

NEUE GESUND- HEITSNETZE KOMMU- NALE .. PRÄVENTION

Beispiele
aus der
Praxis

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor einem tiefgreifenden Wandel. Demografischer Druck, Fachkräftemangel und knappe Ressourcen fordern Kommunen, Versicherungen, Gesundheitsakteure und die Zivilgesellschaft gleichermaßen heraus. Dies gilt insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, in denen ein Mangel an tragfähigen Strukturen der Gesundheitsversorgung heute schon festzustellen ist.

Zugleich bietet der Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge, der sogenannten Babyboomer, in den Ruhestand die Chance, Prävention und Gesundheitsversorgung stärker auf ein langes, selbstbestimmtes und gesundes Leben auszurichten. Dafür braucht es niedrigschwellige, wohnortnahe und vernetzte Angebote, die ältere Menschen als aktive Mitgestaltende einbeziehen, ihre Erfahrungen und Ressourcen nutzen und zugleich gesundheitliche Risiken frühzeitig erkennen und verringern.

Die vorliegende Broschüre ist Teil des Projekts „Neue Gesundheitsnetze“, einer Gemeinschaftsstudie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Forschungsgruppe Digital Health an der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der TU Dresden. Während der erste Studienteil (2022/23) medizinische Versorgungs- und Gesundheitsnetze in ländlichen und strukturschwachen Regionen in den Blick nahm, widmet sich dieser 2025/26 entstandene zweite Teil gezielt der kommunalen Prävention – und damit der Frage, wie Menschen im Alltag möglichst lange gesund, aktiv und selbstständig leben können.

Im Mittelpunkt stehen Praxisbeispiele aus dem gesamten Bundesgebiet: Projekte, die zeigen, was heute bereits funktioniert – von bewegungsfördernden Angeboten für Ältere über Maßnahmen gegen Einsamkeit und Demenz bis hin zu generationenübergreifenden Quartiersprojekten. Die Finanzierung dieser Projekte ist dabei bewusst vielfältig: Sie reicht von Krankenkassenförderung nach dem Präventionsgesetz über kommunale Eigenmittel bis hin zu Bundes und Landesförderprogrammen, etwa des Bundesministeriums für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (BMLEH) oder der Förderrichtlinie Demografie Sachsen.

Diese Publikation ergänzt die im Internet bestehende Projektseite unter www.neue-gesundheitsnetze.de und richtet sich an die Leserinnen und Leser, die anschaulich und kompakt alle Inhalte nachlesen möchten. Sie ist in erster Linie gedacht für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in Kommunen, Landkreisen und Gesundheitswesen sowie an alle, die Versorgung und Prävention vor Ort aktiv gestalten wollen. Sie soll nicht nur informieren, sondern auch zur Übertragung bewährter Ansätze in andere Regionen einladen.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und laden Sie herzlich zum Austausch ein!

Dr. Anke Schlieker und Nils Stakowski,
PKV-Verband

Prof. Dr. Hannes Schlieter und Dr. Peggy Richter,
Forschungsgruppe Digital Health, TU Dresden

Besuchen Sie gerne die
dazu gehörige Homepage:
→ neue-gesundheitsnetze.de



Dort haben Sie auch die Möglichkeit, diese Broschüre zu bestellen und den Autorinnen und Autoren weitere, aus Ihrer Sicht wegweisende Praxisbeispiele vorzuschlagen, die in zukünftigen Auflagen Erwähnung finden sollten. Ebenso freuen wir uns über Anregungen und Kritik, welche versorgungspolitischen Schlüsse aus den Exempeln neuer Gesundheitsnetze zu ziehen sind.



06	Einleitung Gesundheitsversorgung im Umbruch
12	Überblick Vorgestellte Praxisbeispiele
14	Praxisbeispiel 1: <i>München – gesund vor Ort</i> Prävention beginnt im Quartier
18	Praxisbeispiel 2: <i>GESTALT-Projekte</i> Projekte verstetigen statt verpuffen – Was kommunale Gesundheitsförderung heute braucht
24	Praxisbeispiel 3: <i>Gesund und fit 50+</i> Wenn’s am Ehrenamt hängt – Was kommunale Bewegungstreffe leisten und was fehlt
28	Praxisbeispiel 4: <i>Generationennetz Gelsenkirchen</i> Gemeinsam statt vereinzelt – Partizipation und Netzwerkarbeit als Schlüssel zur Gesundheitsförderung
34	Praxisbeispiel 5: <i>vdek-Projekt</i> Koordinieren, vernetzen, gestalten – Quartierskoordination und Planungskreise als Motor gesundheitsfördernder Quartiere
40	Praxisbeispiel 6: <i>GiB Gesund in Berlin & Projekt Heerstraße</i> Wo Förderung auf lokale Expertise trifft – Kommunale Verantwortung für gesundheitliche Chancengleichheit
46	Praxisbeispiel 7: <i>Projektfamilie MoKo-Fit 1.0, 2.0 & behERZt</i> Mehr als ein Projekt - Wie motorisch-kognitive Bewegungsangebote den Weg von der Stadt aufs Land finden
54	Praxisbeispiel 8: <i>LUCAS-Studie</i> Experteninterview mit Dr. Ulrike Dapp
58	Praxisbeispiel 9: <i>Demenz und Migration der AWO Köln</i> Kultursensible Demenzarbeit in der Kommune
62	Praxisbeispiel 10: <i>KIKO – Ein technologiegestützter Ansatz gegen Einsamkeit im Alter</i> Experteninterview mit Christian Atz
66	Ausblick: Was kommunale Prävention leisten kann– und woran sie (noch) scheitert
72	Bildnachweise, Impressum

Gesundheitsversorgung im Umbruch

Die Herausforderungen des demografischen Wandels

Die Alterung der Gesellschaft verändert das Gesundheitswesen grundlegend. In den kommenden Jahren werden viele Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Pflegebereich in den Ruhestand gehen – genau dann, wenn der Behandlungs- und Betreuungsbedarf durch die alternde Bevölkerung ansteigen wird. Besonders spürbar ist dieser Druck in ländlichen und strukturschwächeren Räumen, in denen die Nachbesetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgungsangebote schon heute vielerorts herausfordernd ist: Gleichzeitig geraten kommunale Haushalte durch knappe Finanzmittel, Personalmangel und begrenzte Planungskapazitäten zunehmend unter Druck.

Vernetzte Versorgung als gesellschaftliche Aufgabe

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung kann nicht allein durch Optimierung bestehender medizinischer Angebote erreicht werden. Angesichts knapper werdender Ressourcen braucht es mehr Kooperation, Arbeitsteilung und Koordination zwischen unterschiedlichen Akteuren. Die Gesundheit unserer Gesellschaft ist das Ergebnis eines abgestimmten Zusammenspiels vieler gesellschaftlicher Bereiche: – von medizinischer Versorgung und Pflege, kommunaler Daseinsvorsorge über Sozialarbeit, Ehrenamt und Selbsthilfe bis hin zu Vereinssport, Familienbildung, Kultur und Erwachsenenbildung.

Heute arbeiten diese Bereiche oft noch nebeneinander anstatt miteinander. Mangelnde Koordination zwischen Arztpraxen, Pflegediensten, Kommunen und zivilgesellschaftlichen Organisationen führt zu unnötigen Reibungsverlusten und ungenutzten Potenzialen. Dabei liegt gerade in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ein wichtiger Hebel: Wer Kräfte bündelt, gemeinsame Ziele verfolgt und vorhandene lokale Ressourcen klug verknüpft kann Versorgung, Prävention und Teilhabe vor Ort effizient miteinander verbinden – zum Nutzen aller Menschen vor Ort.

Kommunale Prävention als tragende Säule zukunftsfähiger Gesundheitsversorgung

Neben der medizinischen Versorgung gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Menschen möglichst lange gesund, selbstständig und sozial eingebunden leben können. Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung setzen genau hier an. Sie schaffen Angebote dort, wo Menschen leben: im Quartier, im Stadtteil, im Dorf, in Begegnungsstätten, Vereinen oder Nachbarschaftsstrukturen. Dazu gehören Bewegungsförderung, niedrigschwellige Gemeinschaftsangebote, Ernährungsberatung, Demenzvorsorge, Maßnahmen gegen Einsamkeit und soziale Isolation sowie altersgerechte Wohn- und Lebensbedingungen.

Solche Angebote können Bevölkerungsgruppen erreichen, die über das klassische Gesundheitssystem nur schwer Zugang zu Prävention und Gesundheitsangeboten finden. Rechtlich verankert sind kommunale Präventionsleistungen unter anderem im Präventionsgesetz, das Krankenkassen zur Förderung von Maßnahmen in Lebenswelten verpflichtet, häufig in Zusammenarbeit mit den Kommunen. Neben den gesetzlichen Krankenkassen fördert auch die private Krankenversicherung auf freiwilliger Basis verschiedene Projekte der Lebensweltenprävention und initiiert eigene Angebote. Ergänzt wird dieses Engagement durch Bundesprogramme, Landesförderungen und kommunale Eigenprojekte.

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung sollte sich daher auf folgende Säulen stützen, die sich jeweils gleichberechtigt ergänzen:

- **Vernetzte medizinische Grundversorgung,**
- **Verhaltens- und Verhältnisprävention,**
- **Systemische Einbeziehung der Pflege,**
- **Einbindung zivilgesellschaftlicher Ressourcen wie Ehrenamt und Selbsthilfe.**

Die vorliegende Studie beruht auf der festen Überzeugung, dass eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung über den rein medizinischen Bereich hinausgehen sollte und auf mehreren gleichberechtigten Säulen aufbauen muss.

Der erste Teil der Untersuchung, der 2022/23 durchgeführt wurde, befasste sich im Schwerpunkt mit Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetzwerken. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie tragfähig regionale Kooperationen im Angesicht des demografischen Wandels sind und welche Rolle sie für die Sicherung der regionalen Versorgung spielen. Der zweite Teil der Untersuchung, welcher 2025/26 durchgeführt wurde und zu dem Sie diese Broschüre in den Händen halten, erweitert den Blick auf die kommunale Prävention und Gesundheitsförderung.

Zur Studie

„Neue Gesundheitsnetze“ mit dem Schwerpunkt „Kommunale Prävention

Ausgangslage und Ziel der Untersuchung

Prävention und Gesundheitsförderung werden als wesentliche Stellschrauben verstanden, um den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen. Sie können dazu beitragen, Gesundheit und Lebensqualität im Alter zu erhalten, die Krankheitslast zu reduzieren und Ressourcen im Gesundheits- und Pflegesystem zu entlasten. Dabei wird häufig zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention unterschieden: Während Verhaltensprävention auf individuelles gesundheitsbezogenes Verhalten zielt, nimmt Verhältnisprävention die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen in den Blick, die gesundheitsförderlich gestaltet werden sollen.

Kommunale Prävention verbindet beide Perspektiven. Sie setzt im direkten Lebensumfeld der Menschen an – im Kiez, im Dorf, in der Gemeinde, im Stadtbezirk, in Begegnungsstätten, Vereinen oder Nachbarschaftsstrukturen. Um eben solche Ansätze kommunaler Prävention geht es in der vorliegenden Untersuchung „Kommunale Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für eine alternde Gesellschaft“.

Recherche und Auswahl von Praxisbeispielen

Die Recherche erfolgte kriteriengeleitet auf Basis einschlägiger Publikationen, Fachinformationen, Good-Practice-Sammlungen und Projektdatenbanken im Feld kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention. Im Fokus standen kommunal verankerte oder kommunal anschlussfähige Angebote für ältere Menschen beziehungsweise die Baby-Boomer-Generation, die praktische Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention im direkten Lebensumfeld sichtbar machen.

Für die Recherche wurden Materialien und Übersichten relevanter Akteure genutzt, darunter das GKV-Bündnis für Gesundheit, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Kooperationsverbund Gesund-

Das Ziel der Recherche war die Identifizierung und Analyse kommunal verankerter Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention mit besonderem Blick auf die Baby-Boomer-Generation und ältere Zielgruppen. Im Fokus standen dabei Handlungsfelder wie Bewegung, Ernährung, Einsamkeitsprävention, soziale Teilhabe, Information und Qualifikation, gesundheitliche Aufklärung, Alltagsunterstützung sowie Ansätze zur Förderung von Selbstständigkeit im Alter.

Die Untersuchung folgte zwei aufeinander aufbauenden Schritten:

1. Zunächst wurden relevante Akteure, Good-Practice-Beispiele und Bewertungskriterien recherchiert, analysiert und ausgewählt (Long-List).
2. Anschließend wurden ausgewählte Praxisbeispiele (Short-List) durch Dokumentenanalysen und Interviews vertieft untersucht und in Form von Kurzporträts bzw. Interviewformaten aufbereitet.

heitliche Chancengleichheit, das Gesunde Städte-Netzwerk, kommunale Spitzenverbände sowie weitere fachliche und praxisbezogene Quellen. Ergänzend wurden Beispiele berücksichtigt, die während der Projektlaufzeit über Fachkontakte, Veranstaltungen oder Hinweise aus der Praxis empfohlen wurden.

Die Kriterien für die Erstellung der Long List wurden mit Blick auf bestehende Kriterienkataloge aus Wissenschaft und Praxis festgelegt, unter anderem auf die Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit sowie auf Bewertungskriterien aus dem Bundeswettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“.

Auf dieser Grundlage wurden folgende Auswahlkriterien zugrunde gelegt:

- Relevanz für die Baby-Boomer-Generation, d.h. Geburtenjahrgänge zwischen 1955 und 1969 beziehungsweise ältere Zielgruppen
- Kommunale Verankerung oder aktive Einbindung von Kreisen, Städten, Gemeinden oder Quartiersstrukturen
- Bezug zu Gesundheitsförderung und Prävention im direkten Lebensumfeld

Selektive Auswahl von Good-Practice-Beispielen

Auf Basis der Long-List wurden geeignete Good-Practice-Beispiele für die vertiefende Analyse ausgewählt. Die Auswahl erfolgte nicht als abschließendes Ranking, sondern selektiv entlang der übergeordneten Fragestellung der Untersuchung. Maßgeblich waren insbesondere die Relevanz für die Baby-Boomer-Generation beziehungsweise ältere Zielgruppen, die kommunale Verankerung oder kommunale Anschlussfähigkeit der Ansätze sowie die Möglichkeit, ein möglichst breites Spektrum präventionsbezogener Angebotsformen abzubilden.

Strukturierte Interviews mit verantwortlichen Projektakteuren

Die ausgewählten Praxisprojekte wurden anschließend vertiefend untersucht. Die Anzahl der Beispiele war im Vorfeld auf zehn Projekte und Interviews begrenzt worden. Dieser Umfang erschien geeignet, um unterschiedliche Umsetzungslogiken kommunaler Prävention sichtbar zu machen, übergreifende Muster und übertragbare Erfahrungen herauszuarbeiten und zugleich den zeitlichen und personellen Aufwand der Untersuchung zu begrenzen.

- Längerfristige Existenz oder erkennbare Perspektive auf Verstetigung
- Hinweise auf Qualitätssicherung, Evaluation, Wirkungsbezug oder systematische Umsetzungserfahrungen

Berücksichtigt wurden dabei die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Einsamkeit und soziale Teilhabe, Information und Qualifikation, gesundheitliche Aufklärung, Wahrnehmung von Vorsorgeangeboten, Stressbewältigung und Alltagsunterstützung.

Ziel war es, nicht nur einzelne erfolgreiche Projekte darzustellen, sondern unterschiedliche Umsetzungslogiken kommunaler Prävention sichtbar zu machen. Daher wurden Beispiele berücksichtigt, die verschiedene Handlungsfelder, Zielgruppen, Trägerstrukturen, Finanzierungswege und Grade kommunaler Einbindung zeigen – sowohl innerhalb als auch außerhalb des durch das Präventionsgesetz gestärkten Förderrahmens.

Die verantwortliche Projektakteure wurden per Email kontaktiert und um ein Tiefeninterview gebeten. Die Gespräche fanden als aufgezeichnete Videointerviews statt und dauerten etwa eine bis anderthalb Stunden. Ergänzend wurden verfügbare Projektmaterialien, Webseiten, Berichte, Manuals oder Evaluationen ausgewertet.

Die Interviews folgten einem strukturierten Leitfaden und umfassten folgende Themen:

- Einleitung und Projekthintergrund
- Präventionsfelder und adressierte Lebenswelten
- Projektstruktur, Zielgruppe und Zielgruppenerreichung
- Finanzierung, Nachhaltigkeit und Verstetigung
- Einbindung in Netzwerke und Kooperationen
- Wirkung, Wirkungsnachweis und Evaluation
- Regionalität, Übertragbarkeit und Skalierung
- Herausforderungen, Erfolgsfaktoren und Lessons Learned
- Ausblick sowie Wünsche an die Weiterentwicklung kommunaler Gesundheitsförderung und an die Gesundheitspolitik.

Die Ergebnisse wurden anschließend in Form von Steckbriefen und Interviewformaten aufbereitet.

Zu den ausgewählten Praxisprojekten und Interviews

Die sieben Praxisbeispiele, die im Hauptteil dieser Broschüre vorgestellt werden, geben einen konkreten Einblick in das, was kommunale Prävention heute leisten kann – und unter welchen Bedingungen sie gelingt. Sie zeigen unterschiedliche Wege, wie Gesundheit, Selbstständigkeit und soziale Teilhabe älterer Menschen im direkten Lebensumfeld gefördert werden können.

Die Beispiele reichen von der Stadtteilgesundheit in München („München – gesund vor Ort“, Praxisbeispiel 1), die seit 2018 quartiersbezogene Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderen sozialen Herausforderungen aufbaut, über das Bewegungsförderungsprojekt GESTALT der FAU Erlangen-Nürnberg (Praxisbeispiel 2), das motorisch-kognitive und soziale Aktivierung für Menschen ab 60 verbindet, bis hin zum ehrenamtlich getragenen Bewegungsangebot „Gesund und fit 50+“ in Freiburg-Weingarten (Praxisbeispiel 3). Dieses zeigt, wie regelmäßige Bewegung und soziale Begegnung mit einfachen Mitteln ermöglicht werden können – aber auch, wie abhängig solche Angebote von engagierten Einzelpersonen und lokalen Unterstützungsstrukturen sind.

Das Generationennetz Gelsenkirchen (Praxisbeispiel 4) demonstriert, wie eine Stadt seit 2009 systematisch eine kommunale Infrastruktur aus Beratungsstellen, Übergangsgruppen zwischen Arbeit und Ruhestand und ehrenamtlicher Nachbarschaftsstifterinnen und -stiftern aufgebaut hat, die weit über einzelne Projekte hinausgeht. Das Modellprojekt „Gesund Altern und Pflegen im Quartier“ des vdek (Praxisbeispiel 5) macht an 18 überwiegend ländlichen Standorten sichtbar, wie Quartierskoordination und lokale Planungskreise gesundheitsfördernde Strukturen für ältere Menschen und pflegende Angehörige unterstützen können.

Das Berliner Förderprogramm „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ (GiB) mit dem geförderten Projekt „Bewegung für Ältere rund um die Heerstraße“ (Praxisbeispiel 6) veranschaulicht, wie ein koordinierter, sozialraumorientierter Förderrahmen genutzt werden kann, um niedrigschwellige Angebote in Quartieren mit erhöhtem Präventions- und Unterstützungsbedarf zu entwickeln. Die Projektfamilie MoKo-Fit / behERZt der TU Chemnitz (Praxisbeispiel 7) erprobt, wie motorisch-kognitive Bewegungsangebote von städtischen Kontexten in strukturschwächere ländliche Regionen, hier im Erzgebirgskreis, übertragen werden können.

Die Projekte verfolgen unterschiedliche Ansätze, arbeiten in verschiedenen Regionen Deutschlands und werden auf unterschiedlichen Wegen finanziert. Dennoch verhandeln sie alle dieselben Kernfragen, die auch dieser Untersuchung zugrunde liegen:

- Wie gelingt es, ältere Menschen in ihrem Alltag zu erreichen – auch jene, die durch klassische Gesundheitsangebote kaum erreicht werden?
- Welche Kooperationsmodelle zwischen Kommunen, Krankenkassen, zivilgesellschaftlichen Trägern, Pflege, Ehrenamt und weiteren Akteuren funktionieren?
- Wie können Angebote, die sich bewährt haben, nach Projektende verstetigt werden?
- Wie lässt sich das, was in einer Region funktioniert, auf andere übertragen?

