

Brüchert, Tanja; Quentin, Paula

Alternsgerechte Quartiere

URN: urn:nbn:de:0156-0853290



CC-Lizenz: BY-ND 3.0 Deutschland

S. 353 bis 365

Aus:

Baumgart, Sabine; Köckler, Heike; Ritzinger, Anne; Rüdiger, Andrea (Hrsg.):
Planung für gesundheitsfördernde Städte

Hannover 2018

Forschungsberichte der ARL 08

Tanja Brüchert, Paula Quentin

ALTERNSGERECHTE QUARTIERE

Gliederung

- 1 Einleitung
- 2 Das Zusammenspiel von Mensch, Umwelt und Gesundheit im Alter
- 3 Die Bedeutung des Wohnumfelds für aktives Altern
- 4 Quartiersbezogene Ansätze zur Gesundheitsförderung im Alter
- 5 Fazit und Ausblick
Literatur

Kurzfassung

Angesichts des zunehmenden Anteils Älterer an der Bevölkerung stehen Städte und Gemeinden vor neuen Anforderungen an Versorgung, Verkehr und öffentliche Räume. Der Gestaltung eines Wohnumfelds für ein gesundes und aktives Altern kommt eine hohe Bedeutung zu, da Ältere hier besonders viel Zeit verbringen. Ein fußgänger- und radfahrfreundliches Quartier, das Rastmöglichkeiten und sichere Straßenquerungen bietet, schafft die Voraussetzungen für aktive Fortbewegung und eine Vielzahl außerhäuslicher Aktivitäten und unterstützt somit die gesellschaftliche Teilhabe Älterer. Internationale Leitlinien, nationale Initiativen und lokale Aktivitäten quartiersbezogener Ansätze zur Gesundheitsförderung im Alter geben bereits gute Beispiele für die Umsetzung. Eine differenzierte Betrachtung des Alterns und eine Fokussierung auf gesundheitsförderliche Verhältnisse verdeutlichen die Notwendigkeit eines gemeinsamen Handelns von Gesundheitsförderung und Stadtplanung zur Gestaltung altersgerechter Quartiere.

Schlüsselwörter

Alternsgerechte Quartiere – Altern im Quartier – gesundes Altern – Teilhabe – Bewegungsförderung

Age-friendly neighbourhoods

Abstract

In the face of an ageing population, cities and communities are confronted with new requirements concerning daily supply, transport and public space. The supportive design of neighbourhoods for active and healthy ageing is extremely important as elderly people spend most of their time in the immediate surroundings. Walkable and bikeable neighbourhoods that offer places to rest and safe street crossings enable the elderly to remain active and pursue many outside activities, thereby enhancing their social participation. There are international guidelines, national initiatives and local neighbourhood-related approaches to health promotion in old age that serve as good

examples for implementation. A differentiated view on ageing and a focus on healthy environments underscore the necessity of joint action by health promotion and urban planning to design age-friendly neighbourhoods.

Keywords

Age-friendly neighbourhoods – ageing in place – healthy ageing – social participation – physical activity promotion

1 Einleitung

Durch den Geburtenrückgang und eine gestiegene Lebenserwartung wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten eine größere Zahl älterer und sehr alter Menschen einer kleineren Gruppe an Kindern, Jugendlichen und erwerbstätigen Erwachsenen gegenüberstehen. Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren, deren Anteil 2013 21% der Gesamtbevölkerung in Deutschland ausmachte, wird in den nächsten 20 Jahren besonders stark wachsen. Im Jahr 2060 wird bereits jeder Dritte 65 Jahre oder älter sein (32%) (Statistisches Bundesamt 2015: 48). Mit der Zunahme des Anteils Älterer geht eine Diversifizierung der Gruppe der Älteren einher. Älter werden ist ein lebenslanger Prozess, der jeden Menschen betrifft, aber durch unterschiedliche Biografien verschiedene Richtungen einnehmen kann. „Alter“ ist demnach sehr individuell und „die Älteren“ sind keine homogene Gruppe. Um dem Prozesscharakter des Alterns auch sprachlich gerecht zu werden, wird hier explizit die Begrifflichkeit „alternsgerecht“ verwendet.

Den mit den Alterungsprozessen sowie gesamtgesellschaftlichen Internationalisierungs- und Diversifizierungstendenzen einhergehenden differenzierten Bedürfnissen Älterer muss Rechnung getragen und eine förderliche Ausgangslage für alle Älteren geschaffen werden. Sinnvoll ist eine Hinwendung zu den Umweltverhältnissen und Lebensbedingungen auf Quartiersebene. Quartiere werden dabei zugleich als physisch-räumliche Einheit und in einem lebensweltlichen Verständnis als „Orte alltäglicher sozialer Interaktionen“ (Bär 2015: 31) verstanden.¹ Die Interaktion mit der physischen und sozialen Umwelt trägt nachweislich zur Gesundheit und Lebensqualität bei. Da sich ältere Menschen hauptsächlich in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld aufhalten, rückt dessen gesundheitsförderliche Gestaltung besonders in den Vordergrund. Anpassungen der Lebensumwelt an eine alternde Gesellschaft sollen es den Menschen ermöglichen, die gewonnenen Lebensjahre mit möglichst hoher Lebensqualität und in guter Gesundheit zu erleben.

