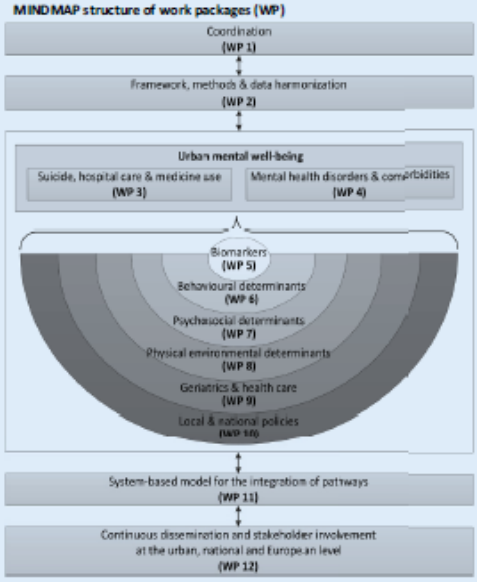


Fig. 2 ▲ Structure of the MINDMAP survey and linkage to MINDMAP work packages. *WP* work packages

8. Nord-Trøndelag (HUNT: Nord-Trøndelag Health Study),
9. Paris (RECORD: Residential Environment and CORonary heart Disease Study),
10. Prague (HAPIEE: Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe Study),
11. Rotterdam (Rotterdam Study) and
12. Turin (Turin Longitudinal Study).

All European MINDMAP consortium partners responsible for their 12 cities were invited to identify the most suitable expert in their city with an overview on the current mental health sector, and broad knowledge of healthcare planning policies, strategies and programmes in their city. We emphasised to consider the older population's heterogenity as expressed as robust or non-robust (prefrail/frail) but predominantly not disabled. Therefore, depending on the administrative city structure, the MINDMAP partners searched for senior policy makers (persons working for the head of the city/regional health department or social affairs), representatives in a public health institute or a mental health care umbrella organisation/network. The MINDMAP partners provided the contact details of the experts (name, institution, e-mail address, telephone extension) to the Albertinen-Haus (survey leader, work package 9).

Information about the MINDMAP consortium and the survey was distributed to each interview partner (interviewee), including an arrangement for a telephone appointment from the Albertinen-Haus. After interview acceptance, the interviewee received the written outline about the survey topics in order to support the interviewee in preparing the information according to the semi-structured telephone interview. All interviews (1–2 h/city) were in the English language, tape recorded and transcribed by the same PhD student (WJ) from the Albertinen-Haus from November 2016 to May 2017. In a few cases, two interviews took place in a single MINDMAP city if the first interviewee had referred.

Survey evaluation

To assure high quality evaluation, the analysis of the transcribed interviews was performed in a structured way. For this purpose, the summarising tables for each question which helped the interviewer to navigate through the semi-structured interview were used as evaluation matrix. Two independent researchers (WJ and LN, PhD students) worked on each transcript while extracting and transforming the information given according to this evaluation matrix. Also, national and local strategy papers and local programmes referred to by the interviewees were intensively studied for this evaluation process. Then, the results of both the independent evaluations were collected and cross-checked. In cases of unequal assessment, a third researcher (UD, PhD) was involved to reach concordance. Finally, all interview transformation results as summarised in tables were submitted to the corresponding MINDMAP city interviewee to assure that all information given in the interview was correctly un-

Table 1 Characteristics of the experts in the MINDMAP survey (n = 15 experts in 12 European MINDMAP cities)

European MINDMAP cohort/ city, country	Amsterdam, Netherlands	Eindhoven, Netherlands	Hamburg, Germany	Helsinki, Finland	Kaunas, Lithuania	Krakow, Poland		London, UK		Nord-Trøndelag Region, Norway		Paris, France	Prague, Czech Republic	Rotterdam, Netherlands	Turin, Italy
Longitudinal cohort	LASA	GLOBE	LUCAS	No cohort	HAPIEE	HAPIEE		No cohort		HUNT		RECORD	HAPIEE	Rotterdam Study	Turin Longitudinal Study
No. interviews performed	1	1	1	1	1	2		2		2		1	1	1	1
Profession of expert	Epidemiology	Social work	Psychology	Nursing science	Public health	Medicine	Epidemiology	Medicine	Social work	Medicine	Medicine	Public relations	Medicine	Public health advisory	Clinical psychiatry
Working field of expert	Public Health Service, Amsterdam	Public Health Service and Political Consulting	City of Hamburg, Ministry of Health, Department of Health Data and Health Promotion	City of Helsinki, Healthcare, Department of Senior Planning	City of Kaunas, Public Health Service	University Krakow, Public Health	University Krakow, Public Health	Public Health Organisation	University London, Community Care Service	Public Health Service	Hospital, Department for Mental Health and Addiction	City of Paris, Department of Social Affairs, Children and Health	National Ministry of Health, Department of Health Promotion, Public Health	Public Health Service, Rotterdam	Community Health Centre Turin, Mental Health Service
Experience in the working field	>10 years	3–10 years	>10 years	>10 years	0–2 years	>10 years	>10 years	>10 years	>10 years	0–2 years	>10 years	>10 years	>10 years	>10 years	>10 years
Gender of expert	Male	Female	Female	Female	Female	Male	Male	Male	Female	Female	Female	Male	Female	Male	Male

derstood and reported. All interviewees from the 12 European MINDMAP cities gave their approval before all survey results were compared. Then, mainly descriptive methods were used for the comparison (e.g. absolute numbers, percentages and means), and all data were recorded in a data base, analysed and visualised using MS Excel 2010.

Results

The collection of detailed information on mental healthcare planning policies, strategies and programmes from all 12 European MINDMAP cities was complete. In Krakow, London and the Nord-Trøndelag region, two interviews were performed with different experts. The interviewees' professional background was mainly in the field of healthcare, most often medicine followed by psychiatry, psychology, nursing, public health and epidemiology (12 out of 15). Most interviewees worked at city councils (department of health or social affairs) or public health institutions (9 out of 15), the other experts in healthcare institutions or universities (6 out of 15) (Table 1).