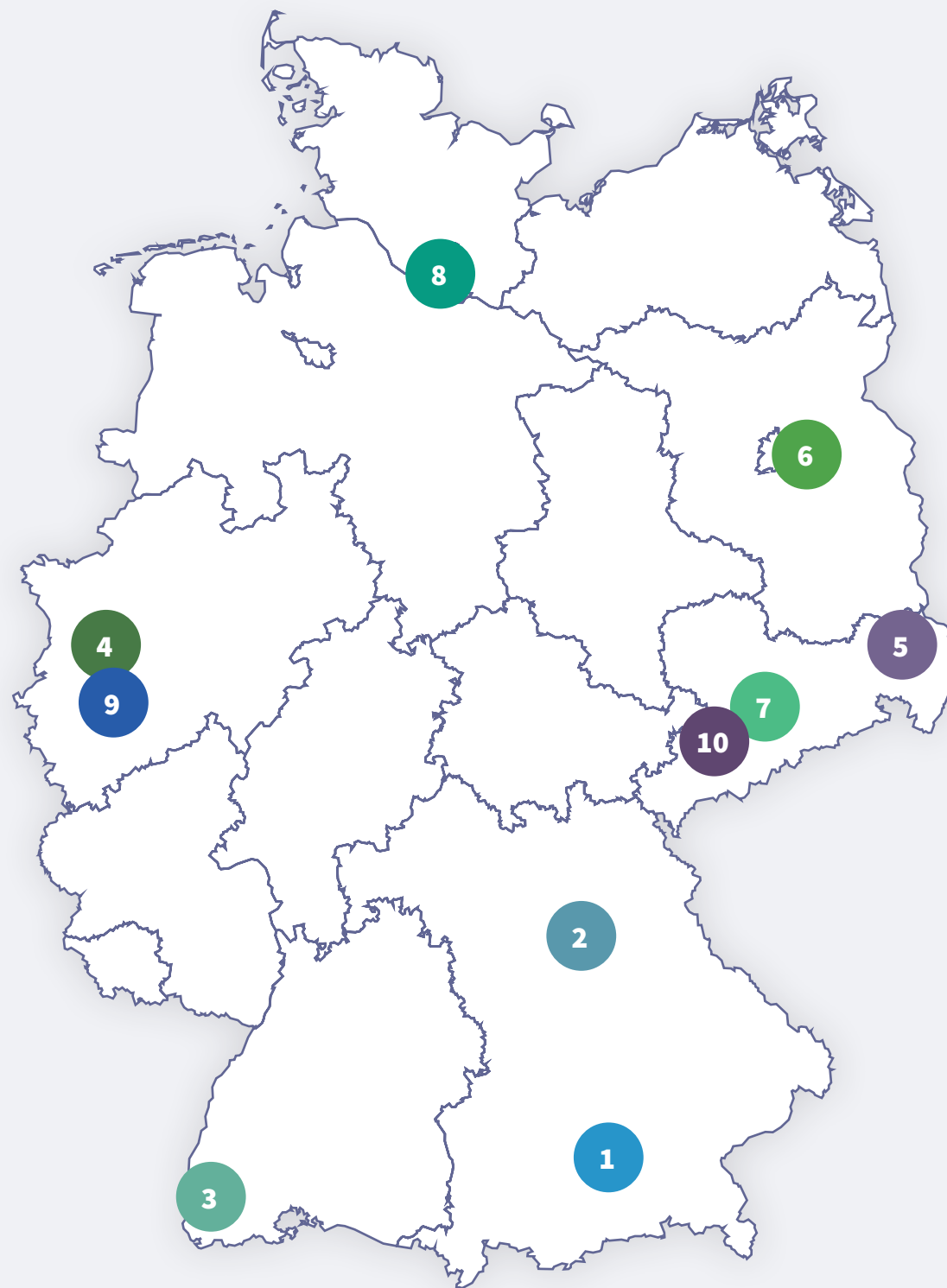
Ergänzt werden die Praxisbeispiele durch Interviews, die zusätzliche Perspektiven auf Prävention, Alter und soziale Teilhabe eröffnen.

Das Interview mit Dr. Ulrike Dapp zur LUCAS-Studie (Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie), einer seit dem Jahr 2000 laufenden Hamburger Langzeitstudie zur Altersgesundheit, zeigt, welche Bedeutung frühzeitige Prävention und gesundheitsfördernde Lebensstilveränderungen für den Erhalt von Selbstständigkeit im Alter haben können.

Das Interview mit Verena Rech zum Gemeinschaftsprojekt „Demenz und Migration“ der AWO Köln verdeutlicht, wie kultursensible Beratung, Community-Zugänge und kommunale Unterstützung ineinandergreifen können, um ältere Menschen mit Migrationsgeschichte und Demenz sowie ihre Angehörigen besser zu erreichen.

Das Interview mit Christian Atz zu KIKO schließlich gibt ergänzend Einblick in einen technologiegestützten Ansatz gegen Einsamkeit im Alter und verdeutlicht zugleich die Chancen und Grenzen digitaler Kommunikationsangebote für vulnerable Zielgruppen.

Tiefenanalyse



Vorgestellte Praxisbeispiele:

- 1 MÜNCHEN**
München gesund vor Ort
 Seite 14
- 2 ERLANGEN**
GESTALT-Projekte
19 Modelstandorte in Bayern, NRW
 Seite 18
- 3 FREIBURG**
Gesund und fit 50+
 Seite 24
- 4 GELSENKIRCHEN**
Generationsnetz Gelsenkirchen
 Seite 28
- 5 HOYERSWERDA**
vdek Gesund Altern und Pflegen im Quartier
18 Modellregionen bundesweit, u.a. Hoyerswerda
 Seite 34
- 6 BERLIN**
GiB Gesund Berlin
bwgt e.V. Heerstraße
 Seite 40
- 7 CHEMNITZ**
MoKo-Fit
behERZt
 Seite 46
- 8 HAMBURG**
LUCAS Studie
 Seite 54
- 9 KÖLN**
AWO Demenz und Migration
 Seite 58
- 10 ZWICKAU**
KIKO - ein technologiegestützter Ansatz
 Seite 62

Prävention beginnt im Quartier:

Stadtteilgesundheit als Zukunftsmodell am Beispiel „München – gesund vor Ort“

Hintergrund & lokaler Kontext

Die Initiative „München – gesund vor Ort“ wurde 2018 als Gesundheitsmanagementprojekt ins Leben gerufen, um quartiersbezogene Gesundheitsförderung in München systematisch auszubauen. Vor dem Hintergrund wachsender sozialer Ungleichheiten und gesundheitlicher Belastungen entstand 2023 das Konzept Stadtteilgesundheit, in dem weitere Bausteine zusammengeführt wurden. Im Fokus stehen vor allem Neubaugebiete und sozial benachteiligte Stadtteile.

Zielsetzung & adressierte Zielgruppe

Ziel ist der Aufbau nachhaltiger, wohnortnaher Gesundheitsförderung für die Bewohnerinnen und Bewohner – mit besonderem Fokus auf vulnerable Gruppen in strukturell benachteiligten Quartieren. Dabei sollen gesundheitliche Teilhabechancen erhöht und präventive Maßnahmen niederschwellig zugänglich gemacht werden. Das Projekt adressiert primär die Ebene der Fachkräfte und darüber die Bürgerinnen und Bürger.

Kernbausteine & Angebotsinhalte

„München – gesund vor Ort“ ist Teil des quartiersbezogenen Gesamtkonzepts Stadtteilgesundheit. Das Konzept setzt auf vier sich ergänzende Bausteine:

- 1. Präventionsketten** – Zusammenarbeit verschiedener Ämter, Einrichtungen und Akteure aus Gesundheit, Bildung und Soziales in der Prävention in zwei großen Münchner Neubaugebieten bereits in der Bauphase
- 2. Gesundheitsmanagement** – bedarfsgerechte Maßnahmenentwicklung auf Quartiersebene
- 3. GesundheitsTreffs** – Außenstellen des Gesundheitsreferats (ÖGD) und niederschwellige, interdisziplinäre Anlaufstellen für alle Fragen rund um das Thema Gesundheit
- 4. Gesprächsrunde mit den gesetzlichen Krankenkassen** – Gremium zur Unterstützung freier Träger bei Anträgen auf Projektförderung, sowie Projektbegleitung.



„Unseren Bereich Stadtteilgesundheit mit seinen verschiedenen Bausteinen gibt es erst seit jetzt gut drei Jahren. Vorher waren die Projekte und auch die Beratungsstellen zum Teil in anderen Abteilungen im Haus verortet. Und dann haben wir im Gesundheitsreferat entschieden, das zusammenzuführen, weil wir eben diese ressortübergreifende Arbeit in den Quartieren stärken wollten.“

Dr. Verena Lindacher,
Interview vom 06.03.2025

In insgesamt vier Stadtteilen wird jeweils eine Gesundheitsmanagerin bzw. ein Gesundheitsmanager eingesetzt. Der Gesundheitsmanagement-Ansatz...

- baut ein Gesundheitsnetzwerk aus lokalen Akteuren und Einrichtungen auf,
- erarbeitet Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation vor Ort,
- entwickelt, realisiert und verstetigt gesundheitsfördernde Programme zu Bewegung, Ernährung, psychischer Gesundheit,
- unterstützt lokale Akteure bei der Planung und Organisation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Die Initiative umfasst Programmbausteine der Verhaltens- und Verhältnisprävention: Kooperationsangebote, Vorträge und Veranstaltungen, Steuerungsgremien, Multiplikatoren-Schulungen sowie Stadtteilgesundheitsforen.

Methodisches Vorgehen & Umsetzungsschritte

Die Auswahl der Gebiete erfolgt anhand folgender Kriterien:

- Hohe soziale Herausforderungen in bestehenden Planungsregionen oder Neubaugebieten mit gefördertem Wohnungsbau.
- Mangel an Haus- und Kinderarztpraxen auf Stadtbezirksebene.
- Abgleich mit lokalen Akteuren zu spezifischen Bedarfen.



Die Bedarfserhebung erfolgt systematisch über ca. ein Jahr mit Fokusgruppen, Bürgerinnen- Bürgerinterviews und Netzwerkarbeit. Die Maßnahmenplanung geschieht über Steuerungsgruppen gemeinsam mit lokalen Akteuren. Die Projektlandschaft reicht von Multiplikatoren-Schulungen über jährliche Gesundheitstage bis hin zu Gesundheitsforen als runder Tisch für Fachkräfte zur Koordination neuer Maßnahmen.

„In den letzten Jahren sind durch das Präventionsgesetz und begleitende Strukturen wirklich gute Grundlagen entstanden. In München konnten wir davon stark profitieren, um vor Ort etwas voranzubringen. Wenn dieser Status quo gehalten werden kann, wäre ich persönlich schon sehr zufrieden – es braucht nicht immer ein Mehr, sondern Verlässlichkeit.“

Dr. Verena Lindacher,
Interview vom 06.03.2025

Evaluation & Wirkungsnachweise

Die Initiative arbeitet mit der Ludwig-Maximilians-Universität München als wissenschaftliche Begleitung zusammen. Evaluation erfolgt sowohl prozessual und strukturell (Teilnahmestatistiken, Rückmeldungen der Teilnehmenden). Formate mit geringer Teilnahme werden angepasst oder verworfen – die Evaluation dient aktiv der Steuerung.

Finanzierung, lokale Verankerung & Verstetigung

Die Förderung erfolgt über das Präventionsgesetz in Kooperation mit der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, die langfristige Verstetigung über städtische Mittel. Die Gesundheitsmanagerinnen und -manager sind direkt beim Gesundheitsreferat der Stadt München beschäftigt. Sie tragen die Hauptverantwortung für die Planung, Steuerung und Umsetzung der Maßnahmen.

Lessons Learned, Faktoren des Gelingens & Stolpersteine

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die enge Vernetzung mit sozialen und Bildungseinrichtungen. Gleichzeitig bleibt die Integration von medizinischen Akteuren (Arztpraxen und Apotheken) eine Herausforderung, da diese oft außerhalb der Quartierslogik agieren. Es braucht stabile, kleinräumige Netzwerke, um Menschen direkt zu erreichen. Maßnahmen scheitern v. a. bei mangelnder lokaler Resonanz.

Politischer Appell & strukturelle Empfehlungen

Es braucht stabile Weiterfinanzierungsmodelle für bewährte Projekte – nicht jedes Folgeprojekt sollte als „Innovation“ begründet werden müssen.

Zusammenfassung:

„München – gesund vor Ort“ ist Teil des Münchner Konzepts Stadtteilgesundheit und setzt vier zentrale Bausteine um: Präventionsketten, quartiersbezogenes Gesundheitsmanagement, Gesundheitstreffs und Gesprächsrunden mit gesetzlichen Krankenkassen. Auf Basis kleinräumiger Bedarfserhebungen und lokaler Netzwerke entstehen wohnortnahe Maßnahmen zu Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit in Stadtteilen mit besonderen sozialen Herausforderungen. Die Förderung erfolgt über das Präventionsgesetz in Kooperation mit der AOK Bayern. Die Verstetigung wird über städtische Mittel und Gesundheitsmanager im Gesundheitsreferat abgesichert. Das Beispiel zeigt, dass Gesundheitsförderung im Quartier verbindliche kommunale Strukturen, ressortübergreifende Zusammenarbeit und langfristige Finanzierung braucht.

Projektlogik:

Quartiersbezogenes Gesundheitsmanagement der Landeshauptstadt München (Stadtteilgesundheitsmodell, das Gesundheitsförderung in Neubaugebieten und sozial benachteiligten Stadtteilen systematisch aufbaut); seit 2018 aufgebaut und seit 2023 in das übergeordnete Konzept Stadtteilgesundheit eingebettet.

Zielgruppe: Primär Fachkräfte und lokale Akteure; darüber Bewohnerinnen und Bewohner vulnerabler Quartiere mit besonderem Fokus auf gesundheitliche Teilhabe und niederschwellige Prävention.

Umsetzung & Steuerung: Gebietsauswahl nach sozialen Herausforderungen, ärztlicher Versorgung und lokalem Bedarf; einjährige Bedarfserhebung mit Fokusgruppen, Interviews, Netzwerkarbeit und Steuerungsgruppen.

Zentrale Bausteine: Vier Bausteine: Präventionsketten, Gesundheitsmanagement, Gesundheitstreffs und Gesprächsrunde mit gesetzlichen Krankenkassen; Maßnahmen zu Bewegung, Ernährung, psychischer Gesundheit u. a.

Wirkung & Verstetigung: Prozess- und Strukturevaluation mit LMU München; Evaluation über Teilnahmestatistiken, Anpassung wenig nachgefragter Formate; Verstetigung über städtische Mittel und Gesundheitsmanagerinnen und -manager im Gesundheitsreferat.

Key Take-Aways für andere Kommunen

- * Gesundheitsförderung braucht kleinräumige, ressortübergreifende Netzwerke.
- * Bedarfserhebung muss partizipativ und ausreichend lang angelegt sein.
- * Kommunale Gesundheitsmanagerinnen und -manager schaffen Verbindlichkeit.
- * Kassenmittel können Anschlag geben, kommunale Mittel sichern Dauerhaftigkeit.

Erfolgsfaktoren

- + Enge Vernetzung mit sozialen und Bildungseinrichtungen.
- + Stabile, kleinräumige Netzwerke im Quartier (direkte Ansprache, Informationsweitergabe, Handlungssicherheit vor Ort).
- + Partizipative und systematische Bedarfserhebung.
- + Kommunale Verankerung über Gesundheitsmanagerinnen und -manager.

Stolpersteine

- Schwierige Integration medizinischer Akteure.
- Mangelnde lokale Resonanz einzelner Maßnahmen.
- Kurzfristige Wirkung schwer messbar (Grundproblem der Prävention).
- Folgefinanzierungen brauchen oft „etwas Neues“.



Weiterführende Informationen

www.stadt.muenchen.de/infos/muenchen-gesund-vor-ort.html



Kontakt

Dr. Verena Lindacher,

Leitung Abteilung Stadtteilgesundheit,
Gesundheitsreferat, Landeshauptstadt München,

✉ gesundheitsfoerderung.gsr@muenchen.de

Projekte verstetigen statt verpuffen – Was kommunale Gesundheitsförderung heute braucht:

GESTALT - Gehen, Spielen und Tanzen als Lebenslange Tätigkeiten.



Hintergrund & lokaler Kontext

Die Projektfamilie GESTALT (GEhen, Spielen und Tanzen Als Lebenslange Tätigkeiten) wurde an der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg entwickelt und verbindet Bewegungsförderung mit kognitiver und sozialer Aktivierung für Menschen ab 60 Jahren – insbesondere solche mit wenig Bewegungserfahrung und erhöhtem Demenzrisiko. In mehreren Kommunen wurde es erfolgreich implementiert und trägt dort zur nachhaltigen Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen bei.

Zielsetzung & adressierte Zielgruppe

Ziel ist die Entwicklung eines dauerhaft wirksamen Präventionsangebots, das körperliche, geistige und soziale Aspekte integriert. GESTALT richtet sich insbesondere an ältere Menschen mit niedrighschwelligem Zugang zur Bewegung – mit speziellem Fokus auf bislang schwer erreichbare Gruppen, wie Männer im ländlichen Raum, Menschen mit Behinderung oder pflegende Angehörige.

Kernbausteine & Angebotsinhalte

- 20 Kurseinheiten à 90 Minuten mit Bewegungs-, Gedächtnis- und Kontaktangeboten
- Integrierte Bewegungsberatung
- Partizipative Gestaltung der letzten 8 Kurseinheiten mit den Teilnehmenden
- Exkursionen zu lokalen Bewegungsangeboten zur Anschlussförderung
- Fokus auf Gruppenbindung und Alltagsstrukturierung

„Natürlich bieten viele Kommunen und Sportvereine Bewegungsprogramme an – aber erreichen meist nur die, die ohnehin schon aktiv sind. Ziel war es, ein Programm zu entwickeln, das gezielt auch diejenigen anspricht, die bislang wenig Zugang zu Bewegung haben: etwa sozial isolierte ältere Menschen mit wenig Bewegungserfahrung oder in schwierigen Lebenslagen.“

Dr. Simone Kohler
Interview vom 21.03.2025

Methodisches Vorgehen & Umsetzungsschritte

GESTALT folgt einem strukturierten Ansatz, mit dem gesundheitsförderliche Strukturen in Kommunen auf- und ausgebaut werden. Dabei werden sowohl methodisch-konzeptionelle Grundlagen als auch ganz praktische Umsetzungshilfen bereitgestellt: Schulungsmaterialien, Austauschformate, Öffentlichkeitsarbeit und begleitende Koordination. Ziel ist nicht nur die Durchführung eines Kursprogramms, sondern die nachhaltige Befähigung lokaler Akteure, gesundheitsfördernde Strukturen eigenständig weiterzutragen. Der Prozess folgt diesem Schema:

- 1. Findungs- und Vorbereitungsphase** zur Identifikation potenzieller Kooperationspartner (Politikfeldanalyse) und Netzwerkbildung
- 2. Erhebung von Bedarfen und Strukturen** in der Kommune (z. B. Analyse der Angebote für ältere Menschen in der Kommune)
- 3. Kooperativer Planungsprozess** zum Transfer des GESTALT-Bewegungsprogramms in die kommunale Präventionspraxis und dem Aufbau nachhaltiger Strukturen zur Gesundheitsförderung
- 4. Durchführungsphase** mit Schulung lokaler Koordinator auf kommunaler Ebene und Qualifizierung der Übungsleitungen für das Bewegungsprogramm
- 5. Verstetigung und Qualitätssicherung**, indem GESTALT evaluiert, Anschlussangebote erschlossen, das Bewegungsprogramm verbreitet und die Vernetzung lokal verankert wird



Evaluation & Wirkungsnachweise

Die Evaluation des GESTALT-Programms erfolgt am Department für Sportwissenschaft und Sport der FAU Erlangen-Nürnberg in Zusammenarbeit mit den kommunalen Partnern. Dabei liegt der Fokus auf der Prozessevaluation, den Strukturveränderungen sowie ersten indikativen Wirkungsdaten. Aufgrund des präventiven und kommunal eingebetteten Charakters des Programms liegt der Schwerpunkt auf der qualitativen Erfassung von Umsetzungserfahrungen und der Anschlussfähigkeit vor Ort.

Neben Befragungen von Teilnehmenden zu Zufriedenheit, Wahrnehmung, Gruppendynamik und Veränderungen im Bewegungsverhalten, werden auch strukturbezogene Indikatoren erhoben, etwa zur lokalen Netzwerkanbindung, zur Weitervermittlung in Anschlussangebote oder zur Verstetigung durch kommunale Partner. Quantitative Ergebnisse, etwa zur körperlichen oder kognitiven Leistungsfähigkeit, werden punktuell erhoben, stehen aber nicht im Mittelpunkt des Wirkungskonzepts.

Finanzierung, lokale Verankerung & Verstetigung

GESTALT wird durch die FAU Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet und zentral koordiniert. Aktuell wird das Projekt GESTALT Get-SET umgesetzt. Die Förderung erfolgt mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Bayern (www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir_in_den_laendern/wir_in_den_laendern.html).

„Unser Ziel ist es nicht, dass wir GESTALT dauerhaft zentral finanzieren. Sondern dass die Kommune das übernimmt, wenn sie sieht: Das funktioniert – das passt hierhin.“

Prof. Dr. Heiko Ziemainz
Interview vom 21.03.2025

Die teilnehmenden Kommunen erhalten u. a. finanzielle und inhaltliche Unterstützung für eine Stelle zur kommunalen Projektkoordination, für die Qualifizierung von Übungsleitungen sowie für Reisekosten zu Vernetzungstreffen und Schulungen.

Ein zentrales Element zur Verstetigung ist die frühzeitige Einbindung kommunaler Strukturen: Gesundheitsämter, Seniorenbüros oder Stadtteilkordinationen übernehmen die Koordination und Integration der GESTALT-Kurse in bestehende Angebote. Je nach lokaler Ausgangslage ist auch die Kooperation mit Volkshochschulen, Sportvereinen oder Trägern der Altenhilfe vorgesehen. Ziel ist es, dass die Angebote dauerhaft in kommunale Regelstrukturen überführt werden.

In ca. 60 Prozent der teilnehmenden Kommunen wurde das Programm nach Projektlaufzeit erfolgreich verstetigt – z. B. durch Integration in Seniorenarbeit oder Gesundheitsregionen. Erfolgsfaktor sind meist engagierte lokale Koordinatorinnen und Koordinatoren mit politischem Rückhalt.

Lessons Learned, Faktoren des Gelingens & Stolpersteine

Entscheidend sind klare Zuständigkeiten, frühzeitige die Einbindung kommunaler Akteure und motivierte Koordinationspersonen vor Ort. Schulungsmaterialien und persönliche Begleitung wurden als sehr hilfreich empfunden. Die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen, insbesondere im ländlichen Raum, bleibt schwierig, was sich in einigen Kommunen z. B. in geringen Teilnehmendenzahlen widerspiegelt. Die Umsetzung hängt zudem stark vom Engagement einzelner „Kümmerer“ ab – fehlt diese Person, fehlt oft auch der Antrieb.

Politischer Appell & strukturelle Empfehlungen

Die Erfahrungen mit GESTALT machen deutlich: Es braucht dringend strukturierte, nationale Fördermechanismen, um kommunale Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur projektweise, sondern langfristig und verlässlich zu ermöglichen. Die Finanzierung über das Projektende hinaus bleibt vielerorts ungelöst – obwohl kommunale Akteure bereit wären, bestehende Strukturen weiterzuführen. Der GESTALT Ansatz weist eine hohe Übertragbarkeit in andere Regionen auf. Da allerdings Gesundheitsförderung in den Kommunen eine freiwillige Aufgabe darstellt, sind für eine bundesweite Skalierung andere Rahmenbedingungen und langfristige Finanzierungsmöglichkeiten erforderlich.