Die veränderten Altersstrukturen und die Bedürfnisse Älterer sind somit ein zentrales Thema für die Entwicklung von Städten und Quartieren. Es ergeben sich neue Anforderungen an die Versorgung mit Waren und Dienstleistungen, den öffentlichen Verkehr, aber auch die Gestaltung öffentlicher Räume – um nur einige Bereiche zu nennen, in denen sich die Städte und Gemeinden mehr als bisher auf eine alternde und vielfältigere Gesellschaft einstellen müssen. Der Deutsche Städtetag stellte bereits

¹ Sofern zitierte Studien und Projekte abweichend den Begriff Stadtteil verwenden, wurde dieser beibehalten.

2006 in einem Arbeitspapier fest: „Der demografische Wandel hat Folgen für alle Dimensionen des kommunalen Handelns“ (Deutscher Städtetag 2006: 4). Die Alters- und Internationalisierungsprozesse fallen dabei regional unterschiedlich stark aus und können, bedingt durch innerdeutsche Wanderungsbewegungen und internationale Zuwanderung, in den Städten und Gemeinden sowohl mit Wachstums- als auch mit Schrumpfungsprozessen einhergehen (Bertelsmann Stiftung 2013: 9).

Die Synergien zwischen einer gesundheitsfördernden und altersgerechten Stadt- und Quartiersentwicklung treten durch ein differenzierteres, prozesshaftes Verständnis von Alter besonders deutlich zutage. Diese Perspektive eröffnet neue Handlungsoptionen für Städte und Gemeinden im Allgemeinen sowie die Zusammenarbeit zwischen Stadtplanung und Gesundheitsförderung im Speziellen. Dabei stellen sich die Fragen, welche Faktoren gesundes Altern bedingen, welche Rolle die unmittelbare und gewohnte Umwelt für gesundes Altern spielt und wie Quartiere altersgerecht gestaltet werden können.

2 Das Zusammenspiel von Mensch, Umwelt und Gesundheit im Alter

Unter dem von der WHO verwendeten Begriff des „Active Ageing“ also „Aktiven Alterns“ versteht man „den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (WHO 2002: 12). Mit einem Fokus auf Selbstbestimmtheit und soziale Teilhabe wird ein über Gesundheit im engeren Sinne hinausgehendes, umfassenderes Verständnis von Lebensqualität verfolgt. Altern wird hierbei explizit als Teil eines kontinuierlich fortschreitenden Lebens verstanden.

Im Laufe des Lebens führen biologische Prozesse unwillkürlich zu einer Abnahme der Muskelstärke und der Beweglichkeit der Gelenke. Zudem sind die Sinne in vielen Fällen vermehrt beeinträchtigt. Dies führt oft zu Verunsicherung und einer erhöhten Sturzanfälligkeit. Viele alltägliche Tätigkeiten, gerade außerhalb der eigenen Wohnung, die für eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bedeutsam sind, werden hierdurch erschwert. Wie schnell und in welcher Intensität diese Prozesse verlaufen und ab welchem Grad eine körperliche Einschränkung auch die soziale Teilhabe beschränkt, ist jedoch von vielen Einflussfaktoren, darunter auch umweltbezogenen Faktoren, abhängig. In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung werden die Zusammenhänge zwischen Mensch und Umwelt und deren Auswirkungen auf die Gesundheit in sozial-ökologischen Modellen beschrieben, wie in Abb. 1 dargestellt.

Der Mensch mit seinen individuellen biologischen Voraussetzungen steht im sozial-ökologischen Modell im Zentrum. Seine Gesundheit entsteht im Austausch mit der Ebene der sozialen Interaktion und Unterstützung, mit der Ebene der kontextuellen Faktoren wie dem Quartier und mit der Ebene der politischen und administrativen Rahmenbedingungen. Sie werden auch als Verhältnisebenen bezeichnet und ihre Beschaffenheit kann das menschliche Verhalten und die menschliche Gesundheit positiv wie negativ beeinflussen (Sallis/Bauman/Pratt 1998: 380). Jeder Mensch ist diesen Faktoren im täglichen Leben ausgesetzt, in unterschiedlicher Intensität und Dauer

(Claßen/Heiler/Brei 2012: 114). Sozial-ökologische Modelle gehen davon aus, dass gesundheitsförderliches Verhalten maximiert werden kann, wenn die Umwelt, also die Verhältnisebenen, eine gesunde Wahl ermöglichen (Sallis/Owen/Fisher 2008). Die Entscheidung, zu Fuß zum Supermarkt zu gehen, fällt demzufolge leichter, wenn sich die Person auf dem Weg sicher fühlt, beispielsweise durch Fußwege ohne Stolperquellen und eine sichere Querungsmöglichkeit an Straßen.