Policies and strategies

Each city referred to at least one (1–7) policy and strategy on the city level but the experts also mentioned national policies and strategies. All addressed the range from mental health promotion, mental disorder prevention, treatment, recovery and care (Table 2, 3, 4 and 5). Out of 41 policies and strategies 32 identified at city level explicitly had older persons as a target group (older population) or senior citizens as a subgroup. The other nine were on general public health issues for all citizens. The older population was included in each policy/strategy on the city level in Hamburg (7 out of 7), Nord-Trøndelag (5 out of 5), Turin (3 out of 3), Helsinki (2 out of 2) and Eindhoven (1 out of 1) (Table 2, 3, 4 and 5). If the city level put minor emphasis on the older population (e.g. London and Kaunas) healthy ageing was covered on the national level instead. Mental health promotion and prevention was covered

Table 2 Overview of identified mental healthcare planning policies and strategies including addressed determinants in the 12 European MINDMAP cities (1/4)

	Overall		Amsterdam		Eindhoven		Hamburg	
Policy/strategy level	**City**	**National**	**City**	**National**	**City**	**National**	**City**	**National**
No. of policies/strategies identified	41	43	5	2	1	2	7	4
Name of the policies/ strategies	s. each MINDMAP city	s. each MINDMAP city	– WHO Age Friendly City – GGD Health Monitoring Survey – Local Public Health Policy – Amsterdam Dementia Programme – Action Plan for the Prevention of Anxiety and Depression	– National Public Health Act – National Public Health Policy	– Eindhoven Loneliness Strategy	– National Public Health Act – National Public Health Policy	– Concept for Demography Hamburg – 1st Health Monitoring Survey for Older People – 2nd Health Monitoring Survey for Older People (LUCAS) – Federal State Law on Prevention Hamburg – Pact for Prevention Hamburg – Dementia Strategy Hamburg – Law on Participation of Older People	– National Demography Strategy – National Health Targets – Federal Law on Prevention – Local Alliances for people with dementia
Older population explicitly considered	32/41	30/43	4/5	0/2	1/1	0/2	7/7	4/4
Mental health promotion and prevention considered	8/41	14/43	0/5	0/2	0/1	0/2	1/7	1/4
Mental health diseases considered	22/41	24/43	3/5	0/2	1/1	0/2	6/7	3/4
Universal target group approach (including health promotion, prevention, treatment, recovery, rehabilitation and care)	22/41	21/43	2/5	2/2	0/1	2/2	4/7	3/4
Target groups explicitly: health promotion, prevention	6/41	5/43	1/5	0/2	0/1	0/2	2/7	0/4
Behavioural determinants (WP 6) considered	26/41	27/43	2/5	2/2	0/1	2/2	6/7	4/4
Psychosocial determinants (WP 7) considered	27/41	30/43	3/5	0/2	1/1	0/2	7/7	4/4

Table 2 Overview of identified mental healthcare planning policies and strategies including addressed determinants in the 12 European MINDMAP cities (1/4) (Continued)

Policy/strategy level	Overall		Amsterdam		Eindhoven		Hamburg	
	City	National	City	National	City	National	City	National
Physical urban environmental determinants (WP 8) considered	25/41	23/43	1/5	1/2	0/1	1/2	5/7	1/4
Physical, medical factors (diseases) (WP 9) considered	28/41	32/43	4/5	2/2	0/1	2/2	6/7	3/4
Determinants of local and national policies (WP 10) considered	32/41	40/43	3/5	2/2	0/1	2/2	7/7	4/4

by 8 out of 41 policies/strategies (e. g. Hamburg "Pact for Prevention"), mental health diseases (22 out of 41) as by action plans on loneliness, depression or dementia (e. g. Prague "Professional Dementia Strategy") (**Table 2, 3, 4 and 5**). More than half of the policies/strategies had a general targeting approach including aspects of health promotion, health prevention, treatment, recovery, rehabilitation and care but did not differentiate within the heterogeneous groups of senior citizens. However, six strategies explicitly focussed on mental health promotion and prevention (e. g. Amsterdam "Action Plan for the Prevention of Anxiety and Depression") including early detection of risk groups, for example, older people living alone at home (**Table 2, 3, 4 and 5**).

According to the MINDMAP consortium structure WP 6–WP 10 (**Fig. 2**) mental health on the city level was categorised into behavioural (26/41), psychosocial (27/41), physical urban environmental (25/41), geriatric medical determinants (28/41), and linked to local and/or national policies and strategies (32/41). In Helsinki, explicitly all five determinants were part of each policy and strategy. For example, its "Action Plan of Older People's Health and Well-being" addresses (1) care services, (2) living and housing conditions, (3) public transportation and physical well-being, (4) equal rights for people with memory problems, (5) information and knowledge on healthy ageing and (6) referring to additional policies on city and national level. In Amsterdam, Hamburg, Krakow, London, Nord-Trøndelag, Paris and Rotterdam, at least three of these determinants were addressed in the context of half or more of the policies (**Table 2, 3, 4 and 5**).

Programmes

A total of 280 programmes to promote mental well-being, prevent mental disorders or provide mental care were reported of which 197 were exclusively for the older population. Others included older age in cross-generational programmes. There were 91/280 programmes (32.5%) explicitly dedicated to health promotion and prevention for older people, in particular (e. g. Turin: outdoor physical activity group exercise at the river Po waterfront; London: "Fit as a Fiddle" focussing either on cognitive training using tai-chi, physical activity or social participation). Programmes for selected groups, mainly diagnosis-based, were also offered (128/280, 45.7%), e. g. Nord-Trøndelag region: dementia teams performing case management including home visits and Eindhoven: specific architectural design of nursing homes for patients who suffer from dementia. Nearly no programme had predefined indicators for future outcome measurements.

Each of the 280 city programmes was allocated by the interviewees to one of the 15 domains, depending on its main intervention issue (**Fig. 3**). For example, the 12 cities provided 49 programmes (1–7 programmes/city) to support social participation (e. g. Paris: senior ambassadors to overcome social isolation by bringing two older persons together; senior centers in 8/12 cities where older persons can meet) (**Fig. 3**, domain 3).

Discussion

Policies and strategies

All European MINDMAP cities have policies and strategies addressing the older population, ranging from 1–7 policies/strategies on city level. However, this analysis revealed that merely half of the policies and strategies integrated at least three out of the five determinants specified by the MINDMAP consortium work packages WP 6–WP 10 (**Fig. 2; Table 2, 3, 4 and 5**). Mental health as an essential component of healthy ageing does require both physical and mental capacities for functional ability [1, 11]. Yet, this has not been appropriately addressed in the policies/strategies identified. The major focus of most policies was on diseases without also emphasising and strengthening old persons' mental resources [27]. Both these aspects should be considered in healthcare planning policies and strategies [1].