Weiterführende Informationen
www.gestalt.fau.de

GESTALT Projektmanual. Kommunale Bewegungsförderung für Personen ab 60 Jahren. T. Fleuren, A. Herbert-Maul, A. Streber, K. Abu-Omar & H. Ziemainz (2021); Verfügbar unter: www.gestalt.fau.de/files/2022/07/FAU-GE-STALT-projektmanual_0722_final_web.pdf

Kontakt
Dr. Simone Kohler,
Lehrstuhl für Sportwissenschaft mit dem Schwerpunkt Bewegung und Gesundheit, Department Sportwissenschaft und Sport, FAU Erlangen-Nürnberg,
✉ simone.kohler@fau.de

Praxisbeispiel 2 - Zusammengefasst

Zusammenfassung:

GESTALT ist ein evidenzbasiertes Bewegungsprogramm für ältere Menschen, das körperliche, geistige und soziale Aktivierung miteinander verbindet. Das Programm richtet sich besonders an Menschen ab 60 Jahren, die bisher wenig Zugang zu Bewegung hatten oder von sozialer Isolation, Pflegeverantwortung oder erhöhtem Demenzrisiko betroffen sind. „GESTALT Get-SET“ wird über Mittel der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Bayern finanziert. Kommunen werden dabei nicht nur bei der Durchführung des Kursprogramms unterstützt, sondern auch beim Aufbau tragfähiger Strukturen vor Ort – etwa durch lokale Koordination, die Qualifizierung von Übungsleitungen, die Vernetzung mit Vereinen, sozialen Einrichtungen und kommunalen Stellen sowie die Anbindung an bestehende Bewegungs- und Teilhabeangebote. Das Kursangebot ist damit ein zentraler Baustein, soll aber zugleich Ausgangspunkt für dauerhafte kommunale Präventionsarbeit sein.

Projektlogik:

Evidenzbasiertes Bewegungsprogramm mit körperlicher, geistiger und sozialer Aktivierung, das Kommunen beim Aufbau nachhaltiger Präventionsstrukturen begleitet. Mittlerweile wird das fünfte Anschlussprojekt gefördert (GESTALT Get-SET, aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Bayern).

Zielgruppe: Menschen ab 60 Jahren mit wenig Bewegungserfahrung und erhöhtem Demenzrisiko; Fokus auf bislang schwer erreichbare Gruppen, z. B. Männer im ländlichen Raum, Menschen mit Behinderung, pflegende Angehörige.

Zentrale Bausteine: 20 Kurseinheiten à 90 Minuten, Bewegungsberatung, partizipative Gestaltung der letzten Einheiten, Exkursionen zu Anschlussangeboten und Gruppenbindung.

Umsetzung & Steuerung: FAU Erlangen-Nürnberg begleitet Kommunen von Politikfeldanalyse und Bedarfserhebung bis Schulung lokaler Koordination und Qualifizierung von Übungsleitungen.

Wirkung & Verstetigung: Schwerpunkt auf Prozess-, Struktur- und Anschlussfähigkeit; rund 60 Prozent der teilnehmenden Kommunen konnten das Programm nach Projektlaufzeit verstetigen.

Key Take-Aways für andere Kommunen

- * Verstetigung muss ab Tag eins mitgeplant werden.
- * Lokale Koordination ist der Dreh- und Angelpunkt.
- * Politischer Rückhalt entscheidet über Ressourcen und Regelstruktur.
- * Anschlussangebote vermeiden, dass Prävention nach dem Kurs endet.

Erfolgsfaktoren

- + Klare Zuständigkeiten vor Ort.
- + Frühzeitige Einbindung kommunaler Akteure (Verwaltung, Politik, Vereine, Organisationen und Zielgruppenvertretungen).
- + Motivierte lokale Koordinationspersonen.
- + Schulungsmaterialien und persönliche Begleitung.

Stolpersteine

- Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen (insb. wenig aktive oder sozial isolierte Ältere im ländlichen Raum).
- Geringe Teilnahmezahlen in einzelnen Kommunen.
- Abhängigkeit von einzelnen „Kümmerern“.
- Ungeklärte Finanzierung nach Projektende (Gesundheitsförderung kommunal häufig freiwillige Aufgabe, langfristige Finanzierung fehlt).

Wenn's am Ehrenamt hängt – Was kommunale Bewegungstreffs leisten und was fehlt:

Gesund und fit 50+ in Freiburg-Weingarten

Hintergrund & lokaler Kontext

Das quartiersbezogene Bewegungsangebot „Gesund und fit 50+“ ist im Freiburger Stadtteil Weingarten-West verortet und entstand in Verbindung mit der Sanierung eines Hochhauses in der Bugginger Straße zum Passivhaus. Ziel war es, dort bezahlbaren Wohnraum für ältere Menschen zu schaffen und zugleich den sozialen Zusammenhalt und einen aktiven Lebensstil zu fördern. Das Projekt ist eingebettet in die Quartiersarbeit Weingarten-West des Forum Weingarten e. V. und wurde 2011 ins Leben gerufen.

Die Rahmenbedingungen im Stadtteil sind herausfordernd: ein hoher Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, viele Alleinerziehende, niedriges Einkommen, Grundsicherungsbezug im Alter. Gleichzeitig bestehen im Quartier soziale Ressourcen und Begegnungsorte, auf die das Projekt aufbauen kann.

Zielsetzung & adressierte Zielgruppe

Ziel des Projekts ist es, durch regelmäßige Bewegungsangebote im öffentlichen Raum die persönliche Fitness, das soziale Miteinander und ein gesundes Leben im Alter zu unterstützen. Das Angebot richtet sich an Personen, die ein wohnortnahes, niedrigschwelliges Bewegungsformat ohne Anmeldung, Mitgliedschaft oder sportliche Vorkenntnisse suchen. Es fördert gezielt die Kommunikation im Quartier und stärkt nachbarschaftliche Beziehungen. Die Zielgruppe sind Bewohnerinnen und Bewohner im Alter 50+ im Stadtteil, insbesondere aus dem Hochhaus an der Bugginger Straße. Die Gruppe wird bewusst offen für alle gehalten, faktisch nehmen jedoch überwiegend ältere Frauen im Ruhestand aus dem direkten Wohnumfeld teil.

„Weingarten ist ein Stadtteil mit besonderem Unterstützungsbedarf. Hohe Dichte, viele Menschen mit Migrationshintergrund – da muss man schon sehr direkt auf die Leute zugehen.“

Gerlinde Gallus, Kursleiterin
Interview vom 04.04.2025



Kernbausteine & Angebotsinhalte

Die Bewegungstreffs finden einmal wöchentlich im öffentlichen Raum des Quartiers statt – meist als Kombination aus Spaziergang, Gymnastik, Gleichgewichtsübungen und Gesprächen. Die Leitung übernimmt eine langjährig engagierte Seniorin, unterstützt durch punktuelle Zusammenarbeit mit dem Forum Weingarten e. V.

Der Ablauf der Bewegungstreffen ist bewusst einfach und wiedererkennbar gehalten, sodass er sich gut in den Alltag der Teilnehmenden einfügen kann.

- Treffpunkt an bekannten Orten im Quartier (z. B. Senioren Aktivplatz hinter dem Haus am See)
- 60-75 Minuten Programm: Gehen, Dehnen, Beweglichkeits- und Gleichgewichtsübungen
- Gelegenheiten zum gegenseitigen Austausch
- Bewerbung über Flyer, Stadtteilzeitung, persönliche Ansprache

Methodisches Vorgehen & Umsetzungsschritte

Die Projektumsetzung war eng mit der baulichen und sozialen Quartiersentwicklung verknüpft. Auf Wunsch der künftigen Bewohnerschaft entstand durch partizipative Planung ein Senioren-Aktivplatz, der Raum für gemeinsames Training und Begegnung bietet.

Bewegungselemente wurden so angeordnet, dass Kommunikation auch während der Übungen möglich ist.

Die Kursleiterin absolvierte eine Quartiers-Lizenz der Stadt Freiburg, um als Bewegungsanleiterin im Stadtteil tätig sein zu können. Ihre Leitung ist geprägt von Kontinuität, persönlichem Einsatz und Nähe zu den Teilnehmenden. Das Forum Weingarten e. V. übernimmt unterstützende Aufgaben wie Öffentlichkeitsarbeit, Organisation von Austauschformaten und Vernetzung, während die inhaltliche Gestaltung vollständig in der Hand der Kursleitung liegt.

„Ich spreche alle an, aber die Herren kommen einfach nicht. Die Damen sind da. Wohlbemerkt nur Damen – und das auch schon sehr lange“

Gerlinde Gallus, Kursleiterin
Interview vom 04.04.2025

Evaluation & Wirkungsnachweise

Eine formale Evaluation findet nicht statt. Die Wirkung des Bewegungsangebots wird informell über Beobachtung, Gespräche und Teilnahmezahlen erfasst. Die konstante Teilnahme und enge Bindung der Gruppe werden als wichtigstes Feedback verstanden. Die Wirkung liegt im sozialen Miteinander, der Bewegung im Alltag und dem Gefühl, „dazugehören“.

„Wenn ich nicht mehr kann, dann ist es vorbei. Ich leite das komplett allein. Und ich denke, so wird das auch bleiben.“

Gerlinde Gallus, Kursleiterin,
Interview vom 04.04.2025

Finanzierung, lokale Verankerung & Verstetigung

Das Angebot ist organisatorisch in die Quartiersarbeit des Forums Weingarten e.V. eingebunden, erfolgt aber komplett ehrenamtlich – ohne Honorar, feste personelle Vertretung oder strukturelle Finanzierung. Die Leitung liegt bei einer langjährig engagierten Anwohnerin, die die Gruppe aus eigener Motivation betreut. Zwar gibt es punktuelle Unterstützungsformate und einen jährlichen Austausch mit anderen Bewegungsgruppen in Freiburg, doch fehlt eine gesicherte Nachfolgeregelung.

Der Senioren-Aktivplatz im Garten des Hauses bieten eine niedrigschwellige Infrastruktur in direkter Nähe zur Zielgruppe. Die Realisierung des Aktivplatzes erfolgte mit Unterstützung der Freiburger Stadtbau GmbH sowie einzelner Sponsoren und wurde durch gemeinschaftliche Planung mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Quartiersarbeit und Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich initiiert.

Lessons Learned, Faktoren des Gelingens & Stolpersteine

Die soziale Nähe, die verlässliche Regelmäßigkeit und die langjährige Identifikation mit der Kursleitung sichern den Erfolg des Angebots. Gerade im niedrigschwelligen Bereich zählt das persönliche Vertrauensverhältnis oft mehr als institutionelle Rahmenbedingungen. Doch genau diese einzelfallbasierte Struktur birgt auch erhebliche Risiken für die Zukunftssicherung. Fehlt die tragende Person, bricht das Angebot weg.

Viele Menschen, die besonders vom Angebot profitieren könnten, sind im Alltag nur schwer erreichbar. Klassische Kommunikation oder Flyerverteilung reichen nicht aus – es braucht persönliche Ansprache, Geduld und Netzwerke, die sich nur langsam aufbauen lassen. Männer und Menschen mit Migrationsgeschichte sind bislang kaum vertreten – trotz offener Ausrichtung. Auch die Sportmentorinnen und -mentoren, die eigentlich als Multiplikatoren vorgesehen waren, sind in der Praxis bislang zu wenig aktiv in der direkten Kontaktaufnahme zur Zielgruppe.

Hinzu kommen Herausforderungen im Projektmanagement: Die Teilnehmendenwerbung begann teils zu spät, und niedrigschwellige Ideen wie „Jeder bringt einen mit“ erwiesen sich als schwer realisierbar. Für eine funktionierende Quartiersgesundheitsförderung braucht es nicht nur Engagement, sondern auch Zeit, Struktur und Geduld.

Politischer Appell & strukturelle Empfehlungen

Das Beispiel zeigt, wie kontinuierliche Bewegungsangebote mit minimalen Ressourcen über Jahre hinweg bestehen können – wenn engagierte Personen bereit sind, Verantwortung zu übernehmen. Doch dauerhafte Wirkung darf nicht vom Zufall oder Ehrenamt abhängen. Engagierte Einzelpersonen können Quartiersgesundheit enorm tragen – aber nicht allein sichern.

Es bräuchte bessere strukturelle Absicherung für langjährige Angebote wie dieses, insbesondere durch Unterstützung bei Nachfolge, Anerkennung und Vernetzung im Stadtteil. Auch niedrigschwellige Qualifizierungsformate, Mikrofinanzierungen und Begleitstrukturen auf Quartiersebene können helfen, die langfristige Tragfähigkeit zu sichern.



Weiterführende Informationen

Fachinformationen zum Projekt in der Projektdatenbank „**Gesund & Aktiv Älter Werden**“ www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/fachinformationen/projektdatenbank/angebot/gesund-und-fit-50plus



Kontakt

Forum Weingarten e.V.,
Quartiersbüro Weingarten-West,
✉ info@forum-weingarten.de

Praxisbeispiel 3 - Zusammengefasst

Zusammenfassung:

Das Projekt „Gesund und fit 50+“ in Freiburg-Weingarten ist ein niedrigschwelliges, ehrenamtlich getragenes Bewegungsangebot im öffentlichen Raum. Es zeigt, wie regelmäßige Bewegung, soziale Begegnung und Quartiersbindung auch mit einfachen Mitteln gefördert werden können – ohne Anmeldung, Mitgliedschaft oder sportliche Vorkenntnisse. Das laufende Angebot basiert stark auf dem Engagement einer langjährigen Kursleitung und wird quartiersbezogen unterstützt. Als zentrale Herausforderung zeigt sich neben der Nachfolgefrage auch die Erreichung von Männern, die deutlich seltener teilnehmen als Frauen. Gerade deshalb macht das Beispiel deutlich, wie wichtig Anerkennung, Nachfolgeplanung und quartiersbezogene Unterstützungsstrukturen für die langfristige Stabilität solcher Kleinstformate sind.

Projektlogik:

Ehrenamtlich getragenes, quartiersnahes Bewegungstreff-Angebot im öffentlichen Raum, entstanden im Kontext baulicher und sozialer Quartiersentwicklung; eingebettet in Quartiersarbeit Weingarten-West des Forum Weingarten e.V.; 2011 ins Leben gerufen.

Zielgruppe:

Bewohner 50+ in Weingarten-West (insb. aus dem Hochhaus an der Bugginger Straße); faktisch überwiegend ältere Frauen im Ruhestand.

Umsetzung & Steuerung:

Partizipative Planung des Aktivplatzes; Quartiers-Lizenz der Stadt Freiburg für die Kursleitung; Unterstützung durch Forum Weingarten e.V. bei Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

Zentrale Bausteine:

Wöchentlicher Treff mit Spaziergang, Gymnastik, Gleichgewichtsübungen, Dehnen und Austausch (draußen); Senioren-Aktivplatz als niedrigschwellige Infrastruktur.

Wirkung & Verstetigung:

Keine formale Evaluation; konstante Teilnahme, soziale Bindung und Alltagseinbindung als wichtigste Wirkungsindikatoren; hohes Verstetigungsrisiko durch Abhängigkeit von Einzelperson.

Key Take-Aways für andere Kommunen

- * Kleinstformate können sehr wirksam sein, wenn Vertrauen und Verlässlichkeit stimmen.
- * Bauliche Infrastruktur sollte mit sozialer Aktivierung zusammengedacht werden.
- * Ehrenamt braucht Nachfolgeplanung, Anerkennung und Backup-Strukturen.
- * Offene Angebote erreichen Männer und migrantische Gruppen nicht automatisch.

Erfolgsfaktoren

- + Soziale Nähe zur Zielgruppe und persönliches Vertrauensverhältnis zur Kursleitung (langjährige, zentrale Bezugsperson).
- + Verlässliche Regelmäßigkeit schafft Struktur und Bindung.
- + Niedrigschwellige Infrastruktur im direkten Wohnumfeld erleichtern die Teilnahme.

Stolpersteine

- Hohe Abhängigkeit von Einzelpersonen.
- Schwer erreichbare Zielgruppen (Männer und Menschen mit Migrationsgeschichte werden kaum erreicht, trotz offener Ausrichtung).
- Fehlende strukturelle Absicherung (z.B. Honorare, Vertretungen, Nachfolge, strukturelle Finanzierung).

Gemeinsam statt vereinzelt – Partizipation und Netzwerkarbeit als Schlüssel zur Gesundheitsförderung:

Generationennetz Gelsenkirchen

Hintergrund & lokaler Kontext

Die Stadt Gelsenkirchen steht mit einem besonders hohen Anteil älterer Menschen, strukturellen Armutsrisiken und einer diversen Bewohnerschaft vor typischen Herausforderungen der demografischen Entwicklungen. Bereits seit 2005 verfolgt die Kommune mit dem „Masterplan Seniorinnen und Senioren“ einen integrierten Ansatz zur quartiersnahen Versorgung, sozialen Teilhabe und Mitgestaltung älterer Menschen. Das Generationennetz wurde im Jahr 2009 unter dem Namen „Seniorennetz“ von der Stadt Gelsenkirchen ins Leben gerufen und 2012 als Verein gegründet. Heute ist es zentrale Koordinations- und Trägerstruktur für eine stadtweit verankerte Infrastruktur aus Beratungsstellen, Selbstorganisation und zivilgesellschaftlicher Beteiligung.

„Es geht uns nicht um ein weiteres Einzelprojekt, sondern um echte Ermöglichungsstrukturen für Engagement, Beratung und Hilfe vor Ort.“

Linda Benkel, hauptamtliche Mitarbeiterin
Generationennetz Gelsenkirchen
Interview vom 14.04.2025

Zielsetzung & adressierte Zielgruppe

Das Generationennetz verfolgt einen doppelten Anspruch: Es will älteren Menschen Teilhabe, Selbstbestimmung und wohnortnahe Unterstützung ermöglichen und zugleich strukturelle Brücken bauen zwischen Kommune, Zivilgesellschaft und Sozialwirtschaft. Dazu soll die Lebensqualität älterer Menschen gefördert und ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bis ins hohe Alter gesichert werden. Ältere Menschen werden dabei nicht als Fürsorgeempfängerinnen und -empfänger, sondern als Expertinnen und Experten in eigener Sache ernst genommen und aktiv eingebunden.



Kernbausteine & Angebotsinhalte

Das Generationennetz umfasst heute ein komplexes System lokaler Strukturen, das beispielsweise folgende Bausteine verbindet.

- Infocenter & Außenstellen:**
Die fünf dezentral verteilten Infocenter und 32 Außenstellen stadtweit bieten niedrigschwellige Beratung und Hilfe direkt im Quartier zu Themen wie Pflege, Wohnen, Teilhabe und Alltagsbewältigung.
- Nachbarschaftsstifterinnen und -stifter (SeNa):**
Rund 70 aktive SeNa fördern ehrenamtlich das Miteinander in den Stadtteilen, begleiten andere zu Behörden, geben Infos weiter und setzen eigene Aktivitäten um. Etwa ein Drittel hat selbst eine Migrationsgeschichte und ist dadurch ein wichtiger Baustein für interkulturelle Zugänge.
- ZWAR-Gruppen (ZWischen Arbeit und Ruhestand):**
Die ZWAR-Gruppen richten sich an Menschen ab 50 und fördern selbstorganisierte Freizeitgestaltung, Austausch und Engagement. Auch russisch- und türkischsprachige Gruppen wurden gezielt aufgebaut und sind mit dem stadtweiten Netzwerk verknüpft.
- Spaziergangsgruppen:**
Die Gruppen bringen Menschen, insbesondere weniger mobile und Ältere, in Bewegung und Kontakt. Sie treffen sich regelmäßig. Begleitet werden sie von ehrenamtlichen Spaziergangspaten, die zuvor geschult wurden. Die Gruppen fördern sowohl Gesundheit als auch soziale Integration.



i

Exkurs:**BEWEGTplus – Bewegung fördern im Stadtteil**

Im Stadtteil Hassel erprobt das Generationennetz Gelsenkirchen 2021-2024 mit dem Projekt BEWEGTplus (§ 20a SGB V finanziert) eine bewegungsförderliche Quartiersentwicklung mit explizitem Fokus auf ältere Menschen ab 50 Jahren, insbesondere alleinlebende und von Armut oder Migrationsgeschichte betroffene Personen. Die Mischung aus Verhältnis- und Verhaltensprävention umfasst bauliche Maßnahmen (z. B. verbesserte Gehwege, Bewegungsinselfn), niedrigschwellige Bewegungsangebote sowie die gezielte Einbindung von Ehrenamtlichen, z. B. als Spaziergangspatinnen oder Technikbotschafterinnen.

Zentral ist der partizipative Ansatz: Neue Angebote – etwa Yoga für Frauen mit Migrationsgeschichte oder ein digitaler Lernraum zur Förderung der Gesundheitskompetenz – entstehen im Dialog mit der Zielgruppe. Das Projekt wird in enger Kooperation mit Akteuren aus Stadtverwaltung, Moscheegemeinden, AWO, Altenhilfe und Sportvereinen umgesetzt und ist strukturell an das Generationennetz angebunden. Gelungene Formate werden seitdem auf andere Stadtteile wie Bismarck oder Schalke übertragen.

„Das ist schon rundum eigentlich ein gutes Paket. Deshalb haben wir es auf andere Stadtteile übertragen.“

**Linda Benkel, hauptamtliche Mitarbeiterin
Generationennetz Gelsenkirchen**
Interview vom 14.04.2025

Methodisches Vorgehen & Umsetzungsschritte

Die Arbeit des Generationennetzes basiert auf einem systematisch aufgebauten Netzwerkansatz, der Selbstorganisation stärkt und gleichzeitig hauptamtlich qualitätsgesichert begleitet wird. Herzstück ist eine sozialraumorientierte Infrastruktur mit Infocentern und Außenstellen, die durch gemeinsam erarbeitete Standards, Prozesse und Verfahren einschließlich Dokumentation sowie Beschwerdemanagement sozialräumlich arbeiten. Hauptamtliche Fachkräfte übernehmen Beratung, Engagementförderung und Netzwerkkoordination. Die Angebote entstehen partizipativ und orientieren sich an Bedarfen vor Ort – von Spaziergangsgruppen über digitale Schulungen bis zu Bewegungsformaten für Hochaltrige. Engagierte Bürgerinnen und Bürger wie die SeNa oder Spaziergangspaten werden systematisch qualifiziert, begleitet und in ihrer Rolle gestärkt. Die Zusammenarbeit mit Moscheegemeinden, Trägern und Einrichtungen vor Ort ist fester Bestandteil. Für Projektarbeit wie BEWEGTplus erfolgt eine zielgruppenspezifische Entwicklung von Angeboten. Erfolgreiche Formate werden auf andere Stadtteile übertragen.