Abb. 1: Sozial-ökologisches Modell zur Erklärung von körperlicher Aktivität / Quelle: Adaptiert nach McLeroy/Bibeau/Steckler et al. (1988); Sallis/Bauman/Pratt (1998)

Das sozial-ökologische Modell bildet die Grundlage für die lebensweltlichen Ansätze der WHO zur Gesundheitsförderung, die bereits in der Ottawa-Charta 1986 formuliert wurden (siehe Beitrag Hornberg/Liebig-Gonglach/Pauli in diesem Band). Ausgehend von diesem engen Zusammenhang zwischen Mensch und Umwelt und dem prozessualen Charakter des Alterns, gilt es, Rahmenbedingungen zu erkennen und zu schaffen, die ein gutes Erleben des Alterns ermöglichen. Quartiere müssen Strukturen und Dienstleistungen aufweisen, die die Produktivität und das Wohlbefinden ihrer Bewohnerinnen und Bewohner fördern. Besonders ältere Menschen, die unter Einschränkungen leiden, benötigen unterstützende und befähigende Lebenswelten, durch die sie die altersbedingten körperlichen und sozialen Einschränkungen kompensieren können und die es ihnen ermöglichen, möglichst lange im gewohnten Umfeld zu verbleiben.

3 Die Bedeutung des Wohnumfelds für aktives Altern

Im Alter steigt die Bedeutung des unmittelbaren räumlichen Umfelds, da sich die Menschen dort die meiste Zeit des Tages aufhalten. Die Ergebnisse der Erhebung „Mobilität in Deutschland“ (MiD) 2008 zeigen, dass in der Altersspanne von 65 bis 74 Jahren zwar die Anzahl der Wege und die Unterwegszeit in Minuten pro Tag auf ähnlichem Niveau bleiben wie die der jüngeren Altersgruppen, die zurückgelegte Tagesstrecke wird jedoch kürzer. Eine deutlichere Reduzierung der Tagesstrecke, nun aber auch einhergehend mit einer kürzeren Unterwegszeit und einer geringeren Anzahl von Wegen pro Tag, erfolgt dann für die Gruppe der über 74-Jährigen (infas/DLR 2010: 75). Die Wege werden überwiegend zu Fuß zurückgelegt. So zeigt eine Studie in drei unterschiedlichen Stadtteilen von Frankfurt, dass die 70–79-Jährigen auf 54% der Wege zu Fuß gehen, bei den 80–89-Jährigen sind es sogar 58%. Dieser hohe Anteil an zu Fuß zurückgelegten Wegen deutet darauf hin, dass die fußläufige Erreichbarkeit von hoher Bedeutung für die Erfüllung alltäglicher Bedürfnisse Älterer ist. In beiden Altersgruppen dient das Unterwegssein in den meisten Fällen dem Einkauf (37%), der Erholung (26%), der Gesundheit (14%), dem sozialen Austausch (13%) oder kulturellen Aktivitäten (7%) (Oswald/Konopik 2015: 403). Beim Einkauf, Spaziergang oder bei einer Kaffeetafel trifft man zudem Freunde und Nachbarn und tauscht Neuigkeiten aus. Manche Ältere engagieren sich in der Kirche oder Vereinen und leisten so einen Beitrag für die Allgemeinheit. Die außerhäuslichen Aktivitäten und die damit verbundenen sozialen Interaktionen unterstützen nachweislich den Erhalt der Lebensqualität und des Wohlbefindens und tragen so zu mehr Gesundheit im Alter bei (Silverstein/Parker 2002: 539 ff.).

Zufußgehen, aber auch Fahrradfahren, kommt einerseits die Bedeutung zu, außerhäusliche Aktivitäten zu ermöglichen, die Selbstständigkeit zu erhalten und die Teilhabe am sozialen Leben zu unterstützen. Andererseits sind Zufußgehen und Fahrradfahren zwei Formen moderater Aktivität, die im Verhältnis zu Joggen oder intensivem Training leicht auszuführen sind, ein geringes Verletzungsrisiko aufweisen, kostengünstig sind und fast überall ausgeführt werden können. Die Förderung körperlicher Aktivität im Alter erweist sich hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Beweglichkeit und der Muskelkraft, aber auch in Hinblick auf die Prävention sogenannter Zivilisationskrankheiten und die Förderung des psychischen Wohlbefindens als effektiv (Herrmann/Hebestreit/Ahrens 2011: 50 f.; Lee/Shiroma/Lobelo et al. 2012: 4 ff.). Bereits das tägliche Zufußgehen von 15 Minuten erhöht die Lebenserwartung um bis zu 3 Jahre (Wen/Wai/Tsai et al. 2011: 1249).