Both the public health [26, 28] and geriatric perspectives do consider the relationship between physical syndromes,

Table 3 Overview of identified mental healthcare planning policies and strategies including addressed determinants in the 12 European MINDMAP cities (2/4)

	Helsinki		Kaunas		Krakow		London	
Policy/strategy level	**City**	**National**	**City**	**National**	**City**	**National**	**City**	**National**
No. of policies/strategies identified	2	3	1	3	4	5	2	8
Name of the policies/strategies	– The City of Helsinki Strategy Plan – Action Plan of Older people's Health and Well-Being	– Law on Older Peoples Rights and Well-Being – National Strategy for Physical Activity, Promoting Health and Mental Well-Being – Act on Support of Caregivers	– WHO Healthy Cities Network	– Assurance of Healthy Ageing in Lithuania – National Public Health Care Development Programme – Mental Health Strategy and Suicide Prevention Action Plan	– Malopolska Public Health Strategy* – Krakow Mental Health Strategy – WHO Healthy Cities Network – Krakow's Pact for Seniors	– National Health Programme – Evaluation Report of the Implementation of the Tasks of the National Programme Mental Health – National Programme for Mental Health – National Retirement Strategy – National Law on Environmental Protection	– WHO Age Friendly Cities, Borough of Camden – WHO Healthy Cities Network	– Care Act – Equality Act – National Carers Strategy – Better Health Outcomes by 2020 – Mental Health Task Force – Preventing Suicide in England – Prime Minister's Challenge on Dementia – Strategy for Healthy Ageing (in preparation)
Older population explicitly considered	2/2	3/3	0/1	3/3	2/4	2/5	1/2	7/8
Mental health promotion and prevention considered	0/2	2/3	0/1	3/3	2/4	1/5	0/2	1/8
Mental health diseases considered	1/2	1/3	0/1	3/3	2/4	3/5	1/2	5/8
Universal target group approach (including health promotion, prevention, treatment, recovery, rehabilitation and care)	2/2	2/3	0/1	1/3	1/4	1/5	2/2	3/8
Target groups explicitly: health promotion, prevention	0/2	0/3	1/1	0/3	0/4	2/5	0/2	1/8
Behavioural determinants (WP 6) considered	2/2	3/3	0/1	2/3	2/4	1/5	2/2	5/8
Psychosocial determinants (WP 7) considered	2/2	2/3	0/1	3/3	2/4	3/5	1/2	7/8
Physical urban environmental determinants (WP 8) considered	2/2	3/3	0/1	2/3	1/4	4/5	2/2	3/8
Physical, medical factors (diseases) (WP 9) considered	2/2	2/3	0/1	2/3	1/4	3/5	2/2	5/8
Determinants of local and national policies (WP 10) considered	2/2	3/3	1/1	2/3	2/4	3/5	2/2	8/8

*This strategy addresses the Malopolska region in Poland

Table 4 Overview of identified mental health care planning policies and strategies including addressed determinants in the 12 European MINDMAP cities (3/4)

	Nord-Trøndelag Region		Paris		Prague	
Policy/strategy level	**Municipality**	**National**	**City**	**National**	**City**	**National**
No. of policies/strategies identified	5	4	2	4	3	5
Name of the policies/strategies	– Vision: Quality of Life and Growth – General Health Plan: Coping for all (Levanger municipality) – General Health Plan: People should have what they need (Verdal municipality) – Plan for Care Services: Nursing and Care (Levanger municipality) – Plan for Care services: Nursing and Care (Verdal municipality)	– Public Health Act – Government Action Plan for the Implementation of the Health and Care 21 Strategy – National Report on Ageing – Norwegian Dementia Strategy	– Strategy on Ageing – Strategy on Environmental Health	– National Law on the Adaptation to the Ageing of the Population – National Health Strategy – National Plan for Alzheimer and Related Diseases – French Neurodegenerative Diseases Plan	– WHO Healthy Cities Network – Grant for Healthy Ageing Projects – Professional Dementia Strategy	– Act on Public Health – Act on Health – Nation Public Health Strategy: Health 2020 – Mental Health Action Plan – National Action Plan for Positive Health
Older population explicitly considered	5/5	3/4	1/2	4/4	2/3	3/5
Mental health promotion and prevention considered	2/5	4/4	0/2	0/4	0/3	2/5
Mental health diseases considered	3/5	3/4	1/2	3/4	2/3	3/5
Universal target group approach (including health promotion, prevention, treatment, recovery, rehabilitation and care)	5/5	2/4	1/2	1/4	1/3	2/5
Target groups explicitly: health promotion, prevention	0/5	0/4	0/2	0/4	0/3	1/5
Behavioural determinants (WP 6) considered	4/5	2/4	1/2	1/4	1/3	3/5
Psychosocial determinants (WP 7) considered	5/5	3/4	1/2	2/4	1/3	4/5
Physical urban environmental determinants (WP 8) considered	5/5	3/4	2/2	1/4	1/3	3/5
Physical, medical factors (diseases) (WP 9) considered	4/5	3/4	1/2	4/4	1/3	4/5
Determinants of local and national policies (WP 10) considered	5/5	4/4	1/2	4/4	1/3	5/5

Table 5 Overview of identified mental health care planning policies and strategies including addressed determinants in the 12 European MINDMAP cities (4/4)

Policy/strategy level	Rotterdam		Turin		
	City	National	City		National
No. of policies/strategies identified	6	2	3		1
Name of the policies/strategies	– WHO Healthy Cities Network – GGD Health Monitoring – Rotterdam Vital City – Combat Loneliness Strategy – To Live Long at Home – People Make the Inner City	– National Public Health Act – National Mental Health Programme	– Law to Promote Health Activities for Older People – WHO European Healthy Cities Network – Home Support Plan		– National Health Recommendations
Older population explicitly considered	4/6	0/2	3/3		1/1
Mental health promotion and prevention considered	3/6	0/2	0/3		0/1
Mental health diseases considered	2/6	0/2	0/3		0/1
Universal target group approach (including health promotion, prevention, treatment, recovery, rehabilitation and care)	2/6	1/2	2/3		1/1
Target groups explicitly: health promotion, prevention	2/6	1/2	0/3		0/1
Behavioural determinants (WP 6) considered	5/6	2/2	1/3		0/1
Psychosocial determinants (WP 7) considered	4/6	2/2	0/3		0/1
Physical urban environmental determinants (WP 8) considered	5/6	1/2	1/3		0/1
Physical, medical factors (diseases) (WP 9) considered	4/6	1/2	3/3		1/1
Determinants of local and national policies (WP 10) considered	6/6	2/2	2/3		1/1

including frailty and mental health [29, 30]. Multiple determinants must consider interacting health conditions (diseases, disorders and injuries), external environmental and internal personal factors (ICF model) [3]. Life-course determinants as emphasised in the *Canadian Initiative on Frailty and Aging* could also be considered in the analyses addressed in MINDMAP WP 6–WP 10. Promotion of healthy ageing and disease prevention, and thereby, the preservation of physiological reserves do have an impact on frailty which is closely related to adverse outcome, morbidity, disability, hospitalisation, nursing care and death [30]. Therefore, components of the frailty process might also be on the agenda of the MINDMAP analyses (harmonised data platform), and in strategies and intervention programmes on the MINDMAP city level. An example of policies and interventions on the MINDMAP city level to be mentioned is the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing platform "Innovation for age-friendly buildings, cities and environment" the MINDMAP cities Krakow and Hamburg are engaged in (https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/d4_action_plan.pdf; access: 05.06.2017). In Germany, a National Dementia Strategy is currently planned as part of the federal government's demography strategy (http://www.allianz-fuer-demenz.defileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/GemeinsamfuerMenschenmitDemenz-Handlungsfelder-deutsch.pdf; access: 05.06.2017).