„Es braucht nicht noch ein neues Projekt – sondern gute Bedingungen für die, die schon Verantwortung übernehmen.“

**Linda Benkel, hauptamtliche Mitarbeiterin
Generationennetz Gelsenkirchen**
Interview vom 14.04.2025

Evaluation & Wirkungsnachweise

Die Angebote des Generationennetzes werden regelmäßig evaluiert, sowohl projektbegleitend als auch intern zum Abschluss größerer Maßnahmen. Im Rahmen von BEWEGTplus wurden beispielsweise zu jedem Kurs standardisierte Fragebögen eingesetzt, die u. a. Veränderungen im Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden erfassten. Darüber hinaus wurden qualitative Interviews mit verschiedenen beteiligten Akteuren durchgeführt, um vertiefende Einblicke in Wirkmechanismen und Gelingensfaktoren zu erhalten. Auch über das Projektende hinaus fließen Teilnehmerzahlen, Rückmeldungen und stichprobenartige Umfragen kontinuierlich in die Netzwerkarbeit ein und unterstützen die Weiterentwicklung der Angebote.

Finanzierung, lokale Verankerung & Verstetigung

Die Finanzierung des Generationennetzes basiert auf einem hybriden Modell aus kommunaler Förderung, Mitgliedsbeiträgen, Sachleistungen und Drittmitteln. Die Stadt Gelsenkirchen trägt als Hauptförderin den überwiegenden Anteil der Personalkosten der Infocenter auf Basis eines Rahmenvertrags. Hinzu kommen gestaffelte Mitgliedsbeiträge von aktuell rund 30 beteiligten Akteuren aus der Seniorenarbeit (z. B. Beratungsstellen, Krankenhäuser, Wohlfahrtsverbände), wobei gemeinnützige Organisationen entlastet und ehrenamtlich engagierte Einzelpersonen beitragsfrei gestellt sind. Zusätzlich bringen die Netzwerkpartner Sachleistungen wie Räume, Ausstattung oder Infrastruktur in die Vereinsarbeit ein. Drittmittel spielen insbesondere in der Projektarbeit eine Rolle: So war das Generationennetz u. a. Netzwerkpartner im BMFTR-geförderten Projekt „QuartiersNETZ“, das zwischen 2014 und 2018 innovative sozialräumliche Beteiligungsformate entwickelte. Für die Fortführung und Verstetigung von Aktivitäten nach Projektende setzt das Generationennetz auf eine Kombination aus Kooperationen mit lokalen Partnern (z. B. Gelsensport, AWO, Kirchengemeinden), Nutzung kleiner Fördertöpfe, Eigenleistungen durch Mitglieder sowie vereinzelte Kostenbeteiligung durch Teilnehmende (z. B. fünf Euro bei Kochangeboten), wobei möglichst niedrigschwellige und kostenfreie Zugänge erhalten bleiben sollen.

Lessons Learned, Faktoren des Gelingens & Stolpersteine

Die langjährige Arbeit des Generationennetzes zeigt, dass soziale Nähe, Ehrenamtsstrukturen und eine starke lokale Vernetzung zentrale Erfolgsfaktoren für die Ansprache älterer Menschen sind. Die Einbindung von engagierten Bürgerinnen und Bürgern wie z. B. ehrenamtlicher SeNa, Spaziergangspaten usw. trägt zur Verankerung in den Quartieren bei und unterstützt durch Partizipation der Zielgruppe eine passgenaue Entwicklung von Angeboten und Strukturen. Für die Akzeptanz innerhalb migrantischer Gruppen hat sich als besonders wirksam erwiesen, wenn Angebote von Personen aus der eigenen Community geleitet werden – Vielfalt wird nicht nur thematisiert, sondern konkret erlebt. Der partizipative Ansatz, bei dem Bedarfe gemeinsam mit der Zielgruppe ermittelt werden, fördert Akzeptanz und Eigenverantwortung.

„Deutlich in der jahrelangen Arbeit des Generationennetzes wurde die Tatsache, dass ehrenamtliches/freiwilliges Engagement stets eine hauptamtliche Begleitung benötigt.“

aus „Gesammelte Erfahrungen“ zum Generationennetz Gelsenkirchen e. V. in der Projektdatenbank „Gesund & Aktiv Älter Werden“

Gerade im Bereich Bewegungsförderung zeigt sich, wie schnell Unterschiede im Fitnesslevel, Sprachbarrieren oder Mobilitätshürden zur Exklusion führen können. In der Praxis bedeutet das: kleinere, dezentralere Gruppen, niedrigere Schwellen und größere Geduld.

Gleichzeitig bestehen weiterhin Zugangshürden – insbesondere bei einsamen, hochaltrigen Menschen oder älteren Menschen mit Migrationsgeschichte, die sich in klassischen Angeboten kaum wiederfinden. Männer sind in gesundheitsbezogenen Formaten stark unterrepräsentiert, lassen sich aber eher durch konkrete Themenformate wie Technik oder Spaziergänge aktivieren.

Auch das digitale Angebot bleibt eine Herausforderung: Viele Ältere bevorzugen persönliche Begegnungen gegenüber Online-Formaten. Die Heterogenität in Fitness, Sprache und Lebenslagen erfordert zudem flexible, zielgruppengerechte Angebote. Und schließlich bleibt – trotz breiter Trägerschaft – die Finanzierung nach Projektende ein kritischer Punkt.

Politischer Appell & strukturelle Empfehlungen

Das Generationennetz Gelsenkirchen zeigt, wie kommunale Netzwerkarbeit soziale Teilhabe und Gesundheitsförderung im Alter dauerhaft stärken kann – vorausgesetzt, die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen stimmen. Es braucht eine gesicherte Finanzierung niedrigschwelliger Anlaufstellen durch kommunale Träger, verlässliche Unterstützung für ehrenamtlich Engagierte sowie Räume für echte Beteiligung. Partizipative Quartiersentwicklung gelingt nur, wenn Menschen nicht nur Zielgruppe, sondern aktive Mitgestaltende sind.

**Weiterführende Informationen**www.generationennetz-ge.de

Fachinformationen zum Generationennetz Gelsenkirchen in der Projektdatenbank

„Gesund & Aktiv Älter Werden“:www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/fachinformationen/projektdatenbank/angebot/generationennetz-gelsenkirchen-e-v**Projektsteckbrief BEWEGTplus:**www.generationennetz-ge.de/wp-content/uploads/2022/02/Projektsteckbrief.pdf**Kontakt****Linda Benkel,**

hauptamtliche Mitarbeiterin im Generationennetz Gelsenkirchen e. V., Infocenter Mitte, Bulmke-Hülle,

✉ linda.benkel@gelsenkirchen.de**Praxisbeispiel 4 - Zusammengefasst****Zusammenfassung:**

Das Generationennetz Gelsenkirchen ist eine stadtweit verankerte Koordinationsstruktur für Teilhabe, Beratung und Engagement im Alter. Es verbindet Infocenter und Außenstellen für niedrigschwellige Beratung zu Pflege, Wohnen, Teilhabe und Alltagsfragen mit ehrenamtlichen Nachbarschaftsstiftern, ZWAR-Gruppen („ZWischen Arbeit und Ruhestand“) und bewegungsfördernden Quartiersprojekten. Ältere Menschen werden dabei nicht nur als Zielgruppe, sondern als aktive Mitgestalter ihres Lebensumfelds verstanden. Finanziert wird das Generationennetz hybrid: Die Stadt Gelsenkirchen trägt als Hauptförderin den überwiegenden Anteil der Personalkosten, ergänzt durch Mitgliedsbeiträge, Sachleistungen und Drittmittel. Das Beispiel zeigt, wie kommunale Altenarbeit, Zivilgesellschaft und soziale Träger gemeinsam Ermöglichungsstrukturen schaffen können, die Selbstständigkeit und soziale Teilhabe bis ins hohe Alter unterstützen.

Projektlogik:

Stadtweit verankerte Ermöglichungsstruktur für Beratung, Engagement und Teilhabe älterer Menschen im Quartier – kein Einzelprojekt, sondern kommunale Infrastruktur.

Zielgruppe: Ältere Menschen in Gelsenkirchen, besonders alleinlebende, armutsbetroffene und migrantische Zielgruppen; ergänzend Menschen ab 50 in ZWAR- und Bewegungsformaten.

Zentrale Bausteine: Fünf dezentrale Infocenter, 32 Außenstellen stadtweit, Nachbarschaftsstifter (SeNa), ZWAR-Gruppen (Zwischen Arbeit und Ruhestand), Spaziergangsgruppen; BEWEGT-plus als bewegungsförderliche Quartiersentwicklung.

Umsetzung & Steuerung: Hauptamtliche Koordination plus qualifiziertes Ehrenamt; partizipative Angebotsentwicklung mit Stadtverwaltung, Trägern, Moscheegemeinden, AWO, Sport und Altenhilfe; hybride Finanzierung aus kommunaler Förderung, Mitgliedsbeiträgen, Sachleistungen und Drittmitteln.

Wirkung & Verstetigung: Regelmäßige interne und projektbezogene Evaluation; starke Quartiersnähe und Übertragung gelungener Formate in weitere Stadtteile; Verstetigung über Kommune, Partner, Eigenleistungen und Drittmittel. gungsrisiko durch Abhängigkeit von Einzelperson.

Key Take-Aways für andere Kommunen

- * Struktur schlägt Projektlogik: dauerhafte Anlaufstellen schaffen Vertrauen.
- * Ehrenamt wirkt nur mit Qualifizierung, Begleitung und hauptamtlichem Rückgrat.
- * Interkulturelle Zugänge gelingen über Personen aus den Communities.
- * Bewegungsangebote verbinden Gesundheit und soziale Teilhabe.

Erfolgsfaktoren

- + Soziale Nähe und lokale Vernetzung (Ansprache Älterer über vertraute Strukturen im Quartier, dezentrale Anlaufstellen).
- + Qualifiziertes Ehrenamt mit hauptamtlicher Begleitung.
- + Partizipative Angebotsentwicklung mit der Zielgruppe für mehr Akzeptanz, Eigenverantwortung und Passfähigkeit.
- + Community-nahe Zugänge für migrantische Zielgruppen.

Stolpersteine

- Zugang zu Männern und zu einsamen, hochaltrigen und migrantischen älteren Menschen bleibt schwierig.
- Heterogene Fitnesslevel, Sprachbarrieren, Mobilitätshürden.
- Finanzierung nach Projektende bleibt kritisch.

Koordinieren, vernetzen, gestalten – Quartierskoordination und Planungskreise als Motor gesundheitsfördernder Quartiere:

vdek-Projekt Gesund Altern und Pflegen im Quartier



Hintergrund & lokaler Kontext

Als Reaktion auf zentrale Herausforderungen der demografischen Entwicklung und der Versorgungsrealität älterer Menschen im Quartier hat der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) drei bundesweite Modellprojekte initiiert. Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass Präventionsangebote häufig schwer zugänglich sind, insbesondere für vulnerable, hochaltrige oder bereits pflegebedürftige Menschen. Zugleich sind die klassischen Versorgungsstrukturen stark fragmentiert - zwischen Pflege, Gesundheit, Soziales und Kommune fehlt es vielerorts an verbindender Koordination.

Der vdek initiierte bereits 2018 das Modellprojekt „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Quartier“ (2018 - 2020), gefolgt von den Anschlussprojekten „Gesund Altern und Pflegen im Quartier“ (2021 - 2024) und „Pflegende An- und Zugehörige im Quartier“ (2024 - 2026). An insgesamt 18 ländlichen Modellstandorten in ganz Deutschland (z. B. Gemeinde Lehnshahn in Schleswig-Holstein, Hoyerswerda in Sachsen, Markt Berolzheim in Bayern oder Sonsbeck in Nordrhein-Westfalen) wurden vom AWO Bundesverband e.V. gemeinsam mit seinen Trägern quartiersbezogene Gesundheitsangebote für ältere Menschen - einschließlich Pflegebedürftiger - umgesetzt.

Zielsetzung & adressierte Zielgruppe

Ziel der Projekte ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen sowie pflegender Angehöriger zu stärken - insbesondere in strukturschwachen, häufig ländlich geprägten Regionen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Verbesserung der Lebensqualität durch präventive, alltagsnahe Unterstützungs- und Gesundheitsangebote im direkten Wohnumfeld. Solche Angebote sollen auf lokaler Ebene angesiedelt, sozialraumbezogen und niedrigschwellig sein - nah dran an den Lebensrealitäten der älteren Bevölkerung. Dadurch werden die gesundheitliche Chancengleichheit gefördert, Pflegebedürftigkeit vorgebeugt und die Selbstständigkeit bis ins hohe Alter gesichert.

Dabei liegt ein besonderer Fokus darauf, lokale Netzwerke zu schaffen, die präventive Angebote strukturell verankern und die verschiedenen Versorgungsbereiche miteinander verzahnen.

„Ein wesentlicher Mehrwert des Projekts lag darin, Gesundheitsförderung nicht isoliert zu denken, sondern gemeinsam mit lokalen Akteuren bestehende Strukturen zu analysieren, funktionierende Angebote zu stärken und gezielt weiterzuentwickeln.“

Mandy Krüger,
Referentin Prävention und Gesundheitsförderung, Abteilung
Gesundheit, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
Interview vom 02.07.2025

Quartiere sollen gesundheitsförderlich weiterentwickelt, neue Wege der Erreichbarkeit erprobt und Angebote gemeinsam mit den älteren Menschen gestaltet werden.

Die adressierten Personengruppen umfassen vor allem alleinlebende, wenig mobile ältere Menschen, Personen mit Pflegeverantwortung, chronisch Erkrankte sowie Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder geringer sozialer Teilhabe. Die Projekte richten sich explizit auch an ländliche Quartiere, in denen Versorgungs- und Bewegungsangebote häufig schwerer zugänglich sind. Pflegende Angehörige werden gezielt als eigenständige Zielgruppe adressiert, deren hohe Belastung und eingeschränkte Gesundheitsressourcen in der Regel kaum Berücksichtigung finden.

Kernbausteine & Angebotsinhalte

Die Projekte schaffen niedrigschwellige, alltagsnahe Angebote für ältere Menschen und pflegende An- und Zugehörige in ländlichen Räumen, insbesondere in den Themenfeldern Bewegung, Ernährung, Soziales, Mobilität und altersgerechte Kommune. Lokale Koordinatoren spielen hierfür eine zentrale Rolle. Sie identifizieren bestehende Angebote und Versorgungslücken, planen mit einem örtlichen Kreis relevanter Akteure und begleiten Arbeitsgruppen bei der Umsetzung neuer Maßnahmen. Die inhaltlichen Bausteine wurden systematisch aus lokalen Bedarfen abgeleitet und partizipativ ausgestaltet. Dazu gehören:

- **Bewegungsförderung und gesunde Lebensführung im Alltag:** Im Mittelpunkt stehen leicht zugängliche Bewegungsangebote wie seniorenge-rechte Spaziergänge oder Sitzgymnastik. Diese werden direkt im Quartier umgesetzt und orientieren sich am physischen Leistungsstand der Zielgruppe. Auch präventive Ernährungsthemen und Informationsangebote werden eingebunden.
- **Unterstützung pflegender Angehöriger:** Mit Gesprächskreisen, Pflegesprechstunden und gezielten Austauschformaten wird der psychosoziale Entlastungsbedarf pflegender Angehöriger adressiert. Diese Angebote bieten sowohl emotionale Entlastung als auch praktische Informationen zur Pflegeorganisation und zum Zugang zu Hilfeleistungen.
- **Individuelle und kollektive Gesundheitsförderung:** Neben verhaltenspräventiven Maßnahmen wurde auch an strukturellen Bedingungen im Quartier gearbeitet, z. B. durch die Identifikation von Bewegungsbarrieren oder fehlenden Begegnungs-orten. Die Angebote zielen auf Teilhabe, Aktivierung und stärkere Selbstsorge im Alter.

Methodisches Vorgehen & Umsetzungsschritte

Die Umsetzung folgt einem systematischen, partizipativen Vorgehen, das durch lokale Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren der AWO gesteuert wurde. Sie übernahmen die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse im Quartier, initiierten Austauschformate, koordinierten Akteure vor Ort und begleiteten die Umsetzung der Maßnahmen. Zentrale methodische Elemente waren dabei der Aufbau eines lokalen Planungskreises, die Durchführung von Bürgerinnen- und Bürgerdialogen sowie Fokusgruppen mit pflegenden Angehörigen.

- Der **Planungskreis** ist ein lokales Steuerungsgremium, das zentrale Akteure aus Gesundheit, Soziales und Quartiersarbeit zusammenbringt, um Bedarfe älterer Menschen gemeinsam zu analysieren, Maßnahmen zu entwickeln und die Umsetzung im Sinne eines gesundheitsfördernden Quartiers zu begleiten.
- Ein **Bürgerinnen- und Bürgerdialog** nach dem Prinzip der Zukunftswerkstatt ist ein moderiertes Beteiligungsformat, bei dem ältere Menschen gemeinsam mit lokalen Akteuren in drei Phasen – Träumen, Kritisieren, Realisieren – Ideen, Bedarfe und konkrete Maßnahmen für ein gesundes Älterwerden im Quartier entwickeln. In anschließenden Arbeitsgruppen werden die Ideen in konkrete Maßnahmen überführt.

Alle Phasen dieses Entwicklungsprozesses - von der initialen Vorbereitung bis hin zur kontinuierlichen Evaluation - sind im Praxisleitfaden „Gesund älter werden im ländlichen Raum - Gesundheitsfördernde Strukturen im Quartier entwickeln“ transparent dargelegt. Mit detaillierten Beschreibungen der einzelnen Schritte, Checklisten und Praxisbeispielen kann er anderen Interessierten helfen, gesundheitsförderliche Angebote nachhaltig zu entwickeln und umzusetzen.

Evaluation & Wirkungsnachweise

Das Modellprojekt „Gesund altern und leben im Quartier“ wurde partizipativ-evaluativ vom Institut für Gerontologische Forschung e. V. begleitet. Dies umfasst insbesondere regelmäßige Besuche in den Quartieren und die enge Einbindung der Koordination, der Planungskreise sowie der Zielgruppen. Die Zwischenergebnisse wurden fortlaufend in Projektbesprechungen genutzt, um auf Basis der Evaluation gezielt nachzusteuern. Das Projekt „Pflegende An- und Zugehörige im Quartier“ wird von der Technischen Universität München wissenschaftlich begleitet. Es wird eine bundesweite quantitative Erhebung zu Belastungen und Ressourcen pflegender Angehöriger in teilstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt und mit Audiotagebüchern durch die Zielgruppe ergänzt.

Neben Teilnehmendenbefragungen (z. B. zu Gesundheitsverhalten, Wohlbefinden und Barrieren) werden qualitative Interviews mit Akteuren vor Ort geführt. In der Praxis kommen standardisierte Feedbackbögen für einzelne Angebote zum Einsatz. Gestiegene Motivation zur Bewegung, neue Kontakte und reduziertes Einsamkeitsempfinden werden als positive Effekte benannt. Auch strukturell zeigen sich Erfolge, z. B. durch stärkere Einbindung von Pflegestrukturen oder verbesserte Kooperation zwischen den Akteuren vor Ort.

Finanzierung, lokale Verankerung & Verstetigung

Gesetzliche Grundlage ist § 20a SGB V, der explizit die Gesundheitsförderung in Lebenswelten adressiert. Der vdek setze den Auftrag um, indem er gemeinsam mit den Ersatzkassen und lokalen Partnern sektorenübergreifende Versorgungs- und Präventionsketten im Quartier modellhaft entwickelte. Eine wichtige Rolle spielte dabei auch die strukturelle Erkenntnis, dass gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse im Alter nicht allein durch Einzelmaßnahmen zu erreichen sind, sondern ein koordiniertes Zusammenwirken vieler Akteure benötigen. Die Quartiere selbst wiesen unterschiedliche Voraussetzungen auf – von urban verdichteten Räumen mit Migrationsanteil bis hin zu strukturschwachen ländlichen Regionen. Dies erforderte standortspezifische Lösungen und einen engen Einbezug der Menschen vor Ort.

Mit Ende der Projektlaufzeiten wurde durch Nachhaltigkeitswerkstätten an allen Standorten gezielt an einer Weiterführung der Angebote gearbeitet. In vielen Quartieren bestehen zentrale Maßnahmen, wie Pflegesprechstunden oder Bewegungsgruppen, bis heute fort – teils unter kommunaler Trägerschaft. An einzelnen Standorten wurden Projektstellen verstetigt oder in kommunale Fachstellen überführt. Damit zeigt das Projekt, dass die Verankerung in nachhaltige Strukturen gelingen kann und die Ersatzkassen somit einen Beitrag zur Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen vor Ort beigetragen haben.



Lessons Learned, Faktoren des Gelingens & Stolpersteine

Ein zentrales Learning ist, dass der Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen im Quartier Zeit braucht – insbesondere in ländlichen Regionen, wo Ressourcen rar sind und Netzwerke teils erst aufgebaut werden müssen. Die enge Zusammenarbeit mit lokalen Partnern wie AWO, Sportvereinen oder Kirchengemeinden halfen, Vertrauen aufzubauen und bereits bestehende Strukturen einzubinden, anstatt parallel neue zu schaffen. Die kontinuierliche Präsenz durch eine koordinierende Ansprechperson vor Ort erwies sich als entscheidender Gelingensfaktor. Ebenso wichtig ist die frühe Beteiligung relevanter Akteure sowie der Zielgruppe, um bedarfsgerechte Maßnahmen entwickeln zu können. Auch kleine Formate können Wirkung zeigen – vorausgesetzt, sie sind nah an den Bedürfnissen der Menschen vor Ort.

Herausfordernd ist es, die Projektergebnisse über den Förderzeitraum hinaus zu verstetigen. Nicht überall gelang es, verlässliche Strukturen zu etablieren. Auch das Aufrechterhalten der Motivation im Planungskreis über längere Zeiträume hinweg war teils schwierig, wenn unmittelbare Effekte ausblieben.