Körperliche Aktivität kann dabei ausgehend vom sozial-ökologischen Modell (Abb. 1) durch Umwelten, die dazu einladen, alltägliche Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurückzulegen, gefördert werden (zu städtebaulichen Merkmalen zur Bewertung der Walkability und für die Planung von bewegungsanimierenden Quartieren siehe Beitrag Tran in diesem Band). Gesundheitswissenschaftliche Studien kommen zu dem Schluss, dass verschiedene kontextuelle Interventionen, wie beispielsweise der Ausbau von Fahrradwegen, (sichere) Parkmöglichkeiten für das Fahrrad oder die Einschränkung des motorisierten Individualverkehrs durch Parkgebühren oder eine Citymaut, mit ei-

nem Anstieg des Anteils von Fahrradfahrern in verschiedenen Ländern Europas und Nordamerikas in Zusammenhang stehen (vgl. Pucher/Buehler 2008; Pucher/Dill/Handy 2010).

Bei älteren Menschen unterstützen breite, ebene Fußwege, kurze Wege und ausreichend Zugang zu Dienstleistern und Geschäften, aber auch attraktive Straßenzüge und Rastmöglichkeiten das tägliche Zufußgehen (vgl. Moran/van Cauwenberg/Hercky-Linnewiel et al. 2014). Eine Studie aus Belgien mit fast 49.000 Personen im Alter von 65 Jahren und älter zeigte zudem, dass das Vorhandensein von Dienstleistungen und die Zufriedenheit mit dem ÖPNV in der Nachbarschaft positiv mit Fahrradfahren im Alltag assoziiert ist. Schlechte Fußwege und Unsicherheitsgefühle in der Wohnumwelt korrelierten dabei mit weniger zu Fuß zurückgelegten Wegen. Für Frauen, die auf dem Land wohnen, war des Weiteren die Straßenbeleuchtung ein wichtiger Faktor, häufiger aktiv unterwegs zu sein (vgl. Van Cauwenberg/Clarys/de Bourdeaudhuij et al. 2012). Für dörflich geprägte Quartiere können auch nachbarschaftliche Kontakte und die Identifikation mit dem Quartier von Bedeutung sein, wie eine in Deutschland durchgeführte Studie zeigt. Diese quartiersbezogene Identität, die soziale Zusammengehörigkeit im Quartier und das Ausmaß der außerhäuslichen Aktivität tragen in Kombination mit besserer physischer Kondition demnach zum Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner bei (Oswald/Konopik 2015: 404 ff.).

In Bezug auf die Bewegung im Quartier spielen auch ästhetische Aspekte und das Sicherheitsgefühl für ältere Menschen eine große Rolle, welche in städtischen und ländlichen Gebieten stark differieren kann. Studien in den Niederlanden zeigen, dass ein Unsicherheitsgefühl, fehlende Grünflächen, Leerstand, heruntergekommene Bauten und Müll auf den Wegen, vermehrter Autoverkehr, aber auch monotone Bebauung dazu beitragen können, dass die Menschen und insbesondere die ältere Generation nicht gerne allein in ihrem Quartier unterwegs sind (Kamphuis/van Lenthe/Giskes et al. 2009: 4 ff.; Kremers/de Bruijn/Visscher et al. 2012: 3; Kramer/Maas/Wingen et al. 2013: 6). Ältere Menschen fühlen sich zudem auch durch Sicherheitsaspekte im Verkehr, wie Fahrzeuge mit zu hoher Geschwindigkeit oder fehlende sichere Straßenquerungen, verunsichert, ob sie ihre Wege allein aktiv zurücklegen können (Zander/Passmore/Mason et al. 2013: 3; Van Cauwenberg/van Holle/de Bourdeaudhuij et al. 2014: 7).

Bewegung im Wohnumfeld wirkt sich positiv auf die physische Gesundheit aus und ermöglicht zugleich eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zufußgehen und Fahrradfahren als aktive Formen der Fortbewegung lassen sich dabei durch eine Vielzahl von Gestaltungselementen fördern oder auch einschränken. Der Gestaltung des Wohnumfelds und anderen quartiersbezogenen Ansätzen der Gesundheitsförderung kommt deshalb eine tragende Rolle in Bezug auf ein aktives Leben bis ins hohe Alter zu.

4 Quartiersbezogene Ansätze zur Gesundheitsförderung im Alter

Die Verknüpfung der Themen Alter, Gesundheit und Wohnumfeld findet sich in Leitlinien und Programmen auf unterschiedlichen Ebenen wieder: von der WHO-Leitlinie „Global Age-friendly Cities“ (WHO 2007) über das nationale Gesundheitsziel des Bun-

des „Gesund älter werden“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012) bis zum „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ (MPEGA NRW 2013) im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Die Umsetzung erfolgt schließlich in Städten und Gemeinden, wie die beispielhaft angeführten Preisträger des Wettbewerbs „Gesund älter werden in der Kommune“ verdeutlichen.