Programmes

The heterogeneous spectrum of the 280 city programmes was allocated to the 15 domains addressed in the interviews (Fig. 3). Most common were mental disorder treatment programmes or care provision to support social participation (49 programmes, domain 3) or to assist with activities of daily living (37 programmes, domain 9), followed by information campaigns (21 programmes, domain 2) and training for relatives, caregivers (20 programmes,

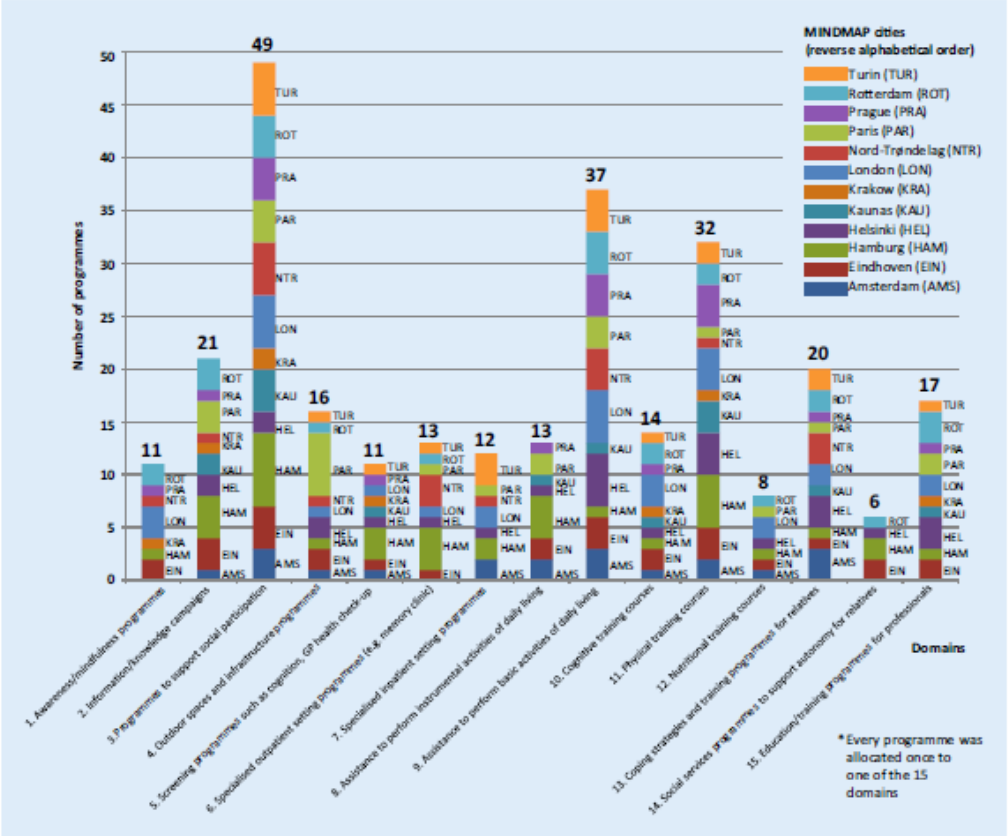


Fig. 3 ▲ Overview of mental health programmes in old age in the 12 MINDMAP cities ($n = 280$ programmes*). Explanation of the programme domains: *1.* awareness/mindfulness programmes (i. e. social isolation, loneliness, bereavement groups, retirement transition). *2.* Information/knowledge campaigns, such as public lectures, awareness week/open house, brochure e. g. addressing substance abuse, depression, dementia. *3.* Programmes to support active social participation via affordability, availability, accessibility, acceptability (i. e. volunteering options, neighborhood participation/shared housing initiative, senior centres, lunch specials). *4.* Outdoor spaces and infrastructure programmes (i. e. accessible buildings, well-maintained pavements, good street lighting, public toilets, green spaces, public transport). *5.* Screening programmes: cognition, general practitioner (GP) health check-up, sensory system (e.g. vision, hearing, functional status, diabetes, heart diseases, medication review; dental check-up). *6.* Specialised outpatient setting programmes: memory clinic including geriatric, neuropsychological and gerontopsychiatric expertise (e.g. dementia diagnostics, coping with critical and traumatic life events), other outpatient interventions (e.g. preventive home visits, fall clinic). *7.* Specialised inpatient setting programmes, such as psychiatric intensive care units or hospital wards for cognitively impaired geriatric patients. *8.* Assistance to perform instrumental activities of daily living (e.g. home helpers, financial advice, meals on wheels, carpools). *9.* Assistance to perform basic activities of daily living (e.g. home-based nursing care, day care centre). *10.* Cognitive training courses (e.g. professional mental stimulation by neuropsychologist, "brain walking", tai-chi, choir, painting classes). *11.* Physical training courses (e.g. muscle training, balance, endurance, fall prevention). *12.* Nutritional training courses (e.g. cooking classes, intervention/awareness of malnutrition in old age). *13.* Coping strategies and training programmes for relatives (e.g. family or caregiver training, crisis intervention). *14.* Social services programmes to support autonomy for relatives (e.g. counselling to get help with dementia, home care, equipment adaptation). *15.* Education/information/training programmes for professionals (e.g. public lectures, general practitioner quality circle)

domain 13) and healthcare professionals (17 programmes, domain 15).

Combinations of interacting medical, functional, psychosocial and environmental factors contribute to the development of disability and dependency. Therefore, it is unlikely that a focus on single factors might lead to meaningful results. Instead, successful preventative models for older persons used a multidimensional approach [32]. Promotion of mental well-being and prevention of mental disorders in older persons were less common in the MINDMAP cities. There was a predominance of single-dimensional programmes, for example, physical training courses (32 programmes, domain 11). However, not all cities seemed to actually connect such programmes by using a multidimensional approach to outdoor spaces and infrastructure plans (16 programmes, domain 4), to courses of cognitive training (14 programmes, domain 10), awareness programmes (11 programmes, domain 1) or courses on nutrition (8 programmes, domain 12).

There were education or training programmes for healthcare professionals (domain 15) in 10 of the 12 cities. Screening instruments might be applied in such programmes to concentrate on appropriate older population subgroups, and for raising awareness of multifactorial interrelationships. As an example, the guide "Safe and sound" was developed for independent community-dwelling older people. Meanwhile, it is used in the context of an education programme in Hamburg to support professionals, e.g. GP practices, physiotherapist practices, sports clubs, social services, and community care information centers (*Pflegestützpunkt*) to screen for the risk of falling and to provide advice dedicated to improve stability and maintenance of mobility [33].