„Aus unserer Sicht ist es, zwingend notwendig die Kommunen mit ausreichenden Steuermitteln auszustatten, damit sie in der Gesundheitsförderung und Prävention handlungsfähig sind und kommunale Gesundheitsaktivitäten verantwortlich koordinieren können. Nur unter diesen Voraussetzungen kann kommunale Gesundheitsförderung nachhaltig wirksam sein.“

Sina Matthies, Referatsleitung Prävention und Gesundheitsförderung, Abteilung Gesundheit, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin, Interview vom 02.07.2025

Politischer Appell & strukturelle Empfehlungen

Die Erfahrungen der vdek-Modellprojekte verdeutlichen, dass nachhaltige kommunale Gesundheitsförderung verlässliche gesetzliche, personelle und finanzielle Grundlagen braucht. Kommunen sollten befähigt werden, Gesundheitsförderung als gesetzlich verankerte Pflichtaufgabe wahrzunehmen – mit klaren Zuständigkeiten und dauerhaft bereitgestellten Ressourcen. Dabei sollte Gesundheitsförderung nicht alleinige Aufgabe der GKV sein, sondern als gemeinsame Verantwortung von Bund, Ländern und Kommunen begriffen werden.

Entscheidend ist zudem, Gesundheit als Querschnittsaufgabe in allen kommunalen Handlungsfeldern – von Bildung bis Stadtentwicklung – mitzudenken. Nur so können Synergien entstehen, Strukturen gestärkt und die Wirksamkeit der Maßnahmen erhöht werden.

Weiterführende Informationen

Praxisleitfaden
„Gesund älter werden im ländlichen Raum - Gesundheitsfördernde Strukturen im Quartier entwickeln“ (2021), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek): www.awo.org/wp-content/uploads/Projekte-Programme/Praxisleitfaden_Gesund-aelter-werden-im-laendlichen-Raum.pdf

Ergänzung zum Praxisleitfaden
„Gesund Altern und Pflegen im ländlichen Raum - Fokus pflegende Angehörige: Gesundheitsfördernde Strukturen im Quartier entwickeln“ (2024): www.awo.org/wp-content/uploads/Projekte-Programme/Ergaenzung-zum-Praxisleitfaden_Gesund-Altern-und-Pflegen.pdf

Kontakt

Mandy Krüger,
Referentin der Prävention und Gesundheitsförderung, Abteilung Gesundheit, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
✉ Mandy.Krueger@vdek.com

Praxisbeispiel 5 - Zusammengefasst

Zusammenfassung:

Die vdek-Modellprojekte zeigen, wie Prävention auch ältere, vulnerable und bereits pflegebedürftige Menschen im direkten Lebensumfeld erreichen kann. Auf Grundlage des Präventionsgesetzes setzte der vdek gemeinsam mit Ersatzkassen und lokalen Partnern modellhaft gesundheitsfördernde Ansätze in Quartieren um. Im Zentrum stehen lokale Quartierskoordination, Planungskreise und niedrigschwellige Angebote zu Bewegung, Ernährung, sozialer Teilhabe und Entlastung pflegender Angehöriger. Die Projekte machen deutlich, dass Gesundheitsförderung im Alter besonders wirksam ist, wenn Pflege, Kommune, soziale Träger und lokale Netzwerke zusammenarbeiten.

Projektlogik:

Bundesweite Modellprojektfamilie seit 2018 zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Quartiere, in mittlerweile 18 ländlichen Modellstandorten und mit Blick auf ältere Menschen sowie pflegende Angehörige.

Zielgruppe: Alleinlebende, wenig mobile, hochaltrige oder pflegebedürftige Menschen; chronisch Erkrankte; pflegende An- und Zugehörige in strukturschwachen bzw. ländlichen Quartieren.

Zentrale Bausteine: Bewegungsförderung (zugängliche Bewegungsangebote), gesunde Lebensführung, soziale Teilhabe, Mobilität, altersgerechte Kommune sowie Gesprächskreise und Pflegesprechstunden für pflegende Angehörige.

Umsetzung & Steuerung: Lokale AWO-Koordinatoren, Planungskreise, Bürgerdialoge nach Zukunftswerkstatt-Prinzip, Fokusgruppen und Arbeitsgruppen; Praxisleitfaden mit Checklisten und Umsetzungsschritten.

Wirkung & Verstetigung: Partizipativ-evaluative Begleitung; positive Effekte bei Bewegung, Kontakten und Einsamkeit; Nachhaltigkeitswerkstätten und Fortführung zentraler Maßnahmen an vielen Standorten; Praxisleitfaden als praktische Arbeitshilfe für Praktikerinnen und Entscheidungsträger, die eine gesundheitsfördernde Quartiersentwicklung für ältere Menschen anstoßen wollen.

Key Take-Aways für andere Kommunen

- * Quartierskoordination ist die Schnittstelle zwischen Pflege, Gesundheit, Soziales und Kommune.
- * Planungskreise schaffen gemeinsame Verantwortung und Priorisierung.
- * Pflegende Angehörige müssen als eigene Zielgruppe adressiert werden.
- * Praxisleitfäden ermöglichen Transfer in andere Kommunen.

Erfolgsfaktoren

- + Kontinuierliche koordinierende Ansprechperson vor Ort.
- + Enge Zusammenarbeit mit lokalen Partnern für mehr Vertrauen und Einbindung in bestehende Angebote.
- + Frühe Beteiligung relevanter Akteure und Zielgruppen.
- + Nicht parallel neu schaffen, sondern Bestehendes stärken und gezielt weiterentwickeln.

Stolpersteine

- Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen braucht Zeit, besonders in ländlichen Regionen.
- Knappe Ressourcen in ländlichen Regionen.
- Verstetigung über Förderzeitraum hinaus gelingt nicht überall, Fehlen verlässlicher Strukturen.
- Sinkende Motivation im Planungskreis bei Ausbleiben unmittelbarer Effekte.



Wo Förderung auf lokale Expertise trifft – Kommunale Verantwortung für gesundheitliche Chancengleichheit:

GiB Gesund in Berlin
& Projekt Heerstraße



Hintergrund & lokaler Kontext

In mehreren Berliner Stadtteilen bestehen nach wie vor soziale und gesundheitliche Herausforderungen, etwa in Form eingeschränkter Zugänge zu gesundheitsfördernden Angeboten oder überdurchschnittlicher Belastungen im Alltag, wie finanzielle Unsicherheit, eingeschränkte Mobilität oder geringe soziale Teilhabe. Beispielsweise liegt im Raum Heerstraße in Berlin-Spandau der Anteil an Transferleistungsbezug mit 43,2 Prozent fast dreimal so hoch wie in Gesamt-Berlin¹. Auch Altersarmut, ein niedriger sozioökonomischer Status und begrenzte Teilhabemöglichkeiten prägen das Quartiersbild.

Vor diesem Hintergrund wurde 2021 das Förderprogramm „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ (GiB) ins Leben gerufen. Das Programm wird gemeinschaftlich gefördert durch das GKV-Bündnis für Gesundheit in Berlin mit der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege und der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen und seit 2025 auch der Senatsverwaltung für Mobilität, Verkehr, Klimaschutz und Umwelt, um soziallagenbezogene Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention in belasteten Sozialräumen gezielt zu stärken. Mit dem Programm werden besonders vulnerable Zielgruppen, darunter ältere Menschen, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationsgeschichte oder in prekären Lebenslagen adressiert. Die geförderten Projekte setzen auf niedrigschwellige, quartiersnahe Ansätze - eingebettet in eine sozialraumorientierte Strategie.

„Bei älteren Menschen sind offene Gruppen oft weniger beliebt. Sie schätzen es, wenn sie eine feste Anleiterin oder einen festen Anleiter haben. Die soziale Interaktion, Sicherheit und Verlässlichkeit spielen eine große Rolle.“

Boris Metz, Programmkoordination GiB,
Interview vom 01.09.2025

Zielsetzung & adressierte Zielgruppe

Das GiB Förderprogramm zielt darauf ab, gesundheitsförderliche Strukturen im Sozialraum aufzubauen, die möglichst nah an den Lebenswelten der Zielgruppe orientiert sind – auch um damit schwer erreichbare Personen besser einbinden können. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf partizipativer Umsetzung durch lokale Träger, enger Zusammenarbeit mit den Bezirken und bedarfsorientierter Angebotsentwicklung vor Ort. Mit GiB wurden bereits 33 Projekte in den Handlungsfeldern Bewegung, Gesundheitskompetenz, Ernährung, Entspannung, psychische Gesundheit und Stressbewältigung für ältere und alte Menschen umgesetzt.

Eines dieser Projekte ist „Bewegung für Ältere rund um die Heerstraße“ (2022-2024) mit dem bwgt e. V. als Projektträger. Ziel dieses Projektes ist es, älteren Menschen im Quartier Heerstraße-Nord den Zugang zu gemeinschaftlicher Bewegung im öffentlichen Raum zu ermöglichen, insbesondere vor dem Hintergrund pandemiebedingter Isolation und Bewegungsmangel. Dabei stehen die Stärkung körperlicher Gesundheit, die Förderung sozialer Teilhabe und das Selbstwirksamkeitserleben im Alter im Mittelpunkt. Die Angebote richten sich

vorrangig an ältere Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf, etwa aufgrund eingeschränkter Mobilität, chronischer Erkrankungen, geringem Einkommen oder fehlender familiärer Anbindung.

Kernbausteine & Angebotsinhalte

Im GiB-geförderten Projekt „Bewegung für Ältere rund um die Heerstraße“ setzt der bwgt e. V. auf alltagsnahe, kostenfreie Bewegungsangebote für Seniorinnen und Senioren im öffentlichen Raum und in verschiedenen Einrichtungen aus dem Fördergebiet. Die Maßnahmen wurden partizipativ mit lokalen Einrichtungen, Bewohnerinnen und Bewohnern und Netzwerkakteuren wie der Stadtteilkoordination oder dem Quartiersmanagement geplant und umgesetzt. Sie umfassen zum Beispiel wöchentlich stattfindende, offene Angebote wie Spaziergänge im Kiez, Bewegung und Spaß im Südpark, Qi Gong und Tai Chi, Yoga im Sitzen, oder Sturzprophylaxe. Es wird besonderer Wert darauf gelegt, Vertrauen unter den Teilnehmenden aufzubauen, Berührungsängste abzubauen und die Bewegungsangebote möglichst niedrigschwellig, gemeinschaftlich und wohnortnah zu gestalten. Neben der körperlichen Aktivierung steht dabei der soziale Aspekt im Vordergrund.

¹ Laut integriertem Handlungs- und Entwicklungskonzepts des Quartiersmanagements, siehe: www.gesundinberlin.org/projekt/bewegung-fuer-aeltere-rund-um-die-heerstrasse

Methodisches Vorgehen & Umsetzungsschritte

Das Förderprogramm „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ (GiB) verfolgt einen strukturierten, sozialraum-orientierten Förderansatz: Neue Projektideen entstehen nicht durch Einzelanträge, sondern im Rahmen sogenannter „bezirklichen Fachrunden“ in enger Abstimmung mit den verantwortlichen Fachakteuren vor Ort. In diesen bezirklichen Planungsrounds werden auf Grundlage konkreter Bedarfe im Sozialraum Projektkonzepte und Ausschreibungen entwickelt. Erst danach erfolgt eine Auswahl geeigneter Träger, beispielsweise aus dem Kreis freier Träger, gemeinnütziger Organisationen oder Vereine mit Erfahrung in der Gesundheitsförderung. Die inhaltliche Ausrichtung der geförderten Projekte muss sich dabei an den von GiB definierten Handlungsschwerpunkten und an den Bedarfen vulnerabler Zielgruppen orientieren.

„Wir wollten, dass ältere Menschen wieder rauskommen, sich bewegen, gemeinsam was machen - ganz ohne Druck, ohne Leistungsanspruch. Es geht auch darum, die Leute dort abzuholen, wo sie stehen, mit dem, was sie können und was ihnen Spaß macht.“

Felix Klump, Projektkoordinator bwgt e.V., Interview vom 09.07.2025

Nach dem Auswahl- und Förderprozess werden die Projekte durch GiB kontinuierlich fachlich begleitet, z. B. durch Beratung, Austauschformate und Vernetzung. Eine Auswertung der Projekte erfolgt mit Blick auf Reichweite, Wirksamkeit und strukturelle Effekte im Sozialraum. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Weiterentwicklung einzelner Projekte und die strategische Ausrichtung des Programms ein. Auf diese Weise unterstützt GiB nicht nur punktuelle Maßnahmen, sondern wirkt als strukturfördernder Rahmen, der auf langfristige Veränderung in benachteiligten Quartieren zielt.

Auf Umsetzungsebene folgt das Beispielprojekt „Bewegung für Ältere rund um die Heerstraße“ des bwgt e.V. einem erprobten methodischen, partizipativen Vorgehen in mehreren Phasen:

- **Bedarfsermittlung und Bestandsaufnahme** über persönliche Gespräche, Kiezbegehungen und Abstimmungen mit lokalen Einrichtungen, um konkrete Bedarfe, bestehende Angebote, Bewegungsorte und Kooperationspotenziale zu identifiziert.
- **Qualifizierung von KiezÜbungsleiterinnen und -leiter**, d.h. Anwohnende und Mitarbeitende sozialer Einrichtungen werden geschult, um selbst niedrigschwellige Bewegungsangebote im Kiez durchzuführen.
- **Aufbau und Umsetzung der Bewegungsangebote** in enger Kooperation mit lokalen Partnern (z. B. Seniorentreffs, Stadtteilzentren).
- **Begleitende Maßnahmen** wie Öffentlichkeitsarbeit, laufende Projektdokumentation sowie kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Maßnahmen sichern Sichtbarkeit, Qualität und Wirkung des Projekts.
- **Verstetigungsstrategie**, etwa durch die Weiterführung der Angebote über lokale Träger und Strukturen nach Projektende.

Dieses mehrstufige Vorgehen zielt darauf ab, nicht nur konkrete Bewegungsangebote zu etablieren, sondern auch lokale Ressourcen und Kompetenzen nachhaltig zu stärken.

Evaluation & Wirkungsnachweise

Das GiB Förderprogramm wurde 2024 durch das IGES Institut unabhängig evaluiert. Ziel war es, eine empiriebasierte Weiterentwicklung des Programms zu ermöglichen. Dazu wurden die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Programmkoordination in den Fokus gesetzt und mittels leitfadengestützter Interviews, Dokumentenanalysen und Onlinebefragungen analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die sozialraumorientierte Steuerung über handlungsraumorientierter Fachrunden bewährt hat, insbesondere bei der Erreichung vulnerabler Zielgruppen und der bedarfsgerechten Auswahl lokaler Projektträger. Gleichzeitig wurden Herausforderungen bei der langfristigen Verstetigung der Projekte sowie bei zentral vergebenen Maßnahmen ohne lokale Verankerung deutlich.

Workstattformate zur Qualifizierung und Vernetzung wurden als nutzerfreundlich eingeschätzt, wenngleich ihr Wirkpotenzial bislang nur begrenzt ausgeschöpft wird.

„Auch Ehrenamt braucht irgendwie Hauptamt. Das muss auch gesichert sein, dass sich jemand in der Koordination um die Ehrenamtlichen kümmern kann.“

Felix Klump, Projektkoordinator bwgt e.V., Interview vom 09.07.2025

Eine direkte Evaluation der einzelnen Projekte erfolgte nicht programmübergreifend, sondern anhand qualitativer Rückmeldungen. Die Programmkoordination sammelte dazu exemplarische Rückmeldungen von Trägern und Teilnehmenden, um subjektive Wirkungen wie verbesserte Alltagsstruktur oder soziale Teilhabe sichtbar zu machen.

Im Projekt „Bewegung für Ältere rund um die Heerstraße“ wurde auf eine kontinuierliche Reflexion und qualitative Evaluation gesetzt. Mittels Gruppen- und Einrichtungsbefragungen wurden Rückmeldungen von Teilnehmenden und Kooperationspartnern eingeholt. Dabei zeigten sich folgende zentrale Effekte:

- Hohe Zufriedenheit mit der Angebotsgestaltung und Übungsleitung,
- Stärkung sozialer Einbindung und Austausch unter Nachbarinnen und Nachbarn,
- Verbesserung des Wohlbefindens und der Bewegungsroutine im Alltag,
- Stärkung von Alltagsstruktur, insbesondere für hochaltrige Personen (>85 Jahre).

Finanzierung, lokale Verankerung & Verstetigung

Das GiB Förderprogramm wird über Mittel der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V in Kooperation mit mehreren Berliner Senatsverwaltungen finanziert. Die Laufzeiten geförderter Projekte betragen in der Regel drei Jahre mit Budgets von jeweils zwischen 40.000 und 160.000 EUR.

Alle geförderten Projekte werden durch begleitende Vernetzungs-, Qualifizierungs- und Evaluationsmaßnahmen unterstützt. Dazu zählt u. a. der Aufbau bezirklicher Steuerungsstrukturen, die fachliche Begleitung der Projektträger sowie die Entwicklung von Formaten zur Wissensweitergabe und Verstetigung. Im Beispielprojekt „Bewegung für Ältere rund um die Heerstraße“ wurde die langfristige Verankerung bereits während der Projektlaufzeit mitgedacht: Ziel war es, lokale Akteure wie soziale Einrichtungen frühzeitig einzubinden, um Übergänge in eine eigenständige Fortführung zu ermöglichen. Einige Bewegungsangebote konnten nach Projektende durch übernehmende Einrichtungen weitergeführt werden. Folgefinanzierungen durch andere Projektgelder oder Eigenbeteiligungen von Teilnehmenden sind alternative Verstetigungsmöglichkeiten. Erfolgsentscheidend sind dabei stets die enge Zusammenarbeit vor Ort, die Schulung lokaler KiezÜbungsleiterinnen und -leiter sowie die kontinuierliche Projektbegleitung. Gleichzeitig zeigt sich: Auch etablierte Angebote benötigen Koordination, finanzielle Ressourcen und unterstützende Strukturen, um dauerhaft bestehen zu können.

Lessons Learned, Faktoren des Gelingens & Stolpersteine

Die Erfahrungen in Berlin zeigen deutlich: Wirksame Gesundheitsförderung im Sozialraum gelingt dann, wenn lokale Strukturen, vertrauenswürdige Ansprechpersonen und bedarfsorientierte Umsetzung konsequent zusammengedacht werden.

„Die Mehrfachnutzung von Flächen ist für mich ein wichtiger Punkt; dass das noch stärker in den Fokus gerät, weil Flächen einfach oft auch fehlen oder ungenutzt sind. Ganz konkret denke ich an Schulhöfe oder Sporthallen. Die sind im Nachmittagsbereich zwar oft durch Vereine belegt, aber es gibt noch ganz viele Potenziale - nur sind die Hürden extrem hoch für Träger, da ranzukommen.“

Felix Klump, Projektkoordinator bwgt e.V., Interview vom 09.07.2025

Sowohl GiB als auch der bwgt e.V. betonen die Relevanz kontinuierlicher Rückkopplung und partizipativer Entwicklung. Wichtig ist, bestehende Strukturen einzubinden, zu wissen, wo man „vor Ort andocken“ kann, anstatt neue Akteure ohne lokale Verankerung einzusetzen - insbesondere bei sensiblen Zielgruppen wie älteren Menschen oder Migrantinnen und Migranten. Innovative Ideen allein reichen nicht: Erfolgreiche Umsetzung setzt voraus, dass Träger wissen, „worauf sie sich einlassen“ und wie mit spezifischen Bedarfen vulnerabler Gruppen umzugehen ist. Gleichzeitig braucht es Offenheit, Maßnahmen bei mangelnder Nachfrage oder Passung flexibel zu verändern oder auch zu beenden. Erfolgreiche Gesundheitsförderung ist ein lernender Prozess. Interne Feedbackgespräche, Fachrunden und Austauschformate ermöglichen organisationsübergreifendes Lernen, das unmittelbar in die Weiterentwicklung der Projekte einfließt.

Politischer Appell & strukturelle Empfehlungen

Die Gespräche mit Förderprogramm und Projektträger zeigen deutlich: Für eine wirksame, langfristig verankerte Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen braucht es mehr als gut konzipierte Einzelprojekte. Gewünscht wird ein verlässlicher struktureller Rahmen, der auch über Projektlaufzeiten hinaus Planungssicherheit, personelle Ressourcen und geeignete Räume bietet. Besonders kritisch wird die derzeit übliche befristete Projektförderung gesehen, die gut funktionierende Ansätze oft ausbremst, bevor sie langfristig wirken können. Es braucht neue Fördermechanismen, die erfolgreiche Projekte verstetigen, statt sie in wechselnden Programmlogiken neu aufsetzen zu müssen. Ebenso zentral ist die lokale Verankerung: Ohne Koordinationsstellen oder „Kümmerer“ vor Ort fehlt Projekten die notwendige Anschlussfähigkeit an bestehende Strukturen.

Auch auf Umsetzungsebene zeigt sich: Nachhaltige Gesundheitsförderung erfordert neben Finanzierung auch fachliche Begleitung und geeignete Rahmenbedingungen. Ehrenamtliches Engagement kann wichtige Impulse setzen, braucht aber Hauptamt zur Koordination und Unterstützung. Zudem fehlt es oft an niederschwelligen, frei zugänglichen Räumen im Sozialraum. Bestehende Potenziale, etwa in Schulen, Schulhöfen oder Sporthallen, könnten durch eine stärkere Öffnung für nichtkommerzielle Angebote besser genutzt werden.

„Wir brauchen Fördermodelle, die erfolgreiche Projekte weitertragen - nicht ständig neue Programme aufsetzen.“

Boris Metz, Programmkoordination GiB, Interview vom 01.09.2025

Schließlich betonen die Akteure die Bedeutung partizipativer Ansätze, bei denen Menschen nicht nur Teilnehmende, sondern auch Mitgestaltende sind. Wenn ältere Menschen selbst Bewegungsangebote anleiten, entstehen nachhaltige Strukturen, die Teilhabe und Selbstwirksamkeit stärken, auch über das Projektende hinaus.