Die 2007 von der WHO veröffentlichte Leitlinie „Global Age-friendly Cities – A Guide“ (WHO 2007) basiert auf einer Befragung älterer Bewohnerinnen und Bewohner in 33 Städten weltweit. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen in den acht Handlungsfeldern Freiflächen und Gebäude, Verkehr, Wohnen, soziale Teilhabe, soziale Inklusion, Beteiligung und Beschäftigung, Kommunikation und Information sowie Unterstützung und Gesundheitsdienstleistungen sind jeweils in einer Checkliste zusammengefasst. Als wichtige Faktoren für die altersfreundlichen Städte und Quartiere benennt die WHO-Leitlinie die Beleuchtung und öffentliche Toiletten, den Zugang zu Dienstleistern und Zielen des täglichen Lebens sowie sichere Straßenquerungen und ebene Fußwege. Des Weiteren wird die Bedeutung des öffentlichen Personennahverkehrs, aber auch alternativer Transportmöglichkeiten wie Taxis oder Bürgerbusse für die Älteren verdeutlicht. Zudem sollen die Transportmittel bezahlbar sein. Ebenfalls hervorgehoben werden Rücksichtnahme und Wertschätzung in der sozialen Interaktion. Es wird dargelegt, dass sich ältere Menschen wünschen, am Quartiersleben teilhaben und etwas beitragen zu können, ohne von anderen Generationen isoliert zu werden (vgl. WHO 2007).

Das für gesundheitsfördernde Stadtentwicklung in vieler Hinsicht maßgebende Gesunde Städte-Netzwerk der WHO, welches weltweit agiert und auch viele Mitgliedskommunen in Deutschland aufweist, hat von 2003 bis 2007 das Thema „Gesundes Altern“ zur obersten Priorität ernannt und mit mehreren Städten auch an der Entwicklung der Leitlinie „Global Age-friendly Cities: A Guide“ mitgewirkt. Eine Evaluation der Aktivitäten von 32 europäischen Mitgliedsstädten des Gesunde Städte-Netzwerks untersucht die Verstetigung dieser Ansätze im Zeitraum von 2007 bis 2012. Als wesentliche Stärken der lokal ausgearbeiteten und umgesetzten Maßnahmen werden die integrierte Herangehensweise an die gebaute Umwelt, die soziale Umwelt und die medizinische und sonstige Versorgung sowie der politische Wille zur Investition in förderliche Lebensumwelten und zur Beteiligung der älteren Bevölkerung an den Entwicklungsprozessen genannt (Jackisch/Zamaro/Green et al. 2015: 115 f.).

In der deutschen Gesundheitspolitik wird gesundes Altern beispielsweise mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2012 ausgerufenen nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ adressiert. Als Teilziele werden u. a. die Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen, eine Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen sowie eine Minderung der gesundheitlichen Risiken und eine Stärkung bzw. Erhaltung der körperlichen Aktivität und Mobilität älterer Menschen benannt. Weitere Teilziele beziehen sich auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung, Demenzkranken und multimorbiden älteren Menschen. „Gesund älter werden“ setzt im Gegensatz zur Leitlinie der WHO keinen Schwerpunkt auf die Stadt als Handlungsraum, die Bedeutung des Wohnumfeldes und der wohnortnahen Infrastruktur wird aber dennoch herausgestellt. Die Festschreibung der nationalen Gesundheitsziele und die vorgeschlagenen

Maßnahmen sollen relevante Akteure in und außerhalb des Gesundheitswesens zu einem Prozess des gemeinsamen Handelns zur Erreichung der Ziele anregen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Einen dezidiert quartiersbezogenen Ansatz zur Gesundheitsförderung im Alter verfolgt das Land Nordrhein-Westfalen. Der „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) orientiert sich an dem Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange im gewohnten Umfeld zu verbleiben und stellt das selbstbestimmte Leben in gewohnter Umgebung ins Zentrum. Das Quartier wird hierbei als entscheidende räumliche Einheit verstanden (siehe Abb. 2). Hier müssen die Möglichkeiten zur Versorgung beispielsweise mit Lebensmitteln, aber auch mit Post- und Finanzdienstleistungen sowie zur grundlegenden Gesundheitsversorgung gegeben sein. Außerdem muss ein differenziertes Angebot an altengerechtem Wohnraum, z. B. in Wohngemeinschaften, oder die Möglichkeit zum Umbau der eigenen Wohnung bestehen. Große Bedeutung kommt außerdem den sozialen Kontakten in der Nachbarschaft und der aktiven Einbindung in Entscheidungsprozesse zur Quartiersentwicklung zu (MGEPA NRW 2013: 24 ff.). Die Städte und Gemeinden werden durch eine Projektlandkarte, einen internetbasierten Modulbaukasten sowie weitere Beratungs- und Vernetzungsangebote bei der Erarbeitung eigener Ansätze und Maßnahmen unterstützt. Seit 2015 stellt das Land Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Landesförderplans „Alter und Pflege“ auch Mittel zur altengerechten Quartiersentwicklung zu Verfügung. Gefördert werden z. B. die Stelle einer koordinierenden Person, die Entwicklung von Quartierskonzepten und die Entwicklung von (Nah-)Versorgungskonzepten.