The value of existing policies/strategies and programmes offered is likely to be underestimated because indicators to evaluate effects of programmes offered to defined target groups were almost unavailable although 10 of the 12 MINDMAP cities might have access to multidimensional data from longitudinal cohort studies (Fig. 1). Thus, supplementary indices could have been used from screening or assessment in order to get information on programme acceptance and effects. For example, the "Municipal Masterplan 2015–2030 – Vision: Quality of life and growth" in the MINDMAP partner region Nord-Trøndelag does include predefined indicators for the strategies' performance review:

a) life expectancy,
b) self-reported health and quality of life,
c) years of life with good health,
d) physical activity (bicycling and self-reported physical activity),
e) participation in cultural activities/volunteering,
f) traffic (number of passengers using public transport and car traffic counts).

Data from the HUNT cohort (HUNT4) are used for this purpose (http://www.levanger.kommune.no/Global/dokumenter/kommuneplan_samfunn_english.pdf, access: 05.06.2017). Another example is the application of the LUCAS functional ability index [20] as screening and as indicator to measure effects of a programme of transsectoral healthcare coordination for older independent community-dwelling people (programme in domain 6) (https://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatrischeklinik/leistungsspektrum/netzwerkgesundaktiv; access: 05.06.2017).

The spectrum of policies, strategies and programmes collated in this European MINDMAP city survey will be a rich source for a better understanding of the diversity within and between the longitudinal cohorts of the MINDMAP project (harmonised metadata platform). Further research is planned in the MINDMAP project (2016–2020) to develop recommendations for policies and plans by using evidence-based practice feedback from the European MINDMAP cities with longitudinal ageing cohorts.

Limitations and strengths

The information retrieved from the survey may be limited as only one (maximum 2) local expert, even a person with best available background knowledge in the field of public health was interviewed. Consequently, only those policies, strategies and programmes were taken into account which were reported by the local MINDMAP interviewees. However, all MINDMAP consortium partners carefully searched in their cities for experts and explained the survey details in the mother tongue. The consortium had decided that all interviews should be performed in English. However, there might still be an information bias. Therefore, a written outline of the interview topics was sent in advance to prepare the information, and feedback from the interviewee based on a written summarising interview synopsis was obtained. It should also be noticed that policies, strategies and programmes on national and city levels cannot be compared in total, and recommendations cannot be simply transferred from one to another city/metropole region, also because of different healthcare systems in Europe.

A strength of this survey is the complete data collection from each of the 12 European MINDMAP cities. Furthermore, the development, performance and analyses of this survey were carried out in a way that was as structured as possible (review of existing databases/reports, development of interview questions based on different adequate models, structured identification and preparation of the interviewee by provision of written outline in advance, semi-structured interview, transcription of each interview, structured analysis using predefined summarizing tables, and feedback based on a written summarising interview synopsis).

Further research is clearly needed bringing together national and city level policies and the translation and implementation into linking programmes relevant to practice. Also, appropriate indicators for outcome measurement should be developed and applied.

Conclusion

The survey results presented here elaborate evidence of broad variety and cre-

ativity to cope with the challenges of ageing, and to address physical and mental capacities in older individuals and their dynamic interactions in an urban environment. Rich material on policies, strategies and programmes was found in each of the 12 European MINDMAP cities. There are some main conclusions from the analyses relevant for present and future developments and measures, respectively:

- National and city level policies/strategies should correspond with what is actually offered on the city level.
- Data sources from longitudinal ageing cohorts, central city registries or health registries could be used to appropriately define indicators for the measurement of programme effects.
- Available evidence-based gerontologic/geriatric expertise could be integrated in order to develop and to tailor multidimensional programmes for promotion of mental well-being and mental disorder prevention in the older population.
- Screening or assessment indices could be applied to address special (risk) groups within the growing heterogeneous older part of our populations.

Corresponding address

W. von Renteln-Kruse
Geriatrics Centre, Scientific Department at the University of Hamburg, Albertinen-Haus
Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg, Germany
w.renteln-kruse@albertinen.de

Acknowledgements. We thank the following European MINDMAP city partners for their search and identification of persons to participate in the telephone interviews in this survey (in alphabetical order): M. Avendano Pabon (London), M. Beenackers and F. van Lenthe (Eindhoven and Rotterdam), M. Bobak (Kaunas, Krakow, Prague), B. Chaix (Paris), G. Costa and G. Silvestrini (Turin), U. Dapp (Hamburg), M. Huisman (Amsterdam), S. Krostadt and E. Sund (Nord-Trøndelag region), H. Moustgaard and P. Martikainen (Helsinki); and we explicitly thank those experts for participation. This study was supported by the European Union Horizon2020 Programme under grant agreement n° 667661 (Promoting mental wellbeing in the ageing population – MINDMAP). The study does not necessarily reflect the Commission's views and in no way anticipates the Commission's future policy in this area.

Funding. LUCAS (DRKS 00005136) and PRO-Age (ISRCTN 28458424) were supported by grants from the European Union (Brussels, QLK6-CT-1999-02205), the Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ), the Robert Bosch Foundation Stuttgart, the Max and Ingeburg Herz-Foundation Hamburg, the Federal Ministry for Education and Research (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF, LUCAS I: 01ET0708, LUCAS II: 01ET1002A, LUCAS III/PROLONG HEALTH 01EL1407), and the European Commission, HORIZON 2020, MINDMAP (research and innovation action 667661). The funding sources had no role in the design and conduct of the study, collection, analyses and interpretation of the data, the preparation, review or approval of the manuscript.

Contributions. Concept, first draft and final revision of the manuscript: LN, UD. Development of the survey's content: UD, LN, FvL. Preparation of interviews: UD, LN, WJ. Performance and transcription of the interviews: WJ. Evaluation of the interviews: WJ, LN. Transformation of results into synopsis (tables and figures): LN, UD. Final draft: LN, UD, WvRK. All authors approved the final version.

Compliance with ethical guidelines

Conflict of interest. L. Neumann, U. Dapp, W. Jacobsen, F. van Lenthe and W. von Renteln-Kruse declare that they have no competing interests.

This article does not contain any studies with human participants or animals performed by any of the authors.

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits use, duplication, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license and indicate if changes were made.