**Weiterführende Informationen**

Projektwebsite Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick:
www.gesundinberlin.org

Vereinswebsite bwgt e.V.:
www.bwgt.org

Projektsteckbrief:
www.gesundinberlin.org/projekt/bewegung-fuer-aeltere-rund-um-die-heerstrasse

**Kontakt**

Julian Bollmann,
Leitung Programmkoordination GiB, Berlin,
✉ bollmann@gesundheitbb.de

Birgit Funke,
Vorstandsmitglied bwgt e.V., Berlin,
✉ funke@bwgt.org

Praxisbeispiel 6 - Zusammengefasst

Zusammenfassung:
Das Förderprogramm „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ zeigt, wie Programmförderung und sozialraumbezogene Bedarfsermittlung zusammenwirken können, um Gesundheitsförderung in Quartieren mit erhöhtem Präventions- und Unterstützungsbedarf umzusetzen. Finanziert wird GiB über Mittel der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Präventionsgesetzes in Kooperation mit mehreren Berliner Senatsverwaltungen. Geförderte Projekte laufen in der Regel drei Jahre mit Budgets zwischen 40.000 und 160.000 Euro. Im Beispielprojekt „Bewegung für Ältere rund um die Heerstraße“ wurden niedrigschwellige Bewegungsangebote für ältere Menschen im Quartier partizipativ entwickelt und durch lokale Einrichtungen verankert. Das Beispiel macht deutlich, dass Förderprogramme dann wirksam werden, wenn sie lokale Expertise nutzen, Träger fachlich begleiten und Verstetigung von Beginn an mitdenken.

Projektlogik:
Sozialraumorientiertes Förderprogramm (seit 2021) für vulnerable Zielgruppen in belasteten Berliner Quartieren (33 Projekte in den Handlungsfeldern Bewegung, Gesundheitskompetenz, Ernährung, Entspannung, psychische Gesundheit und Stressbewältigung für ältere und alte Menschen umgesetzt); das Beispielprojekt „Bewegung für Ältere rund um die Heerstraße“ macht Bewegung für Ältere vor Ort niedrigschwellig zugänglich.

Zielgruppe: Ältere Menschen in sozial benachteiligten Stadtteilen, besonders mit Mobilitäts-einschränkungen, chronischen Erkrankungen, geringem Einkommen oder fehlender familiärer Anbindung.

Umsetzung & Steuerung: Projektideen entstehen in bezirklichen Fachrunden; Umsetzung durch lokale Träger mit Quartiersmanagement, Stadtteilkoordination und Einrichtungen vor Ort.

Wirkung & Verstetigung: Unabhängige Programmevaluation 2024; qualitative Rückmeldungen zeigen soziale Einbindung, Wohlbefinden, Bewegungsroutine und Alltagsstruktur als zentrale Effekte.

Zentrale Bausteine: Kostenfreie, wohnortnahe Angebote wie Spaziergänge, Qi Gong, Tai Chi, Sitz-Yoga, Sturzprophylaxe; Qualifizierung von Kiez-Übungsleitern.

Key Take-Aways für andere Kommunen

- * Förderung muss lokale Expertise aktivieren, nicht ersetzen.
- * Fachrunden helfen, Bedarfe und Trägersauswahl sozialraumgenau zu machen.
- * Verlässliche Übungsleitungen sind für ältere Zielgruppen wichtiger als offene Angebotslogik.
- * Nicht funktionierende Formate konsequent anpassen oder beenden.

Erfolgsfaktoren

- + Andocken an bestehende lokale Strukturen.
- + Gründliche Bestandsaufnahme und Bedarfsklärung.
- + Kontinuierliche Rückkopplung und Lernschleifen (Feedbackgespräche, Fachrunden).
- + Erfahrene Träger mit Zielgruppenkompetenz (innovative Ideen alleine reichen nicht).

Stolpersteine

- Fehlende lokale Verankerung (Maßnahmen ohne Anschluss an bestehende Strukturen funktionieren gerade bei vulnerablen Zielgruppen schlechter).
- Mangelnde Nachfrage oder Passung einzelner Formate.
- Befristete Projektförderung erschwert Verstetigung.
- Begrenzte Ressourcen und Räume erschweren langfristige Verankerung.

Mehr als *ein* Projekt - Wie motorisch-kognitive Bewegungsangebote den Weg von der Stadt aufs Land finden:

Projektfamilie MoKo-Fit 1.0, 2.0 & behERZt

Hintergrund & lokaler Kontext

Die Stadt Chemnitz in Sachsen steht – wie viele Kommunen – vor der Herausforderung, ältere Menschen gesundheitsförderlich zu erreichen. Insbesondere Stadtteile mit erhöhter Morbiditätsbelastung, sozialen Problemlagen und wenig wohnortnahen Gesundheitsangeboten erfordern integrierte Konzepte. In Chemnitz bestand bislang kein flächendeckendes Angebot an Bewegungsförderung für ältere Personen. Klassische Settings wie Sportvereine erreichen vulnerable Zielgruppen Älterer häufig nicht. Zugleich liegen große, bisher nicht genutzte Potenziale in wohnortnahen Begegnungsräumen. Im Rahmen des Modellprojekts MoKo-Fit (Motorisch-kognitives Bewegungskonzept als gesundheitsförderliche Maßnahme für ältere Personen, 2021-2023) wurde daher ein quartiersnaher, niedrighschwelliger Ansatz zur Bewegungsförderung Älterer getestet und positiv evaluiert, sodass das Anschlussprojekt MoKo-Fit 2.0 (2024-2026) seine systematische Ausweitung über das gesamte Chemnitzer Stadtgebiet anstrebt.

Um zu untersuchen, ob der in Chemnitz erfolgreiche Ansatz auch in strukturschwachen ländlichen Regionen Wirkung erzielt, wurde das behERZt Projekt (Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung von Seniorinnen und Senioren in ländlichen Gemeinden des Erzgebirgskreises, 2025-2027) ins Leben gerufen. Im Erzgebirgskreis bestehen erhebliche Versorgungslücken bei gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten für ältere Menschen. Besonders die Bevölkerungsgruppe 65+ ist stark vertreten, jedoch häufig durch eingeschränkte Mobilität, soziale Isolation oder fehlende wohnortnahe Angebote benachteiligt.

„Manche Ortschaften haben gar keine Treffpunkte mehr. Das heißt, auch die Möglichkeit, sich überhaupt zu begegnen, ist nicht mehr so gegeben wie früher.“

Thomas Kunzmann, Bürgermeister Lauter-Bernsbach,
Interview vom 31.07.2025



Zielsetzung & adressierte Zielgruppe

Ziel der Projektfamilie ist es, die körperliche, kognitive und soziale Gesundheit älterer Menschen ab 65 Jahren durch wohnortnahe, leicht zugängliche und kostenfreie Bewegungsangebote zu stärken – insbesondere in Stadtteilen oder Regionen mit geringer Angebotsdichte, sozialer Benachteiligung oder eingeschränkten Zugangswegen. Sie fokussieren sich dabei auf (evidenzbasierte) bewegungsfördernde Gruppenangebote abseits klassischer Sportsettings, um auch bislang nicht erreichte, vulnerable Personengruppen – insbesondere hochaltrige, mobilitätseingeschränkte und alleinlebende, sozial wenig teilhabende Menschen – gezielt einzubeziehen.

Ziel ist es, niedrighschwellige Bewegungsförderung direkt im Quartier anzubieten, damit möglichst viele Ältere von den positiven biopsychosozialen Gesundheitseffekten profitieren, die regelmäßige, gemeinschaftliche Bewegungsaktivitäten mit sich bringen. Dabei sollen motorische Fähigkeiten, insbesondere Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit, sowie alltagsbezogene kognitive Funktionen, wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit und geistige Flexibilität, gefördert werden.

„Was uns wichtig ist, ist die eher vulnerable Zielgruppe, also Menschen, die allein leben, die vielleicht auch eine gewisse Form von kognitivem Abbau, vielleicht schon eine gewisse Einschränkung in der Mobilität haben – also Menschen, die nicht so sehr von den klassischen Angeboten angesprochen werden.“

Alexandra Eigner, Projektmitarbeiterin behERZt, TU Chemnitz,
Interview vom 31.07.2025

Kernbausteine & Angebotsinhalte

Kern der Projekte ist ein strukturiertes Bewegungsangebot, der jeweils mit einer 16-wöchigen Gruppenphase unter Anleitung geschulter Übungsleitungen beginnt. Die Einheiten finden zweimal wöchentlich statt und kombinieren motorische und kognitive Übungen – z. B. zur Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Koordination, Gleichgewicht, Gedächtnis und Aufmerksamkeit. Ziel ist es, körperliche und geistige Fähigkeiten älterer Menschen alltagsnah zu fördern. Anschließend übernehmen ehrenamtlich geschulte Bewegungsmentorinnen und -mentoren aus dem Kreis der Teilnehmenden die Gruppe. Sie werden durch die TU Chemnitz ausgebildet (u. a. in Sicherheitsaspekten, Übungsaufbau und Zielgruppenarbeit) und mit einem klar strukturierten Materialpaket zur eigenständigen Weiterführung befähigt.

Methodisches Vorgehen & Umsetzungsschritte

Die Umsetzung der Projekte folgt einem gemeindenahen, partizipativen Ansatz: Geeignete Stadtgebiete und Gemeinden wurden auf Basis von Sozialstrukturdaten, bestehender Angebotsdichte und Bedarfslagen ausgewählt und in enger Abstimmung mit lokalen Akteuren eingebunden. In Chemnitz stützte man sich auf etablierte Bürgerplattformen, im ländlichen Raum auf Kontakte zu Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern, Seniorenvertretungen und Ehrenamtsnetzwerken. So werden regionale Besonderheiten und Umsetzungspotenziale frühzeitig erfasst.

Zentrale Umsetzungspartner vor Ort wurden frühzeitig in Projektplanung und -Organisation, z. B. bei der Suche nach Übungsleitungen oder der Auswahl geeigneter Treffpunkte im Freien, sowie die Ansprache potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingebunden. Eine kontinuierliche Begleitung durch das Projektteam sowie Materialien und Schulungen unterstützten den lokalen Aufbau. Die persönliche Ansprache älterer Menschen an Orten des täglichen Lebens, wie Apotheken oder Supermärkten, und über bestehende Netzwerke, wie Seniorentreffs oder Kirchengemeinden, wurde als besonders wirksam zur Gewinnung von Teilnehmenden bewertet, während klassische Wege wie Amtsblätter oder Flyer als weniger ausreichend galten.

„Wir brauchen mehr und niedrigschwellige Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum - Geräteparks für Ältere, die auch wirklich nutzbar sind, und Treffpunkte, die Bewegung und Begegnung zusammenbringen. Insgesamt sollte der gemeinsame Sport im Freien viel mehr ins Auge gefasst werden – das ist in anderen Ländern schon wesentlich verbreiteter.“

Katharina Zwingmann, Projektmitarbeiterin MoKo-Fit, TU Chemnitz,
Interview vom 05.08.2025

Insgesamt beruhte das methodische Vorgehen auf einem iterativen Lernprozess: Rückmeldungen aus den Modellregionen wurden systematisch erfasst und flossen in die Weiterentwicklung der Programmlogik, Rekrutierungsstrategien und Kooperationsansätze ein. Diese enge Verzahnung von wissenschaftlicher Begleitung und praktischer Umsetzung ermöglichte eine kontinuierliche Adaption an lokale Rahmenbedingungen.

Evaluation & Wirkungsnachweise

Die Wirksamkeit der Programme wird durch die Professur Sozialwissenschaftliche Perspektive von Sport, Bewegung und Gesundheitsförderung am Institut für Angewandte Bewegungswissenschaften der TU Chemnitz wissenschaftlich begleitet. Im Fokus stehen körperliche und kognitive Endpunkte wie Hand- und Beinkraft, Gleichgewicht, Gehfähigkeit sowie Aufmerksamkeit, Konzentration und Arbeitsgedächtnis.

Das motorisch-kognitive Konzept beruht auf Dual-Task-Übungen, die körperliche und geistige Anforderungen kombinieren (z. B. Kniebeugen und rückwärts zählen). Diese haben sich als besonders wirksam für ältere Menschen erwiesen. Es konnten positive Auswirkungen auf die Gesundheit, auf alltagsrelevante körperliche und kognitive Funktionen sowie auf das psychische und soziale Wohlbefinden belegt werden.

Finanzierung, lokale Verankerung & Verstetigung

Die Projektfamilie wird öffentlich gefördert: Während MoKo-Fit und MoKo-Fit 2.0 durch Mittel des Freistaats Sachsen im Rahmen der Förderrichtlinie „Demografie“ (SAB) finanziert werden, wird das Projekt behERZt vom Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (BMELH) gefördert. Auch Honorare für Übungsleitungen und Mentoren, Fahrtkosten und Materialien (z. B. Igelbälle, Koordinationshilfen) werden aus den Projektgeldern finanziert.

Wichtige Bausteine zur Verstetigung sind die langfristige Überführung der Bewegungsangebote in kommunale Strukturen und die systematische Ausbildung und Begleitung von Mentoren, um die Bewegungsgruppen vor Ort betreuen und nachhaltig fortführen zu können.

Um eine möglichst einfache Verstetigung zu ermöglichen, werden praxisnahe Schulungsformate, begleitende Materialien und Trainingsinhalte bereitgestellt, die auch ohne wissenschaftliche Begleitung weiter eingesetzt werden können. Gegen Projektende sollen gemeinsam mit den Partnerkommunen individuelle Konzepte zur Verstetigung entwickelt werden.

„Wir hatten auch Personen, die vorher gar keinen Kontakt zu anderen Menschen hatten oder sehr selten aus dem Haus gegangen sind. Und die kommen jetzt regelmäßig zu den Gruppenangeboten“

Katharina Zwingmann, Projektmitarbeiterin
MoKo-Fit, TU Chemnitz,
Interview vom 05.08.2025



Lessons Learned, Faktoren des Gelingens & Stolpersteine

Als entscheidender Erfolgsfaktor wird das persönliche Engagement lokaler Schlüsselpersonen hervorgehoben, die als „Mentoren“ Gruppen langfristig begleiten. Das Gruppenklima, die Bindung untereinander sowie die Identifikation mit dem Angebot wurden maßgeblich durch diese Personen geprägt. Wo diese fehlen, stockt der Aufbau tragfähiger Strukturen.

Es zeigte sich, dass besonders zurückgezogene, verwitwete oder hochaltrige Personen mit Mobilitätseinschränkungen schwer erreichbar sind – insbesondere in abgelegenen Regionen mit schwacher ÖPNV-Anbindung. Der Informationsfluss über Amtsblätter reicht hier nicht aus. Als besonders wirksam wurden persönliche Ansprache und vertraute Anlaufstellen wie Seniorenclubs oder lokale Treffpunkte bewertet. Darüber hinaus gilt die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten als vielversprechend, da insbesondere die Zielgruppe 65+ sie als ersten, vertrauten Kontaktpunkt nutzt, gestaltet sich aber aufgrund struktureller und zeitlicher Belastungen oft schwierig. Eine stärkere Nutzung von Bewegungsverordnungen wird hier als Chance gesehen.

Organisatorisch erwies sich die Suche nach geeigneten Übungsleitungen als aufwendig – insbesondere im ländlichen Raum. In mehreren Gemeinden fehlten geeignete Personen oder die Anfahrt war mit (zu) langen Fahrzeiten verbunden. Eine frühzeitige Einbindung und Bewerbung über verschiedene Kanäle werden empfohlen. Einzelne Kommunen nutzten zudem Ehrenamtsfonds, um kleinen Aufwandsentschädigungen oder Auslagen zu ermöglichen. Die Integration solcher kommunalen Förderinstrumente wird als pragmatische Verstetigungsoption angesehen.

„Kleinräumige Initiativen brauchen auch nach Projektende eine Perspektive - durch langfristige Finanzierung, etwa durch Krankenkassen, Landkreise oder kommunale Fonds. Zudem braucht es mehr Flexibilität in der Förderung. Ehrenamt muss ermöglicht und auch finanziell anerkannt werden“

Thomas Kunzmann, Bürgermeister Lauter-Bernsbach,
Interview vom 31.07.2025

Ein zentrales Lernmoment bestand darin, dass die Einführung formaler Teilnahmekriterien wie ärztlicher Sportfreigaben mitunter hinderlich war. In mehreren Fällen schreckte dies potenzielle Teilnehmende ab, was die Teilnehmendenzahl weiter reduzierte. Die Projektverantwortlichen plädieren daher für einen stärkeren Fokus auf Eigenverantwortung bei der Teilnahme, klare Risikoaufklärung und eine Entbürokratisierung von Präventionsangeboten.

Politischer Appell & strukturelle Empfehlungen

Die Projektverantwortlichen formulieren einen klaren Appell an Politik, Verwaltung und Kostenträger: Gesundheitsförderung – insbesondere Bewegungsförderung – muss als kommunale Pflichtaufgabe strukturell verankert und nachhaltig finanziert werden. Gerade im Bereich Prävention braucht es langfristige Perspektiven jenseits befristeter Projektförderungen.

Dies fordert:

- Stärkere Priorisierung der Gesundheitsförderung älterer Menschen auf kommunaler Ebene – auch jenseits klassischer Kultur- oder Sozialangebote.
- Niedrigschwellige Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum, z. B. generationengerechte Bewegungsparcours oder Begegnungsorte, die Bewegung und Teilhabe fördern.
- Verbindliche Ressourcen und Budgets für kommunale Strukturen wie Bürgerplattformen oder Koordinierungsstellen, die nah an den Menschen arbeiten.
- Langfristige Fördermodelle, die auch ehrenamtliche oder niedrigschwellige Beteiligungsformen finanziell und strukturell anerkennen.
- Gesundheitsförderung als ressortübergreifende Aufgabe, die Bildung, Soziales, Stadtentwicklung und Pflege zusammendenkt.



Weiterführende Informationen

Projektwebsite MoKo-Fit 2.0:

www.tu-chemnitz.de/hsw/ab/prof/sozialwissenschaft/forschung/projekte/MoKo_Fit_2_0.php

Handbuch

„Körperliche Aktivität von älteren Personen im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung“ mit weiteren Hintergrund-Informationen (wird z.B. für die Schulung der Mentoren genutzt), im Feldhaus-Verlag erschienen: www.feldhaus-verlag.de/sportwissenschaft/schriftreihen/sportwissenschaft-und-sport-praxis/1580/koerperliche-aktivitaet-von-aelteren-personen-im-rahmen-der-kommunalen-gesundheitsfoerderung

Wissenschaftliche Publikation

über die Effekte des MoKo-Fit Trainingsprogramms: Zwingmann, K., Schlesinger, T., & Müller, K. (2024). The Impact of an Outdoor Motor–Cognitive Exercise Programme on the Health Outcomes of Older Adults in Community Settings: A Pilot and Feasibility Study. Sports, 12(2), 49. [www.doi.org/10.3390/sports12020049](https://doi.org/10.3390/sports12020049)



Kontakt

Katharina Zwingmann,

wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Projekten MoKo-Fit und MoKo-Fit 2.0, Professur Sozialwissenschaftliche Perspektiven von Sport, Bewegung und Gesundheitsförderung, Institut für Angewandte Bewegungswissenschaften, TU Chemnitz, katharina.zwingmann@hsw.tu-chemnitz.de

Alexandra Eigner,

wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt behERZt, Professur Sozialwissenschaftliche Perspektive von Sport, Bewegung und Gesundheitsförderung, Institut für Angewandte Bewegungswissenschaften, TU Chemnitz, alexandra.eigner@hsw.tu-chemnitz.de



Praxisbeispiel 7 - Zusammengefasst

Zusammenfassung:

Die Projektfamilie MoKo-Fit und behERZt zeigt, wie motorisch-kognitive Bewegungsangebote von der Stadt in den ländlichen Raum übertragen werden können. Während MoKo-Fit in Chemnitz quartiersnahe Bewegungsförderung für ältere Menschen erprobte und ausweitete (finanziert aus Mitteln des Freistaats Sachsen, Förderrichtlinie „Demografie“), untersucht behERZt die Übertragbarkeit in strukturschwache Gemeinden des Erzgebirgskreises (gefördert im Rahmen des Bundesprogramms Ländliche Entwicklung und Regionale Wertschöpfung durch das BMLEH). Im Mittelpunkt stehen kostenfreie, wohnortnahe Gruppenangebote, die körperliche, kognitive und soziale Gesundheit fördern. Die Projekte zeigen, dass Bewegungsförderung besonders dann gelingt, wenn lokale Schlüsselpersonen, Gemeinden, Übungsleitungen und Mentoren früh eingebunden werden.

Projektlogik:

Motorisch-kognitives Bewegungsprogramm im Freien (MoKo-Fit 1.0 und 2.0), das von Chemnitz auf strukturschwache ländliche Gemeinden im Erzgebirgskreis übertragen wird (behERZt).

Zielgruppe: Menschen ab 65 Jahren, besonders mobilitätseingeschränkte, alleinlebende und sozial wenig eingebundene Ältere in Stadtteilen oder Gemeinden mit geringer Angebotsdichte.

Umsetzung & Steuerung: Sozialstrukturdaten, lokale Abstimmung, Bürgerplattformen bzw. Bürgermeister/ Seniorenvertretungen; persönliche Ansprache an Alltagsorten und über vertraute Netzwerke.

Zentrale Bausteine: Wohnortnahe, leicht zugängliche und kostenfreie Bewegungsangebote - insbesondere in Stadtteilen oder Regionen mit geringer Angebotsdichte, sozialer Benachteiligung oder eingeschränkten Zugangswegen; 16-wöchige Gruppenphase, zweimal wöchentlich; Kombination aus Kraft, Ausdauer, Koordination, Gleichgewicht, Gedächtnis und Aufmerksamkeit; anschließende Weiterführung durch Bewegungsmentoren.

Wirkung & Verstetigung: Wissenschaftliche Begleitung durch TU Chemnitz; messbare Verbesserungen u. a. in neurokognitiven Funktionen und alltagsrelevanter körperlicher Leistungsfähigkeit; Verstetigung über Mentoren und Kommunen geplant.

Key Take-Aways für andere Kommunen

- * Raus aus der Halle: Nutzung von Außenräumen senkt Zugangshürden.
- * Mentoren aus der Gruppe schaffen Identifikation und Kontinuität.
- * Persönliche Ansprache ist im ländlichen Raum entscheidender als Amtsblatt oder digitaler Kanal.
- * Bürokratische Hürden wie Sportfreigaben können Prävention ausbremsen.