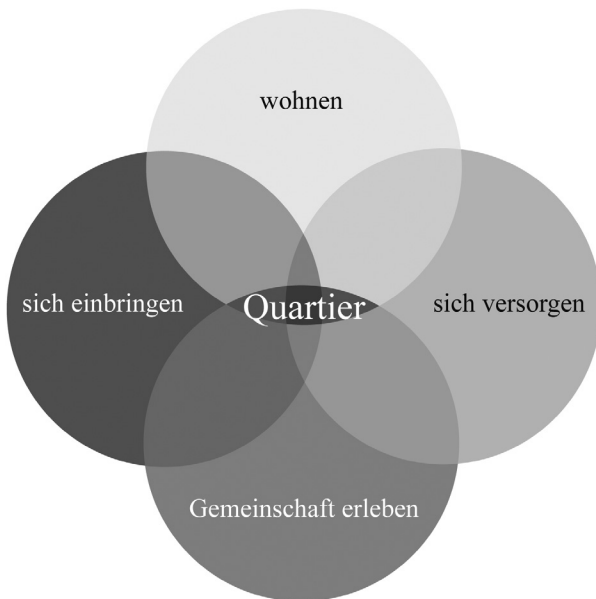


Abb. 2: Das Quartier als Bezugspunkt der vier Handlungsfelder im „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ / Quelle: Adaptiert nach Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW o. J.

Um, aufbauend auf dem nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“, die Kommunen als Orte und Akteure der Gesundheitsförderung stärker in den Fokus zu nehmen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. und den kommunalen Spitzenverbänden 2015 erstmals den Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune“ ausgelobt. Schwerpunktthema der ersten Ausschreibung war die Förderung von Bewegung und Mobilität im Alter, die als eine Querschnittsaufgabe beschrieben wird, die über den Gesundheitsbereich hinausgeht (Deutsches Institut für Urbanistik 2016: 9 f.).

Ausgezeichnet wurde beispielsweise die Stadt Köln, die seit 2007 im Gesundheitsamt über ein Kompetenzzentrum zu Gesundheit im Alter und seit 2008 über eine gesonderte Anlaufstelle zur Gesundheitsförderung im Alter verfügt. Die Gesundheitsförderung soll in kleinteiligen Stadtteilstrukturen verankert werden und somit einen Beitrag zur Förderung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im Alter leisten. Als eine Maßnahme erarbeitet das Gesundheitsamt Stadtteilrundgänge und veröffentlicht diese als Broschüren. Die sogenannten „Rundgänge mit Tiefgang“ führen auf maximal 3 Kilometern Länge zu Sehenswürdigkeiten und Eigentümlichkeiten einzelner Stadtteile, enthalten aber auch Hinweise zu Sitzgelegenheiten, Toiletten und Barrierefreiheit (Deutsches Institut für Urbanistik 2016: 9, 42 ff.).

Ebenfalls ausgezeichnet wurde die Landeshauptstadt Stuttgart. Unter Federführung des Amtes für Sport und Bewegung arbeiten hier mehrere Ressorts der Stadtverwaltung zusammen, wobei die Aktivitäten der Sportentwicklung, partizipativen Altersplanung und Stadtentwicklung in einem gesamtstädtischen Aktionsplan zur Bewegungsförderung zusammenfließen. In Stuttgart-Neugereut, Gebietskulissee des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“, wurde auf diese Weise der runde Tisch „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gegründet, der unter anderem an einem Grün- und Freiflächenkonzept für den Stadtteil und einem Bewegungsparcours mitwirkt und so direkten Einfluss auf die Gestaltung des Wohnumfeldes nimmt (Deutsches Institut für Urbanistik 2016: 9, 46 ff.).

Auch kleinere Städte und Gemeinden fördern Bewegung, Mobilität und soziale Teilhabe im Alter. Als Beispiel ist hier die Gemeinde Dötlingen in Niedersachsen zu nennen, die für ihren aktiven Umgang mit dem Alterungsprozess der Bewohnerschaft und dem Fortzug Älterer in benachbarte Gemeinden ausgezeichnet wurde. Breites zivilgesellschaftliches Engagement mündete hier in der Gründung eines Vereins und einer Genossenschaft sowie der Einrichtung einer zuständigen Halbtagsstelle in der Verwaltung. Unter dem Leitspruch „Wi helpt di“ wurde eine kommunale Strategie zum Leben im Alter erarbeitet, die sich neben der Schaffung von angemessenen Wohn- und Pflegeangeboten insbesondere auf ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe stützt. Zu Bewegung und Mobilität tragen zum Beispiel ein zum Mehrgenerationenplatz ausgebauter Kinderspielplatz (siehe Abb. 3) und die „Dötlinger Bank“ (siehe Abb. 4) bei. Auf dieser Bank können sich Menschen niederlassen, die auf eine Mitfahrgelegenheit innerhalb des Ortes oder in die Kreisstadt warten (Deutsches Institut für Urbanistik 2016: 58 ff.).