References

1. World Health Organization (2015) World health report on ageing and health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1. Accessed 28 May 2017
2. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2014) The right to adequate housing. Fact sheet No. 21/Rev. 1. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf. Accessed 28 May 2017
3. World Health Organization (2002) Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. The international classification of functioning, disability and health. http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1. Accessed 28 May 2017
4. World Health Organization (1980) International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to

the consequences of disease. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf. Accessed 28 May 2017
5. Dapp U (2016) Mobilität und funktionale Kompetenz im Alter – Ergebnisse der Longitudinalen Urbanen Cohorten-Alters-Studie (LUCAS). In: von Renteln-Kruse W, Dapp U, Neumann L, Anders J, Pröfener F, Brieler P, Püschel K. Mobilität und Verkehrssicherheit im Alter. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt, vol 5. De Gruyter, Berlin, pp 46–60 (in German)
6. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K (2013) Frailty in elderly people. Lancet 381:752–762
7. Bortz WM 2nd (2002) A conceptual framework of frailty: a review. J Gerontol A Med Sci 57A:M283–M288
8. Statistisches Bundesamt (2015) Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse. Accessed 28 May 2017
9. Kruse A, Schmitt E (2016) Social inequality, health and nursing care. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59:252–258
10. De Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD, Hobbelen JS, Olde Rikkert MG, Nijhuis-van der Sanden MW (2011) Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. Ageing Res Rev 10:104–114
11. World Health Organization (2013) Mental health action plan 2013–2020. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf. Accessed 28 May 2017
12. Leicht H, Heinrich S et al for the AgeCoDe study group (2011) Net costs of dementia by disease stage. Acta Psychiatr Scand 124:384–395
13. Herman T, Mirelman A, Giladi N, Schweiger A, Hausdorff JM (2010) Executive control deficits as a prodrome to falls in healthy older adults: a prospective study linking thinking, walking, and falling. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 65A:1086–1092
14. Verghese J, Wang C, Lipton RB, Holtzer R (2013) Motoric cognitive risk syndrome and the risk of dementia. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 68:412–418
15. Verghese J, Annweiler C, Ayers E et al (2014) Motoric cognitive risk syndrome multicountry prevalence and dementia risk. Neurology 83:718–726
16. Cerin E, Leslie E, Sugiyama T, Owen N (2009) Associations of multiple physical activity domains with mental well-being. Ment Health Phys Act 2:55–64
17. Beswick AD, Gooberman-Hill R, Smith A, Wylde V, Ebrahim E (2010) Maintaining independence in older people. Rev Clin Gerontol 20:128–153
18. Galea S, Vlahov D (2005) Urban health: evidence, challenges and directions. Annu Rev Public Health 26:341–365
19. Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Golgert S, Meier-Baumgartner HP, Minder CE (2012) The longitudinal urban cohort ageing study (LUCAS): study protocol and participation in the first decade. BMC Geriatr 12:35
20. Dapp U, Minder CE, Anders J, Golgert S, von Renteln-Kruse W (2014) Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens – results from the LUCAS study. BMC Geriatr 14:141
21. World Health Organization (2007) Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care. http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-policy-and-practice-across-europe-the-future-direction-of-mental-health-care. Accessed 28 May 2017 (Edited by Knapp M, McDaid D, Mossialos E & Thornicroft G)
22. Samele C, Frew S, Urquia N (2013) Mental health systems in the European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health. European profile of prevention and promotion of mental health (EuropoPP-MH). http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf. Accessed 28 May 2017
23. World Health Organization (2015) World health statistics 2015. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/. Accessed 28 May 2017
24. World Health Organization (2017) WHO MINDbank: more inclusiveness needed in disability and development. A database of resources covering mental health, substance abuse, disability, general health, human rights and development. http://www.mindbank.info/. Accessed 28 May 2017
25. Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) Health statistics 2015. https://www.oecd.org/unitedstates/Country-Note-UNITED%20STATES-OECD-Health-Statistics-2015.pdf. Accessed 28 May 2017
26. World Health Organization (2007) Global age-friendly cities. A guide. http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf. Accessed 28 May 2017
27. Antonovsky A, Franke A (1997) Salutogenese, zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen
28. Dahlgren G, Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. https://core.ac.uk/download/files/153/6472456.pdf. Accessed 28 May 2017 (Stockholm: Institute of Future Studies. Background document to WHO – strategy paper for Europe)
29. Whitson HE, Purser JL, Cohen HJ (2007) Frailty thy name is... Phrailty? J Gerontol A Biol Sci Med Sci 62:728–730
30. Bergman H, Béland F, Karunananthan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C (2004) Developing a working framework for understanding frailty. Gerontol Soc 109:15–29 (http://www.frail-fragile.ca/docs/Bergman_2004_English.pdf. Accessed 28 May 2017
31. Hollbach-Grömig B, Seidel-Schulze A (2007) Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (http://www.bzga.de/botmed_60633000.html. Accessed 28 May 2017
32. Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP (2005) Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. J Public Health 13:122–127
33. City of Hamburg Department of Health and Consumer Protection, Health Data and Health Promotion (2014) Safe and sound. TIPS on keeping mobile and preventing falls. A guide for older people who live independently including TEST to show your own risk of falling and TIPS to improve stability and stay mobile. http://www.hamburg.de/contentblob/4382842/80c02b64afbc13298066856292fac184/data/broschuere-sicher-gehen-engl.pdf. Accessed 28 May 2017

Fachnachrichten

Warum sind viele Ärzte nicht gegen Grippe geimpft?

Die meisten Ärzte betonen gegenüber ihren Patienten, wie wichtig es ist, sich gegen Influenza impfen zu lassen. Doch ihren eigenen Impfschutz vernachlässigen viele Ärzte und Pflegekräfte offenbar.

Fast die Hälfte der Ärzte und des Pflegepersonals sind nicht gegen Grippe geimpft, so das Ergebnis einer Online-Befragung des Robert-Koch-Instituts (RKI) Ende des vergangenen Jahres. Von 1827 Klinikmitarbeitern, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, waren nur 40 % aktuell gegen Grippe geimpft. Am höchsten war die Impfquote bei Ärzten mit 56 %. Das Pflegepersonal hatte sich zu 34 % und die therapeutischen Berufe zu 35 % impfen lassen. Das berufliche Umfeld mit der höchsten Impfquote war der ambulante Bereich mit 48 %.
Die Beschäftigten wurden auch nach ihren Motiven für die Teilnahme oder die Nichtteilnahme an der Impfung gefragt, die an beiden Kliniken vom betriebsärztlichen Dienst angeboten wird. Das wichtigste Motiv für die Impfung war in allen Berufsgruppen der Schutz des persönlichen Umfelds. An zweiter Stelle folgte der Schutz der Patienten. Für die Ärzte waren beide Gründe gleichwertig. Pflegepersonal und therapeutische Berufe nannten den Schutz der Patienten etwas seltener.
Auch bei den Gründen für die Nichtteilnahme gab es Unterschiede. Bei Ärzten standen organisatorische Gründe und Zeitmangel an erster Stelle. Das Pflegepersonal hatte eher Angst vor den Nebenwirkungen, während die therapeutischen Berufe Influenza für sich als ungefährlich einstuften und deshalb keinen Grund für eine Impfung sahen. Die Ergebnisse untermauern eine Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2012. Damals sagten nur 43 % des medizinischen Personals, die jährliche Grippeimpfung sei „besonders wichtig". Zum Vergleich: In der Gesamtbevölkerung waren 47 % dieser Auffassung.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, www.ärzteblatt.de