Erfolgsfaktoren

- + Lokale Schlüsselpersonen und Bewegungsmentoren – prägt Gruppenklima, Bindung und langfristige Tragfähigkeit.
- + Persönliche Ansprache über vertraute Orte und Netzwerke, z.B. Seniorenclubs, Apotheken, Kirchgemeinden.
- + Niedrigschwellige Gestaltung von wohnortnahen Angeboten.
- + Wissenschaftliche Begleitung und iteratives Lernen aus Modellregionen, z.B. zu Rekrutierungsstrategien und Kooperationsansätzen.

Stolpersteine

- Schwer erreichbare Zielgruppen in abgelegenen Regionen & bürokratische Hürden.
- Amtsblätter und digitale Kanäle reichen nicht aus.
- Aufwändige Suche nach geeigneten Übungsleitern.

Experteninterview

mit Dr. Ulrike Dapp, Forschungskoordination der LUCAS-Studie, einer seit über 30 Jahren laufenden Langzeitstudie zur Altersgesundheit im städtischen Umfeld

Die LUCAS-Studie (Longitudinale Urbane Cohorten-Alters-Studie) begleitet seit dem Jahr 2000 in Hamburg eine Kohorte älterer Menschen ab 60 Jahren. Im Zentrum steht die Leitfrage, ob bei steigender Lebenserwartung Pflegebedürftigkeit bis ins hohe Alter vermieden oder hinausgezögert werden kann. LUCAS untersucht dabei insbesondere, inwiefern präventive Maßnahmen wie Bewegung, ausgewogene Ernährung, soziale Teilhabe oder alltagsrelevante Aktivität dazu beitragen, funktionelle Kompetenz zu erhalten und Übergänge von robustem Altern zu Gebrechlichkeit (Frailty) frühzeitig zu erkennen.

Kurzüberblick:

Die LUCAS-Studie begleitet seit dem Jahr 2000 ältere Menschen in Hamburg und untersucht, wie Selbstständigkeit, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im Alter zusammenhängen. Im Mittelpunkt steht ein funktionales Verständnis von Gesundheit: Entscheidend ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern die Fähigkeit, den Alltag selbstständig zu bewältigen. Die Studie zeigt, dass funktionelle Einschränkungen früh erkannt werden können und gesundheitsfördernde Lebensstilveränderungen auch im hohen Alter noch wirksam sind. Damit liefert LUCAS wichtige Impulse für kommunale Prävention, geriatrische Früherkennung und den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis.

- * Longitudinale Altersstudie in Hamburg seit 2000
- * Start mit 3.326 älteren Menschen ab 60 Jahren
- * Fokus: Erhalt von Selbstständigkeit und Vermeidung bzw. Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit
- * Perspektivwechsel: weg von Diagnosen, hin zu funktionaler Kompetenz
- * Prävention auch im hohen Alter wirksam: Bewegung, Ernährung, soziale Teilhabe, Alltagsaktivität
- * Transfer in Praxis über Hausarztpraxen, geriatrische Teams, Gesundheitsämter und kommunale Strukturen



Dr. Ulrike Dapp

begleitet die Studie seit Beginn als zentrale wissenschaftliche Akteurin. Als Erstautorin des Studienprotokolls und langjährige Leiterin der konzeptionellen Weiterentwicklung verbindet sie epidemiologische Längsschnittforschung mit praxisnaher Präventionsforschung.



Erfolgsfaktoren

- + Langjährige Kooperation mit Hausarztpraxen
- + Praxisnahe Entwicklung gemeinsam mit Versorgung und Kommune
- + Objektive, niedragschwellige Screenings wie der LUCAS-Funktionsindex
- + Ganzheitlicher, geriatrisch fundierter Ansatz
- + Lokale Netzwerke aus Medizin, Kommune, Sport, Ernährung und Sozialberatung

Stolpersteine

- Fehlende Ressourcen in Kommunen
- Personalengpässe und fehlende Verstetigung nach Projektende
- Wechselnde politische Prioritäten
- Ruhestand langjährig beteiligter Hausärztinnen und Hausärzte
- Zunehmende Fragmentierung der Versorgung

Erkenntnisse und Meilensteine der LUCAS-Studie

Bevor wir in die Studie einsteigen, geben Sie uns doch bitte ein Gefühl, wo Sie heute mit der Studie stehen.

Wir sind im Jahr 2000 mit insgesamt 3326 eingeschriebenen älteren Menschen gestartet, und heute – 25 Jahre später – gehören noch rund 400 Personen formal zur Kohorte, d.h. dass diese Personen an allen bisherigen zehn LUCAS-Befragungswellen teilnahmen. In der aktuell durchgeführten elften Befragungswelle haben von diesen bereits 260 weiterhin aktiv teilgenommen (Spontanrücklauf, noch ohne Erinnerung).

Wie hat sich im Verlauf dieser langen Zeit das Verständnis von Gesundheit, Selbstständigkeit und Prävention im Alter verändert, und welche Befunde erscheinen Ihnen rückblickend besonders bedeutsam?

Als wir im Jahr 2000 mit der LUCAS-Studie begonnen haben, gab es in der Statistik praktisch keine Informationen zur Gesundheit im Alter – lediglich Daten zur Abwesenheit von Gesundheit, also zu Pflegefällen, Krankenhausaufenthalten oder Todesursachen. Für uns war deshalb früh klar, dass wir einen anderen Zugang brauchen. Im Verlauf der Studie hat sich dann sehr deutlich gezeigt, dass Gesundheit im Alter nicht über Diagnosen oder Einzelkrankheiten verstanden werden sollte, sondern über die Frage, wie selbstständig ältere Menschen ihren Alltag bewältigen können. Damit hat sich das Verständnis Schritt für Schritt von einer diagnosespezifischen, defizitorientierten Sicht hin zu einem funktionalen und ressourcenorientierten Ansatz verschoben. Zentral wurde für uns das Konzept der funktionalen Kompetenz, also die Balance zwischen Risiken und Reserven. Dieser Ansatz hat sich über die Jahre empirisch bestätigt und findet sich später auch im WHO-Framework von 2015 zur „Functional Ability“ wieder.

Rückblickend besonders bedeutsam waren für uns drei Erkenntnisse: Erstens lässt sich der Verlust von Selbstständigkeit sehr früh und zuverlässig über funktionale Marker identifizieren – deutlich bevor Pflegebedürftigkeit klinisch sichtbar wird. Zweitens zeigte sich, dass Hausärztinnen und Hausärzte schleichende Verschlechterungen häufig unterschätzen, was die Bedeutung objektiver, niedrigschwelliger Screenings wie des LUCAS-Funktionsindex eindrücklich bestätigt.

„Selbst im hohen Alter sind gesundheitsfördernde Lebensstilveränderungen möglich und wirksam.“

Dr. Ulrike Dapp, Forschungskordinatorin der LUCAS-Studie,
Interview vom 29.10.2025

Und drittens konnten wir klar nachweisen, dass gesundheitsfördernde Lebensstilveränderungen selbst im hohen Alter möglich und wirksam sind: Personen, die an den Maßnahmen teilnahmen, lebten nicht nur länger, sondern gewannen zusätzliche Jahre ohne Pflegebedürftigkeit – eine deutliche Kompression der Morbidität.

Umsetzung und Transfer in die Praxis

Welche Erfahrungen wurden bei der Überführung wissenschaftlicher Ergebnisse in praktische Programme oder kommunale Strukturen gemeldet, und welche Faktoren haben diesen Prozess begünstigt oder erschwert?

Wir haben sehr früh gelernt, dass wissenschaftliche Erkenntnisse nur dann in die Praxis übergehen, wenn man konsequent mit den Akteuren arbeitet, die ältere Menschen tatsächlich erreichen. In unserem Fall waren es vor allem die Hausarztpraxen und später auch die kommunalen Strukturen. Die langjährige Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten war dabei ein zentraler Erfolgsfaktor. Sie kannten ihre Patientinnen und Patienten, konnten Empfehlungen einordnen und waren wichtige Partner, um unsere Screening-Instrumente und das LUCAS-Funktionsverständnis in die Versorgungspraxis zu tragen. Dass diese Praxen über Jahrzehnte engagiert dabei blieben, hat den Transfer enorm begünstigt.

Erfolgreich war außerdem, dass wir unsere Programme – insbesondere die Aktive Gesundheitsförderung im Alter – gemeinsam mit der Praxis entwickelt haben, also eng abgestimmt mit den Hausarztpraxen, den geriatrischen Teams und später auch mit Landesbehörden und Gesundheitsämtern. Das hat Vertrauen geschaffen und dafür gesorgt, dass die Maßnahmen als realistisch, machbar und anschlussfähig wahrgenommen wurden.

Erschwert wurde der Transfer vor allem durch strukturelle Faktoren: fehlende Ressourcen in den Kommunen, Personalengpässe, fehlende Verstetigung nach Projekten und politische Prioritäten, die sich im Zeitverlauf ändern. Auch der Ruhestand vieler beteiligter Hausärztinnen und Hausärzte sowie die zunehmende Fragmentierung der Versorgung haben den kontinuierlichen Transfer herausfordernder gemacht. Dennoch zeigt die Erfahrung der letzten 25 Jahre, dass ein ganzheitlicher, geriatrisch fundierter Ansatz – wenn er gut erklärt, gemeinsam entwickelt und praktisch erprobt wird – dauerhaft Eingang in kommunale Programme und die Regelversorgung finden kann.

Perspektiven für die zukünftige Gesundheitsförderung

Wo sehen Sie künftig die wichtigsten Schwerpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – sowohl auf kommunaler Ebene als auch im Zusammenspiel mit Land und Bund?

Entscheidend ist, die älteren Menschen selbst einzubeziehen – ihre Motivation, ihre Ziele und ihre Lebensrealität bestimmen, ob Maßnahmen wirken. Dafür braucht es niedrigschwellige Zugänge, gute Kommunikation und vor allem eine Struktur, die wie eine Art Gatekeeper funktioniert: also Personen oder Stellen, die kompetent einschätzen können, welche Angebote für wen sinnvoll sind, und dann gezielt weitervermitteln.

Zentral ist außerdem die enge Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen und anderen lokalen Akteuren, weil ältere Menschen dort erreicht werden und Vertrauen besteht. Ein stabiles Netzwerk vor Ort – von Sportvereinen über Ernährungsberatung bis zu sozialen Beratungsstellen – ist die Grundlage dafür, dass Empfehlungen tatsächlich umgesetzt werden können. Viele Kommunen scheitern nicht am Konzept, sondern an fehlenden Ressourcen und zu wenig qualifiziertem Personal, das Zeit hat, diese Prozesse zu tragen.

Für die Zukunft wünsche ich mir, dass Gesundheitsförderung und Prävention im Alter politisch deutlich stärker priorisiert und strukturell verankert werden. Wir wissen heute klar, dass Lebensstilveränderungen auch im hohen Alter wirksam sind und Pflegebedürftigkeit nachweislich hinauszögern können. Dafür braucht es jedoch eine klare Unterscheidung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, mehr geriatrische Expertise in der Fläche und eine verlässliche Finanzierung.

Und ganz wichtig: **Ältere Menschen sollten konsequent als Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens verstanden und eingebunden werden** – denn sie haben ganz individuelle Prioritäten, ihr Leben auszurichten. Entscheidend hierfür sind die funktionalen Fähigkeiten (functional ability), auf deren Erhalt, Ausbau oder Wiederherstellung passgenaue Maßnahmen zielen, was ihnen hilft, gesund und selbstständig zu bleiben.



Kultursensible Demenzarbeit in der Kommune

Das Gemeinschaftsprojekt „Demenz und Migration“ der AWO Köln

Hintergrund & lokaler Kontext

Menschen mit Demenz und Migrationsgeschichte stehen häufig vor besonderen Herausforderungen: Sprachliche Barrieren, kulturelle Unterschiede und Schwierigkeiten, sich im bestehenden Unterstützungsangebot zurechtzufinden, erschweren den Zugang zum Hilfesystem. Das betrifft nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre pflegenden Angehörigen, die im Alltag oft hohe Belastungen tragen und gleichzeitig Orientierung im deutschen Altenhilfesystem suchen.

Ein Beispiel dafür, wie Kommunen und Wohlfahrtsverbände darauf reagieren können, ist das Gemeinschaftsprojekt „Demenz und Migration“ des AWO Kreisverbandes Köln e. V. (AWO Köln e. V.). Es verbindet kultursensible Beratung mit der Qualifizierung ehrenamtlicher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, muttersprachlicher Begleitung im häuslichen und quartiersnahen Umfeld, Gruppenangeboten für Menschen mit Demenz, Schulungen für Angehörige und einer aktiven Netzwerkarbeit, die bestehende Unterstützungsangebote besser zugänglich machen soll. Im Interview berichtet Frau Verena Rech, stellvertretende Fachbereichsleitung Seniorinnen und Senioren der AWO Köln, über die Entstehung des Projekts, praktische Erfahrungen aus der Umsetzung und darüber, welche Rolle Kommunen für eine nachhaltige Gesundheitsförderung in einer vielfältiger werdenden, alternden Gesellschaft spielen.

Was zeichnet das Gemeinschaftsprojekt „Demenz und Migration“ aus?

Das Gemeinschaftsprojekt „Demenz und Migration“ ist bereits seit 2013 Teil der offenen Seniorenarbeit der

AWO Köln und verbindet zwei bestehende Angebote: den häuslichen Unterstützungsdienst für Menschen mit Demenz und das Projekt „Veedel für Alle“, das Menschen aus der türkischen Community über Angebote der Altenhilfe informiert. Beide Projekte werden von der Stadt Köln mitfinanziert.

„Der häusliche Unterstützungsdienst richtet sich in erster Linie an pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz und soll sie im Alltag entlasten“, erklärt Verena Rech. „Das Projekt Veedel für Alle verfolgt dagegen einen niedrigschwelligen Ansatz: Menschen aus der türkischen Community werden darüber informiert, welche Angebote das deutsche Altenhilfesystem überhaupt bietet.“

Gerade bei älteren Menschen mit eigener Migrationserfahrung sind diese Angebote bislang häufig noch nicht ausreichend bekannt oder zugänglich. Viele ältere Menschen mit Migrationsgeschichte haben bislang nur begrenzten Zugang zu Informationen über Unterstützungsangebote oder zu den entsprechenden Antragswegen. Das Gemeinschaftsprojekt entstand aus der Beobachtung, dass sich diese beiden Themenfelder überschneiden und

gegenseitig unterstützen können: „Viele Menschen mit Zuwanderungsgeschichte aus der Türkei erreichen inzwischen ein höheres Alter und kommen entsprechend auch in die Situation, an Demenz zu erkranken.“

Gleichzeitig gibt es für diese Zielgruppe bislang nur sehr wenige spezifische Unterstützungsangebote.“ Daher sitzen auch beide Projekte räumlich zusammen in Köln Ehrenfeld.

Es wurde ein **kultursensibles Modul** entwickelt, das sich mit migrationsspezifischen Aspekten befasst und alle Beteiligten schult: „Dabei geht es zum Beispiel darum, welche Rolle Sprache spielt, welche Rituale oder Umgangsformen wichtig sind oder wie man Menschen begegnet, die möglicherweise im Verlauf einer Demenzerkrankung ihre erlernte Zweitsprache wieder verlieren.“

Ein zentraler Baustein des Projekts ist die **Qualifizierung von Multiplikatoren** aus der türkischen Community. Diese absolvieren eine etwa 40-stündige Schulung, in der Grundlagen zu Demenz, zum Umgang mit Betroffenen und zu Unterstützungsleistungen vermittelt werden.

Die Multiplikatoren übernehmen selbst keine umfassende Beratung. Ihre Aufgabe besteht vielmehr darin, Informationen in die Menschen aus der türkischen Community zu tragen und Betroffene an die hauptamtlichen Ansprechpartner zu vermitteln. „Wir brauchen Menschen, die draußen wissen lassen, dass es dieses Angebot gibt. Erst wenn jemand weiß, dass es Unterstützung gibt, kann er sich auch an uns wenden.“ Der Zugang erfolgt daher häufig über persönliche Netzwerke, Veranstaltungen oder Mund-zu-Mund-Empfehlungen.

Die Rückmeldungen der Menschen aus der türkischen Community zum Gemeinschaftsprojekt sind durchweg positiv. „Menschen, die einmal mit dem Projekt in Kontakt sind, bleiben häufig über längere Zeit angebunden“, berichtet Verena Rech. Gleichzeitig gibt es jedoch auch Grenzen - insbesondere durch die verfügbaren personellen Ressourcen. „Die vorhandenen personellen Ressourcen setzen hier natürliche Grenzen. Darin müssen Beratung, Schulungen, Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit und Projektentwicklung untergebracht werden.“





Zur Übertragbarkeit - Wie kann das Modell auch in anderen Kommunen funktionieren?

Das Projekt stößt auch über Köln hinaus auf Interesse. Immer wieder erreichen die AWO Anfragen von anderen Kommunen, Organisationen oder Forschungseinrichtungen, die sich über das Modell informieren möchten. „Es gibt viele Rückfragen - von Universitäten, von kommunalen Stellen oder von anderen Trägern, die ähnliche Angebote aufbauen möchten.“

Für eine erfolgreiche Übertragung auf andere Regionen sieht Frau Rech jedoch mehrere Voraussetzungen. Zunächst spielt die **kommunale Finanzierung** eine entscheidende Rolle. „Solche Dienstleistungen sind hoch relevant, müssen für die Zielgruppe aber kostenfrei sein. Beratung kann nicht über Gebühren finanziert werden - deshalb müssen die Personalkosten refinanziert sein.“ Darüber hinaus hängt die Umsetzung stark von den gegebenen **lokalen Strukturen** ab. In Städten mit einem gut ausgebauten Netz niedrigschwelliger Angebote - etwa offenen Seniorentreffs, Beratungsstellen oder Quartiersprojekten - lassen sich neue Projekte leichter verankern. „Dort, wo viele niedrigschwellige Angebote existieren, gibt es auch mehr Möglichkeiten, über ein Projekt zu informieren und Menschen zu erreichen.“ In ländlichen Regionen sei dies deutlich schwieriger. „Wenn Menschen kaum noch mobil sind und sich ihr Alltag auf wenige Orte beschränkt, dann ist es viel schwieriger, Informationen über neue Angebote zu verbreiten und diese Personen tatsächlich zu erreichen.“

Auch **kulturelle und sprachliche Kompetenzen** spielen eine wichtige Rolle. Beratung könne nur funktionieren, wenn die Fachkräfte die Sprache der Zielgruppe sprechen. „Für Dolmetscher gibt es in solchen Situationen in der Regel keine Finanzierung. Deshalb ist es wichtig, dass die beratenden Personen selbst über Sprachkompetenzen verfügen.“

Zur Zukunft - Welche Aufgaben haben Kommunen in einer vielfältiger werdenden alternden Gesellschaft?

Für Verena Rech ist die Kommune ein zentraler Akteur in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Neben der finanziellen Unterstützung hat sie vor allem eine **planerische Verantwortung**. Kommunen analysieren demografische Entwicklungen, identifizieren Unterstützungsbedarfe und entscheiden, welche Strukturen aufgebaut werden müssen. „Die Kommune muss sich anschauen: Wie altern die Generationen? Welche Bedarfe entstehen? Und welche Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen braucht eine Stadt, um ihre ältere und vielfältiger werdende Gesellschaft gut begleiten und versorgen zu können? Gerade mit Blick auf den Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ wird es zunehmend wichtiger, Menschen möglichst lange im eigenen Zuhause zu unterstützen. Und das ist klar eine städtische Aufgabe.“ Dabei spielt die **Evaluation kommunaler Angebote** eine entscheidende Rolle. Das Gemeinschaftsprojekt arbeitet bereits seit Jahren mit eigenen Kennzahlen - etwa zur Zahl der Multiplikatoren, der vermittelten Familien oder der durchgeführten Schulungen. Seit 2026 fordert die Stadt Köln zusätzlich von allen geförderten Seniorenprojekten eine systematische Evaluation. „Die Kommune möchte natürlich wissen, wie viele Menschen erreicht werden, über welche Wege sie zu den Angeboten kommen und welche Themen in den Beratungen besonders häufig auftreten.“ Solche Daten sollen dazu beitragen, Angebote gezielter weiterzuentwickeln und Ressourcen sinnvoll einzusetzen.

Für die Zukunft wünscht sich Rech vor allem eine stärkere gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse älterer Menschen. „Ältere Menschen brauchen eine stärkere Lobby. Wir müssen stärker darüber nachdenken, was ein lebenswertes Leben im Alter ausmacht - unabhängig davon, aus welcher Kultur jemand kommt.“ Langfristig sieht sie kommunale Gesundheitsförderung als **Gemeinschaftsaufgabe von Politik, Gesellschaft und lokalen Akteuren**. Nur wenn diese zusammenarbeiten, könne eine alternde und zunehmend vielfältige Gesellschaft nachhaltig unterstützt werden.



Weiterführende Informationen zum Gemeinschaftsprojekt:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/detailseite/das-gemeinschaftsangebot-demenz-und-migration



Kontakt:
Verena Rech,
Stellvertretende Einrichtungsleitung der AWO Köln,
✉ rech@awo-koeln.de

Praxisbeispiel 9 - Zusammengefasst

Zusammenfassung:

Das Gemeinschaftsangebot „Demenz und Migration“ der AWO Köln zeigt, wie kultursensible Altenhilfe und kommunale Gesundheitsförderung ineinandergreifen können. Es verbindet muttersprachliche Information und Beratung, häusliche Unterstützung für Menschen türkischer Herkunft mit Demenz, Angehörigenarbeit, Gruppenangebote und Netzwerkarbeit. Eine wichtige Rolle spielen geschulte ehrenamtliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Sie tragen Informationen in die türkische Community, erleichtern den Zugang zu den hauptamtlichen Koordinatoren und unterstützen Familien im Alltag. Zugleich zeigt das Beispiel, dass solche niedrigschwelligen und kostenfreien Beratungs- und Unterstützungsangebote nur funktionieren, wenn professionelle Koordination und Personalkosten verlässlich refinanziert sind. In Köln wird dies durch die Stadt finanziell unterstützt. Besonders deutlich wird: Kultursensible Unterstützung braucht Sprachkompetenz, Vertrauen in der Community, fachliche Begleitung und langfristige kommunale Strukturen.