Abb. 3: Der Mehrgenerationenplatz „Für Jung und Alt“ in der Gemeinde Dötlingen im Ortsteil Neerstedt / Quelle: Paula Quentin



Abb. 4: Die „Dötlinger Bank“ in der Gemeinde Dötlingen, hier vor der Apotheke im Ortsteil Neerstedt / Quelle: Paula Quentin

In der räumlichen Planung kommen Quartiersansätze vor allem dann zum Einsatz, wenn verschiedene Themen integriert betrachtet und unterschiedliche Akteure aus Stadtverwaltung, Stadtpolitik und Stadtgesellschaft einbezogen werden sollen. Das quartiersbezogene Denken in der Planung ist dabei zugleich anschlussfähig an die lebensweltlich orientierten Ansätze der Gesundheitsförderung.

5 Fazit und Ausblick

Ausgehend vom Konzept des „Aktiven Alterns“ (WHO 2002) gehen gesundheitsfördernde und altersngerechte Stadt- und Quartiersentwicklung Hand in Hand. Die differenzierte Betrachtung des Alterns als Prozess unterstreicht die Bedeutung der Selbstbestimmtheit im Alter und schärft den Blick für die dazu notwendigen unterstützenden Lebensumwelten. Die in diesem Beitrag dargestellten internationalen und nationalen Leitlinien und Programme sowie die Umsetzungsbeispiele aus Städten und Gemeinden stehen beispielhaft für die aus dem Konzept des „Aktiven Alterns“ resultierende Verschränkung von Gesundheit und sozialer sowie gebauter Umwelt in verhältnisbezogenen Interventionen zur Gesundheitsförderung im Alter. Altersngerechte Quartiere zeichnen sich dabei dadurch aus, dass sie nicht nur für einen angenommenen Zustand, sondern für den gesamten Prozess des Alterns ein angenehmes und unterstützendes Wohnumfeld bieten. Durch den Fokus auf ein gesundheitsförderliches Wohnumfeld fördern sie nicht nur die Lebensqualität der Älteren, sondern aller Bewohnerinnen und Bewohner.

Die in diesem Beitrag aufgeführten Beispiele machen aber auch deutlich, dass das Ziel eines aktiven und gesunden Alterns im Quartier nicht im Gesundheitssektor allein erreicht werden kann. Gesundheitsförderung, die von einem prozessualen Altersverständnis ausgeht, muss ressortübergreifend gedacht werden und betrifft im Kontext der Stadt- und Quartiersentwicklung zwingend auch die Stadtplanung (zu integriertem Verwaltungshandeln siehe Beitrag Böhme/Dilger/Quilling in diesem Band). Der demografische Wandel kann hierbei zu einem „Türöffner“ für die Gesundheitsförderung im Quartier werden. Die Betonung von Querschnittsthemen, wie Bewegung und Mobilität, kann dazu beitragen, innerhalb der Verwaltung neue Allianzen, beispielsweise zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der räumlichen Planung, zu bilden. Der Gesundheitssektor kann dabei die differenzierte Sichtweise auf alternde Bevölkerungsgruppen unterstützen sowie gesundheitsfördernde Aspekte verdeutlichen, die gesellschaftlich von großer Bedeutung sind. Durch Bewertung und Beratung können die Gesundheitsakteure andere Sektoren in ihren Vorhaben unterstützen und gleichzeitig das Ziel des gesunden Alterns auf Bevölkerungsebene voranbringen.

Autorinnen

Paula Quentin (*1985), *Kulturwissenschaften und Urban Design, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet für Stadt- und Regionalplanung an der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund. Derzeit tätig im Forschungsprojekt „Alternd zu Fuß oder mit Fahrrad – urban mobil ohne Stress“ (AFOOT) zu Bewegungsförderung im Alter in Klein- und Mittelstädten der Metropolregion Bremen-Oldenburg mit besonderem Fokus auf Anknüpfungspunkte zwischen Stadtplanung und Public Health.*

Tanja Brüchert (*1987), *M.A. Public Health/Pflegewissenschaft; wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Sozialepidemiologie am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Derzeit tätig im Forschungsprojekt „Alternd zu Fuß oder mit Fahrrad – urban mobil ohne Stress“ (AFOOT) zu Bewegungs-*

förderung im Alter in Klein- und Mittelstädten der Metropolregion Bremen-Oldenburg mit besonderem Fokus auf Anknüpfungspunkte zwischen Stadtplanung und Public Health.