Anhang B8 – Wissenschaftliches Poster

MINDMAP
Promoting mental well-being and healthy ageing in cities

HORIZON 2020

Dapp U[1], Neumann L[1], Jacobsen W[1], von Renteln-Kruse W[1], Avendano-Pabon M[2], van Lenthe F[3] for the MINDMAP Consortium
1: Albertinen-Haus, Centre of Geriatrics and Gerontology, Scientific Department at the University of Hamburg
2: King's College London, Department of Social Science, Health and Medicine 3: Erasmus University Rotterdam, Department of Public Health

THE MINDMAP CONSORTIUM – SURVEY ON MENTAL HEALTH PROMOTION AND MENTAL DISORDER PREVENTION FOR OLDER PEOPLE IN CITIES

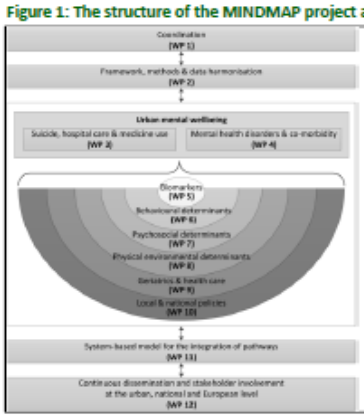
Background

Major depressive disorder, dementia, anxiety disorders, and substance abuse affect a substantial part of the European older population. Over 70% of Europeans reside in cities, and this percentage will increase in the next decades. Urbanization and ageing have enormous implications for public mental health. Cities pose major challenges for older citizens, but also offer opportunities for the design of policies, clinical and public health interventions that promote mental health.

Aim of the MINDMAP project

The overall aim of the MINDMAP project (2016 – 2019) is to identify the opportunities offered by the urban environment for the promotion of mental wellbeing and cognitive function of older individuals in Europe (Fig. 1). To achieve this, the project will advance understanding by bringing together longitudinal studies across cities in Europe, the US and Canada to unravel the causal pathways and multi-level interactions between the urban environment and the individual determinants of mental wellbeing in older age. The project will examine the causes of variation in mental well-being and disorders in old age both within as well as between cities and identify national and urban policies for the prevention and early diagnosis of mental conditions and disorders of older people. Knowledge will significantly contribute to the establishment of preventive strategies in urban settings to promote the mental dimension of healthy ageing; reduce the negative impact of mental disorders on co-morbidities; and preserve cognitive function in old age (www.mindmap-cities.eu).

Figure 1: The structure of the MINDMAP project and brief description of the 12 MINDMAP work packages (WP)



WP 1: Overall project coordination, relying on the expertise in leading successful European projects
WP 2: The development of a conceptual model linking the urban environment to mental health and cognitive function in the context of ageing, and the construction of a data platform of 10 international harmonized longitudinal urban cohorts of ageing covering 16 cities in Europe, Canada and the US (Fig. 2)
WP 3, WP 4: impact of urban environmental characteristics on register-based mental health and cognitive health outcomes, including the years lived without mental health disorders, and reported morbidity
WP 5: The harmonization and analysis of data on biomarkers of mental health across urban cohorts and the assessment of the interaction between genes and the urban environment, including epigenetic analyses
WP 6, WP 7, WP 8: The study of the pathways linking the urban environment to mental health and cognition via lifestyle behaviour (WP 6), social influences (WP7) and mobility patterns in the built environment (WP 8)
WP 9: A survey on mental health care planning programmes, policies & strategies and the study of the link between the urban environment & the geriatric functioning continuum to identify intervention target groups
WP 10: The analysis of the impact of 'health-in-all' and mental health policies on the mental dimension of healthy ageing
WP 11: The development of an integrative agent-based model to simulate the impact of policies and prevention strategies on mental health in urban environments
WP 12: A strong dissemination and communication strategy for translational actions and exchange with European, national and regional policy makers and stakeholders in mental health policy

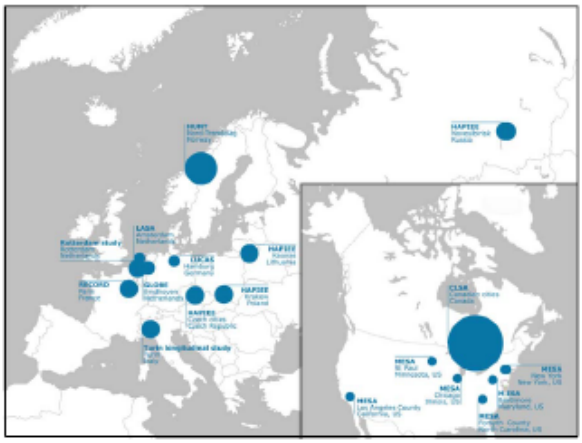
WP 9: Survey on health care planning policies & strategies that address mental health promotion and mental disorder prevention for older people

What is it about?
Information from this survey will help to identify programmes & providers as well as policies & strategies addressing the broad range of mental health, starting with mental health promotion and mental health disorder prevention followed by treatment and recovery for older people. The focus is on the heterogeneous older population - a dedicated robust and non-robust, but predominantly not disabled risk group - among the increasing proportion of senior citizen.

Why should you participate in the survey?
"The ageing of populations thus demands a comprehensive public-health response." [1] Your contribution to this survey bares the unique opportunity to perform an inventory of any programmes, providers, determinants of mental wellbeing in your city in order to cope best with challenges of demographic changes. Furthermore, participants will receive survey results.

How can you participate in the survey?
Please search carefully for the person in your city, who has a broad knowledge about health care planning strategies and policies, e.g. the head of the Health Department in the Ministry of Health, Social Care and Consumer Protection. For further questions and assistance please contact Ms Wienke Jacobsen (forschung@albertinen.de) who is happy to guide you through the survey and provide you with further information. The questionnaire should be filled in by hand and preferably scanned and sent back to forschung@albertinen.de by 15th December 2016.

Figure 2: The MINDMAP Cohorts and Cities



Reference:
[1] World Health Organization. World Health Report on ageing an health. 2015; Luxembourg; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

MINDMAP is funded by the European Commission HORIZON 2020 research and innovation action 887881 (www.mindmap-cities.eu)
LUCAS is funded by the Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) BMBF Fkz: LUCASI: 01ET0708, LUCASII: 01ET1002A, LUCASIII / PROLONG HEALTH: 01EL1407

Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus gemeinnützige GmbH
Scientific Department at the University of Hamburg
Sütelstraße 11a, D-22459 Hamburg, Germany
www.geriatrie-forschung.de

Anhang C – Promotionsvorhaben

Anhang C1 – Transkriptionsregeln

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.