Literatur

- Bär, G. (2015): Gesundheitsförderung lokal verorten: Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. Wiesbaden.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2013): Stadt – Land – Umland: Handlungsansätze für Kommunen im demographischen Wandel. Gütersloh.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012): Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Berlin.
- Claßen, T.; Heiler, A.; Brei, B. (2012): Urbane Grünräume und gesundheitliche Chancengleichheit – längst nicht alles im „grünen Bereich“. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern, 113-123.
- Deutscher Städtetag (Hrsg.) (2006): Demografischer Wandel. Herausforderungen, Chancen und Handlungsmöglichkeiten für die Städte. Arbeitspapier des Deutschen Städtetags. Köln/Berlin.
- Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2016): Bundeswettbewerb Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil. Dokumentation. Berlin.
- Herrmann, D.; Hebestreit, A.; Ahrens, W. (2011): Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die Knochengesundheit im Lebenslauf. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55 (1), 35-54.
- infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH; DLR – Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (Hrsg.) (2010): Mobilität in Deutschland 2008: Ergebnisbericht. Struktur – Aufkommen – Emissionen – Trends. Bonn/Berlin.
- Jackisch, J.; Zamaro, G.; Green, G.; Huber, M. (2015): Is a healthy city also an age-friendly city? In: Health Promotion International 30 (S1), i108-i117.
- Kamphuis, C. B.; van Lenthe, F. J.; Giskes, K.; Huisman, M.; Brug, J.; Mackenbach, J. P. (2009): Socio-economic differences in lack of recreational walking among older adults: The role of neighbourhood and individual factors. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 6 (1), 1-11. DOI: 10.1186/1479-5868-6-1.
- Kramer, D.; Maas, J.; Wingen, M.; Kunst, A. (2013): Neighbourhood safety and leisure-time physical activity among Dutch adults: A multilevel perspective. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 10 (11), 1-10. DOI: 10.1186/1479-5868-10-11.
- Kremers, S. P.; de Bruijn, G. J.; Visscher, T. L.; Deeg, D. J.; Thomese, G. C.; Visser, M.; van Mechelen, W.; Brug, J. (2012): Associations between safety from crime, cycling, and obesity in a Dutch elderly population: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: Journal of Environmental and Public Health 2012, 1-6. DOI: 10.1155/2012/127857.
- Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW (Hrsg.) (o.J.): Handlungsfelder im Masterplan altengerechte Quartiere.NRW. <http://www.aq-nrw.de/quartier-verstehen/handlungsfelder/> (08.06.2017).
- Lee, I. M.; Shiroma, E. J.; Lobelo, F.; Puska, P.; Blair, S. N.; Katzmarzyk, P. T. (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. In: The Lancet 380 (9838), 219-229.
- McLeroy, K. R.; Bibeau, D.; Steckler, A.; Glanz, K. (1988): An ecological perspective on health promotion programs. In: Health Education Quarterly 15 (4), 351-377.
- MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2013): Masterplan altengerechte Quartiere.NRW: Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Düsseldorf.
- Moran, M.; van Cauwenberg, J.; Hercky-Linnewiel, R.; Cerin, E.; Deforche, B.; Plaut, P. (2014): Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: A systematic review of qualitative studies. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 11, 1-12. DOI: 10.1186/1479-5868-11-79.
- Oswald, F.; Konopik, N. (2015): Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48 (5), 401-407.

- Pucher, J.; Buehler, R. (2008): Making cycling irresistible: Lessons from the Netherlands, Denmark and Germany. In: *Transport Reviews* 28 (4), 495-528.
- Pucher, J.; Dill, J.; Handy, S. (2010): Infrastructure, programs, and policies to increase bicycling: An international review. In: *Preventive Medicine* 50 (Suppl. 1), 106-125.
- Sallis, J. F.; Bauman, A.; Pratt, M. (1998): Environmental and policy interventions to promote physical activity. In: *American Journal of Preventive Medicine* 15 (4), 379-397.
- Sallis, J.; Owen, N.; Fisher, E. (2008): Ecological models of health behavior. In: Glanz, K.; Rimer, B.; Viswanath, K. (eds.): *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA, 465-486.
- Silverstein, M.; Parker, M. G. (2002): Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. In: *Research on Aging* 24 (5), 528-547.
- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung, Familien, Lebensformen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Statistisches Jahrbuch: Deutschland und Internationales*. Wiesbaden, 23-74.
- van Cauwenberg, J.; Clarys, P.; de Bourdeaudhuij, I.; van Holle, V.; Verté, D.; de Witte, N.; de Donder, L.; Buffel, T.; Dury, S.; Deforche, B. (2012): Physical environmental factors related to walking and cycling in older adults: the Belgian aging studies. In: *BMC Public Health* 12 (142), 1-13. DOI: 10.1186/1471-2458-12-142.
- van Cauwenberg, J.; van Holle, V.; de Bourdeaudhuij, I.; Clarys, P.; Nasar, J.; Salmon, J.; Goubert, L.; Deforche, B. (2014): Using manipulated photographs to identify features of streetscapes that may encourage older adults to walk for transport. In: *PLoS One* 9 (11), 1-9. DOI: 0.1371/journal.pone.0112107.
- Wen, C. P.; Wai, J. P. M.; Tsai, M. K.; Yang, Y. C.; Cheng, T. Y. D.; Lee, M.-C.; Chan, H. T.; Chwen, K. T.; Shan, P. T.; Xifeng, W. (2011): Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. In: *The Lancet* 378 (9798), 1244-1253.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charter zur Gesundheitsförderung. <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (27.04.2016).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2002): Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Genf.
- WHO – World Health Organization (2007): *Global age-friendly cities: A guide*. Geneva.
- Zander, A.; Passmore, E.; Mason, C.; Rissel, C. (2013): Joy, exercise, enjoyment, getting out: A qualitative study of older people's experience of cycling in Sydney, Australia. In: *Journal of Environmental and Public Health*, 2013, 1-6. DOI: 10.1155/2013/547453.