- Vorhandene **Dialekte** oder falsche Vokabeln, die direkt vom Interviewpartner berichtigt wurden, werden nicht mit transkribiert. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d. h. an das Schriftenglisch angenähert.

- Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden durch Ersetzung mit dem Verweis (anonym) **anonymisiert**:
  And (name), you are the senior planning officer of the health care planning, right?

- Deutliche, **längere Pausen** (länger als 5 Sek.) werden durch Auslassungspunkte *(...)* markiert.
  „So, it all fits together really, and dementia is a part of healthy ageing“. (…)

- **Satzabbrüche** werden durch „--„ markiert, Bsp.:
  „So, that it is a very -- you know very many disciplines and professions come together.“

- **Unverständliche Äußerungen** werden durch (-) markiert, z.B.:
  „We are actually (-) them, it is getting more important“.

- Besonders **betonte Begriffe** werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet, Bsp.:
  „I mean every condition has components of mental health that have to be considered“.

- **Einwürfe** der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt, Bsp.:
  “Like the migrants or the lonely? (I: No, the lonely older people.) Well, that is the thing.”

- **Lautäußerungen** der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert, z.B.:
  „Now they have finished, but earlier they made a lot of research and involved people that are under 75, but now they are learning to ask also older people (laughing)“.

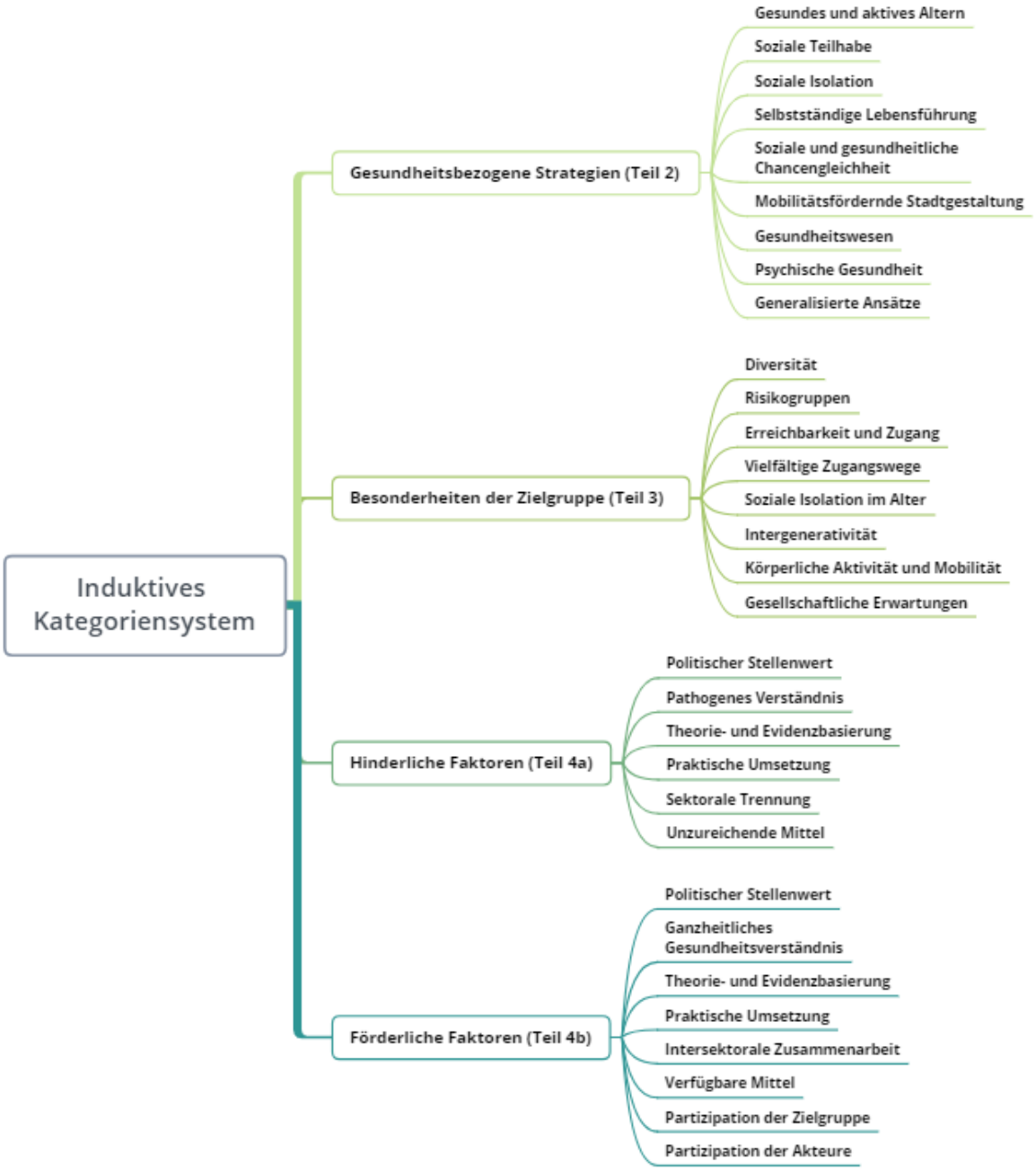
- Die **interviewende Person** wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „E“, mit der vorherigen Kennung aus den ersten drei Buchstaben der jeweiligen Stadt sowie einer chronologischen Nummerierung gekennzeichnet. Bsp.:
    - Experten: E1_HAM
    -
- **Sprecherwechsel** werden durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern, deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

- Das gespeicherte Wordtranskript muss nicht aufwändig formatiert werden, da es in Maxqda eingelesen wird. Es sind nur folgende **Formatierungen** notwendig:
    - Schriftart: Arial; Schriftgröße: 11; Absatz: 1,0; Blocksatz
    - Jedes Transkript erhält folgende Kopfzeile, Bsp.:

MINDMAP Partner:	MINDMAP partner XY
Interviewer:	Wienke Jacobsen (I)
Interview-partner:	XY
Date of the interviews:	XY
Place of the interview:	phone call
Interview-duration:	XY minutes
Transcribed by:	Wienke Jacobsen

Angelehnt an: Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2007). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis* (S.27-28). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Anhang C2 – Kategorienbaum Teile 2 bis 4a+b



Persönliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und andere als in der Dissertation angegebene Hilfsmittel nicht benutzt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen, dem Internet und mündlicher Kommunikation) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos unter genauer Quellenangabe als solche kenntlich gemacht. Zentrale Inhalte der Dissertation sind nicht schon zuvor für eine andere Qualifikationsarbeit verwendet worden. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe sogenannter Promotionsberaterinnen bzw. Promotionsberater in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar Geld oder geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Auf die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer, auch fahrlässigen, falschen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung und die Bestimmungen der §§ 156, 161 StGB bin ich hingewiesen worden.“

Ort, Datum Unterschrift