Kurzüberblick:

- * Gemeinschaftsprojekt „Demenz und Migration“ der AWO Köln seit 2013
- * Teil der offenen Seniorenarbeit Verknüpfung von häuslichem Unterstützungsdienst und „Veedel für Alle“
- * Fokus auf Menschen mit Demenz und Migrationsgeschichte sowie pflegende Angehörige
- * Kultursensible Beratung, muttersprachliche Begleitung und Qualifizierung von Multiplikatoren
- * Kommunal mitfinanziert durch die Stadt Köln

Erfolgsfaktoren

- + Muttersprachliche und kultursensible Fachkompetenz, Vertrauen & Community-Zugänge (Multiplikatoren aus der türkischen Community)
- + Persönliche Netzwerke, Veranstaltungen und Mund-zu-Mund-Empfehlungen
- + Räumliche und organisatorische Nähe der beteiligten Projekte, Einbettung in offene Seniorenarbeit und kommunale Förderung

Stolpersteine

- Sprachliche Barrieren und fehlende Finanzierung für Dolmetschung
- Begrenzte personelle Ressourcen für Beratung, Schulung, Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit
- Geringe Bekanntheit des Altenhilfesystems in Teilen der Zielgruppe
- Schwierige Übertragbarkeit in ländlichen Räumen bei geringer Mobilität

Wenn Künstliche Intelligenz Gesprächsanlässe für Ältere schafft

Interview mit **Christian Atz**,
Gründer und Geschäftsführer
der Bona Mondo UG



Zum Projekt - Was ist KIKO und wie ist die Idee entstanden?

Christian Atz beschreibt die Bona Mondo UG als junges Unternehmen, das „zeitgemäße Technik für Impact“ entwickeln möchte – insbesondere mit Blick auf Alters-einsamkeit. Die Idee zu KIKO entstand aus Vorarbeiten mit Virtual-Reality-Angeboten für ältere, mobilitätseingeschränkte Menschen. Dabei wurden Wunschorte älterer Menschen mit 360-Grad-Kameras aufgenommen und über VR-Brillen noch einmal erlebbar gemacht.

Diese Erfahrungen waren nach Atz' Einschätzung „unglaublich toll für alle Beteiligten“, auch weil Betreuungskräfte gut an biografische Erinnerungen anknüpfen konnten. Zugleich zeigte sich: Der Ansatz war sehr zeitintensiv und ließ sich kaum in ein tragfähiges Geschäftsmodell überführen. Aus dieser Arbeit entstanden aber Zugänge zu Pflegeeinrichtungen und Vertrauen in der Zielgruppe.

Mit dem Aufkommen von ChatGPT und anderen Sprachmodellen stellte sich eine neue Frage: Können KI-Sprachmodelle älteren Menschen als Gesprächspartner dienen – gerade dort, wo Einsamkeit, eingeschränkte Mobilität oder wenige soziale Kontakte eine Rolle spielen? KIKO verbindet diese Idee mit einer bewusst warmen Gestaltung. Die Technik soll nicht als „kühle Plastik- oder Metalloberfläche“ erscheinen, sondern über Holz alltagsnäher wirken.

Ursprünglich plante das Team einen eigenständigeren technischen Aufbau, unter anderem mit Raspberry Pi. In der Praxis erwies sich dieser Ansatz jedoch als zu langsam und für eine dauerhafte Nutzung wenig attraktiv. Außerdem besitzen viele ältere Menschen bereits ein Smartphone und nutzen grundlegende Anwendungen wie WhatsApp. Daraus entstand ein pragmatischerer Ansatz: Das Smartphone wird zur zentralen technischen Einheit, die Holzfigur wird zur Docking-Station mit Mikrofon und Lautsprecher.

Die Gesprächsführung wird über Prompts vorbereitet. Grundlage sind Fragebögen, die gemeinsam mit einer Psychologin entwickelt wurden. Sie sollen erfassen, welche Erwartungen ältere Menschen an einen

KI-Gesprächspartner haben – etwa welche Themen sie interessieren, welche Art von Ansprache sie bevorzugen und welche Kommunikationsform für sie angenehm ist.

Die bisherige Entwicklung von KIKO wurde durch zeitlich begrenzte Förder- und Unterstützungsstrukturen ermöglicht, darunter eine Modellvorhabenförderung via ESF Plus (Sächsische Aufbaubank) sowie Unterstützung von SINN Sachsen (Sinnkubator) und der Gründungsgarage Chemnitz. Eine laufende Finanzierung über Krankenkassen oder andere Regelstrukturen der Gesundheitsversorgung besteht nach Auskunft von Christian Atz bislang nicht.

Zur Erprobung – Wie reagieren ältere Menschen auf KI als Gesprächspartner?

In der ersten Projektphase führte das Team etwa 50 Interviews mit Menschen ab 75 Jahren. Der Zugang erfolgte über Netzwerke von SINN Sachsen, Caritas, Diakonie sowie Kontakte aus dem früheren VR-Projekt. Zunächst ging es um grundlegende Fragen: Besteht überhaupt Interesse, mit KI-Technik zu sprechen? Wird sächsischer Dialekt verstanden? Sind Lautstärke, Antwortgeschwindigkeit und Sprachausgabe geeignet?

Die Rückmeldungen waren gemischt. „Viele Menschen haben gesagt: Ich verfolge das in den Medien, das ist spannend – aber ich möchte nur mit Menschen sprechen“, berichtet Christian Atz. Gleichzeitig waren etwa zwei Drittel der Vorbefragten offen für eine Teilnahme. Häufig zeigte sich zunächst eine Mischung aus Distanz und Neugier. Einzelne positive Schlüsselmomente führten dann zu größerer Offenheit.

Nach den ersten Tests stellte das Team einigen älteren Menschen den Chatbot über längere Zeit zur Verfügung. Einige nutzen ihn seit mehreren Monaten, einzelne seit fast einem Jahr. Die Nutzung ist sehr unterschiedlich: Manche fragen vor allem nach der Technik selbst: „Wer bist du?“, „Woher weißt du das?“, „Kannst du mich sehen?“ Andere führen inhaltliche Gespräche, etwa über frühere Berufserfahrungen, Computertechnik, Fußball oder aktuelle Bundesliga-Ergebnisse.

KIKO – Ein technologiegestützter Ansatz gegen Einsamkeit im Alter

Einsamkeit im Alter ist eine wachsende gesellschaftliche Herausforderung. Gerade ältere Menschen, die allein leben, mobilitätseingeschränkt sind oder wenig soziale Kontakte haben, brauchen niedrigschwellige Möglichkeiten, um im Alltag in Austausch zu kommen. Digitale Technologien und der Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) können hier neue Impulse setzen – werfen aber zugleich ethische, technische und soziale Fragen auf.

Ein Beispiel dafür ist **KIKO** – ein Wortspiel aus **KI und Kommunikation** sowie angelehnt an das Japanische als „Kind des Holzes“. Entwickelt wird der Ansatz von der Bona Mondo UG in Zwickau. KIKO verbindet KI-basierte Sprachkommunikation mit einer haptischen Docking-Station aus Holz, die ein vorhandenes Smartphone aufnimmt. Ziel ist es, KI-Sprachmodelle für ältere Menschen als alltagsnahe Gesprächspartner nutzbar zu machen – nicht als Ersatz für menschliche Kontakte, sondern als ergänzendes Kommunikationsangebot.

Im Interview berichtet Christian Atz, Gründer und Geschäftsführer der Bona Mondo UG, über die Entstehung von KIKO, erste Erfahrungen mit älteren Nutzern, Chancen und Risiken KI-gestützter Kommunikation und darüber, welche Rolle solche Ansätze künftig in Gesundheitsförderung, Einsamkeitsprävention und digitaler Teilhabe spielen könnten.

Atz beschreibt die Nutzung als stark abhängig von kognitiven Fähigkeiten, Technikinteresse und Lebenssituation. Eine zentrale Erkenntnis war zudem, dass generische Sprachmodelle oft nicht ausreichen. „Wir haben relativ zeitnah herausgefunden, dass unspezifizierte Sprachmodelle zu langweilig für die Nutzenden waren“, sagt er. Daraus entstand der Bedarf, die Systeme stärker auf einzelne Personen und ihre Kommunikationswünsche vorzubereiten.

Zu Chancen und Grenzen – Was kann KI-basierte Kommunikation gegen Alterseinsamkeit leisten?

„KI-Sprachmodelle könnten dort ergänzend helfen, wo Menschen allein leben, wenig Gesprächsanlässe haben oder Angehörige zusätzliche Impulse in den Alltag bringen möchten“, sagt Christian Atz. Die Technik kann Themen aufgreifen, die für die jeweilige Person bedeutsam sind – frühere Berufe, Interessen, Hobbys, Erinnerungen oder aktuelle Alltagsthemen. Damit kann sie Kommunikation anregen und Unterhaltung bieten.

Gleichzeitig betont Atz, dass ein offenes KI-Gesprächssystem für vulnerable Zielgruppen nicht unproblematisch ist. Besonders kritisch sieht er „Halluzinationen“ der KI, missverständliche Formulierungen und die Gefahr emotionaler Bindung an Technik. „Wenn das zu gut funktioniert, wird tatsächlich auch eine Bindung an Technik aufgebaut. Es kommt insbesondere bei vulnerablen Zielgruppen vor, dass eine Abhängigkeit geschaffen wird. Das sehe ich sehr kritisch“, sagt Atz. Ein Beispiel aus der Erprobung machte diese Ambivalenz deutlich: Eine Nutzerin empfand es als Ablehnung, als die KI vorschlug, ein Thema „auf morgen“ zu verschieben. Daraufhin wurde der Prompt angepasst.

Vorsicht prägt daher die Weiterentwicklung von KIKO. Das Team prüft stärker eingegrenzte Anwendungen mit geringerem Risiko. Ein Beispiel ist eine Gebetsbegleitung über Holzfiguren mit NFC-Technik, bei der Gebete zu Themen wie Dankbarkeit, Trauer oder Fürsorge abgespielt werden. Ein solcher Ansatz erscheint dem Team kontrollierbarer als ein offenes Gesprächssystem.

Zur Zukunft – Drei Wünsche an die Gesundheitspolitik

Laut Atz sollten Bonus- und Präventionsprogramme der Krankenkassen breiter gedacht werden. Bisher werden häufig Fitness-Tracking oder Bewegung gefördert. Aus seiner Sicht sollten auch Felder wie Einsamkeitsprävention, Kommunikation und digitale Unterstützung berücksichtigt werden – etwa durch eine Bezuschussung von Hardware oder Sprachmodell-Abonnements.

Zweitens wünscht er sich, dass Einsamkeit stärker als gesellschaftliche Herausforderung anerkannt wird. „Ich sehe es auf der gleichen Dringlichkeitsebene bezüglich gesellschaftlicher Dringlichkeit wie Klimaschutz“, sagt Atz. Zugleich habe er den Eindruck, dass Einsamkeit im Vergleich dazu noch „stiefmütterlich behandelt“ werde.

Zuletzt spricht er auch die Rahmenbedingungen für soziale Start-ups im Gesundheitswesen an. Junge Projekte ohne hohe Umsätze oder Gewinne seien früh mit Bürokratie-, Steuerberatungs- und Verwaltungskosten belastet. Atz wünscht sich daher eine Art „Welpenschutz“ für junge Unternehmen in den ersten Jahren – mehr Freiraum zum Entwickeln, Testen und Lernen.

Damit verweist das Interview auf eine größere Frage: Wie können soziale Innovationen im Bereich Alter, Einsamkeit und digitaler Teilhabe entstehen, ohne an Bürokratie, fehlender Finanzierung oder ungeklärten Verantwortungsfragen zu scheitern? KIKO zeigt in diesem Zusammenhang weniger ein fertiges Versorgungsmodell als vielmehr einen wichtigen Suchprozess: Wie kann Technik im Alter menschlicher, sicherer und wirksamer gestaltet werden – und wo liegen ihre Grenzen?



Weitere Informationen:

www.sinn-sachsen.de/kiko-chatbot

www.alltagsfreund.de

Was kommunale Prävention leisten kann – und woran sie (noch) scheitert

Zentrale Erkenntnisse zur kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung für eine alternde Gesellschaft

Die vorgestellten Praxisbeispiele sind in ihrer Ausgestaltung sehr unterschiedlich – und genau das macht sie als Gesamtschau aussagekräftig. Sie reichen von langjährig etablierten kommunalen Infrastrukturen wie dem Generationennetz Gelsenkirchen über quartiersbezogene Ansätze der Stadtteilgesundheit bis hin zu wissenschaftlich begleiteten Transferprojekten wie MoKo-Fit/behERZt und technologieorientierten Angeboten. Manche Angebote sind eng mit einzelnen Schlüsselpersonen verbunden, andere funktionieren durch institutionelle Verankerung, kommunaler oder wissenschaftlicher Koordination und Begleitung. Die Finanzierung ist ebenso recht unterschiedlich. Das Gros der Projekte wird über Mittel des Präventionsgesetzes finanziert, andere hingegen über Landesförderungen, Bundesprogramme, kommunale Eigenmittel oder einer Mischfinanzierung.

Diese Vielfalt ist Stärke und Schwäche zugleich. Sie zeigt, wie der Gestaltungsspielraum kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung ist und wie unterschiedlich lokale Lösungen aussehen können. Gleichzeitig verdeutlicht es, dass die Umsetzung kommunaler Prävention sowie der zugehörigen Förder- und Projektlandschaft in Deutschland stark fragmentiert ist. Viele Angebote entstehen aus befristeten Förderlogiken. Dies hat zur Folge, dass dauerhafte Strukturen, Anschlussfinanzierungen und klare Zuständigkeiten häufig erst im Verlauf oder nach Ende der Förderung geklärt werden. Gerade für Kommunen, die finanziell und personell stark belastet sind, ist dies eine zentrale Hürde: Gute Ansätze können nur dann verstetigt werden, wenn sie nicht dauerhaft von kurzfristiger Projektförderung, Einzelpersonen oder ehrenamtlichem Engagement abhängig bleiben.

Gemeinsam ist allen Projekten, dass sie dort ansetzen, wo Menschen tatsächlich leben: im Quartier, im Stadtteil, im Dorf, in Sozial- und Begegnungsstätten, Vereinen, Beratungsstellen, Pflege- und Nachbarschaftsstrukturen. Niedrigschwelligkeit, persönliche Ansprache und lokale Vernetzung sind durchgängig die entscheidenden Faktoren des Gelingens. Besonders wirksam zeigten sich Ansätze, die gesundheitliche Förderung nicht isoliert betrachten, sondern Bewegungsförderung, soziale Teilhabe, Einsamkeitsprävention, Alltagsunterstützung und lokale Gemeinschaft miteinander verbinden.

Zugleich zeigen die Beispiele, dass Zielgruppenerreichung anspruchsvoll bleibt. Gerade Menschen, die besonders von Prävention profitieren könnten - etwa isolierte, hochaltrige, mobilitätseingeschränkte, sozial benachteiligte oder pflegende Menschen – sind schwer erreichbar. Auch Männer und Menschen mit Migrationsgeschichte sind in vielen Angeboten unterrepräsentiert.

Erfolgreiche kommunale Prävention braucht daher mehr als offene Angebote: Sie braucht vertraute Zugangswege, persönliche Ansprache, zielgruppenspezifische Angebote, kultursensible Kommunikation, lokale Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Formate, die an konkrete Lebenslagen anschließen.

Kommunale Prävention kann dazu beitragen, Selbstständigkeit, Teilhabe und Lebensqualität im Alter zu stärken und langfristig Versorgungs- und Pflegebedarfe zu reduzieren oder hinauszuzögern. Sie hat ein hohes Potenzial bestehende Ressourcen sei es verfügbares Pflegepersonal, medizinische Versorgungskapazitäten zu schonen und bedarfsgerechter einzusetzen. Damit dieses Potenzial wirksam wird, sollten Prävention, Pflege und medizinische Versorgung jedoch stärker verzahnt werden. In der Praxis bestehen hier weiterhin Brüche: Präventionsprojekte, Pflegestrukturen, ärztliche Versorgung, soziale Arbeit und kommunale Angebote arbeiten häufig nebeneinander. Die Beispiele zeigen aber auch, dass Kooperation möglich ist, wenn Verantwortlichkeiten klar sind, lokale Koordination vorhanden ist und Raum für den Aufbau von Vertrauen und Abstimmung vorhanden ist.

Was nehmen wir also mit?

Aus den Praxisbeispielen lassen sich sieben übergreifende Erkenntnisse ableiten. Sie bündeln zentrale „Lessons Learned“ aus der Analyse der untersuchten Ansätze.

Lessons Learned - Was nehmen wir mit?

- 1. *Kommunale Prävention braucht tragfähige Strukturen und Verstetigungsperspektiven***
Erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung gelingt dort, wo klare lokale Strukturen vorhanden sind: kommunale Koordinationsstellen, Gesundheitsmanagerinnen und Gesundheitsmanager, Quartiersbüros, lokale Kümmerer, Planungskreise oder dauerhaft verankerte Anlaufstellen. Sie schaffen Verbindlichkeit, bündeln Informationen und koordinieren Akteure. Zugleich zeigt sich: Viele gute Ansätze bleiben abhängig von befristeter Projektförderung, Einzelpersonen oder ehrenamtlichem Engagement. Die zentrale Herausforderung liegt daher nicht im Fehlen guter Projektideen, sondern in ihrer dauerhaften Verankerung.
- 2. *Partizipation, lokale Akteure und persönliche Ansprache sind zentrale Erfolgsfaktoren***
Die Beispiele zeigen, dass Prävention besonders dann angenommen wird, wenn Zielgruppen und lokale Schlüsselpersonen aktiv einbezogen werden. Dazu gehören Ehrenamtliche, Bewegungsmentorinnen und Bewegungsmentoren, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Seniorenvertretungen, Nachbarschaftsinitiativen, Quartiersakteure, Vereine, soziale Träger und lokale Einrichtungen. Persönliche Ansprache an vertrauten Orten ist häufig wirksamer als allgemeine Öffentlichkeitsarbeit. Partizipation bei der Feststellung von Bedarfen und Entwicklung von Angeboten erhöht die Passgenauigkeit, stärkt Vertrauen und verbessert die Zielgruppenerreichung.
- 3. *Niedrigschwellige, wohnortnahe und flexible Angebote erreichen mehr Menschen***
Präventionsangebote müssen möglichst alltagsnah gestaltet sein: kostenfrei oder kostengünstig, wohnortnah, ohne formale Zugangshürden und an vertrauten Orten. Klassische kommunale Strukturen reichen gerade bei älteren, mobilitätseingeschränkten, isolierten oder sozial benachteiligten Menschen häufig nicht aus. Erfolgreiche Angebote setzen deshalb auf bekannte Treffpunkte, flexible Teilnahmebedingungen, wiedererkennbare Formate und lokale Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

4. Bewegung, Einsamkeitsprävention und soziale Teilhabe sollten zusammengedacht werden

Viele Projekte verbinden Bewegungsförderung mit kognitiver Aktivierung, sozialem Austausch und Gruppenbindung. Damit adressieren sie mehrere Ziele zugleich: körperliche Aktivität, mentale Aktivierung, Alltagsstruktur, soziale Teilhabe und Einsamkeitsprävention. Gerade im Alter ist Bewegung häufig dann attraktiv, wenn sie nicht als leistungsorientiertes Sportangebot erscheint, sondern als gemeinsames, alltagsnahes und soziales Format.

5. Zielgruppenerreichung bleibt anspruchsvoll – besonders bei Männern, Menschen mit Migrationsgeschichte und vulnerablen Lebenslagen

Auch niedrigschwellige Angebote erreichen nicht automatisch diejenigen, die besonders von Prävention profitieren könnten. Schwer erreichbar bleiben insbesondere isolierte, hochaltrige, mobilitätseingeschränkte oder sozial benachteiligte Personen. Auch Männer und Menschen mit Migrationsgeschichte sind in vielen Angeboten unterrepräsentiert. Entscheidend ist daher eine differenzierte Zielgruppenansprache, die konkrete Lebenslagen, Sprachen, Rollenbilder, Mobilität, Gesundheitskompetenz und Vertrauenswege berücksichtigt.

6. Die Baby-Boomer-Generation ist Zielgruppe und Ressource zugleich

Die Baby-Boomer-Generation sollte nicht nur als zukünftige Zielgruppe präventiver Angebote verstanden werden. Viele Personen dieser Generation befinden sich im Übergang zwischen Erwerbsleben und Ruhestand und verfügen über Kompetenzen, Netzwerke, Erfahrungswissen und Engagementpotenziale. Sie können als Bewegungsmentorinnen und Bewegungsmentoren, Nachbarschaftsakteure, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder Unterstützende in lokale Strukturen eingebunden werden. Das stärkt nicht nur Angebote vor Ort, sondern kann auch Teilhabe und Sinnstiftung im Übergang in die nachberufliche Lebensphase fördern.

7. Transfer und Verzahnung brauchen lokale Anpassung und sektorübergreifende Zusammenarbeit

Der Transfer erfolgreicher Ansätze aus städtischen Kontexten in ländliche oder strukturschwache Räume ist möglich, aber nicht durch reine Übertragung eines Projektmodells. Er braucht lokale Bedarfsanalysen, angepasste Umsetzungskonzepte, Transferbudgets, Koordination und begleitende Unterstützungsstrukturen. Zugleich bleibt die stärkere Verzahnung von Prävention, Pflege und medizinischer Versorgung ein zentrales Entwicklungsfeld. Prävention sollte nicht isoliert neben Versorgung und Pflege stehen, sondern in lokale Unterstützungs- und Versorgungsketten eingebunden werden.

Die zentrale Herausforderung liegt daher nicht im Fehlen guter Ideen und Konzepte, sondern in ihrer dauerhaften Absicherung. Viele Projekte zeigen hohe Akzeptanz und großes Potenzial, bleiben aber abhängig von befristeter Förderung, einzelnen Schlüsselpersonen oder ehrenamtlichem Engagement. Damit kommunale Prävention mehr sein kann als eine Abfolge zeitlich begrenzter Modellprojekte, braucht es verlässliche Strukturen, klare Zuständigkeiten und tragfähige Finanzierungswege.

Aus den Ergebnissen des Studienteils lassen sich daher Empfehlungen und Vorschläge ableiten, an denen sich Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger auf kommunaler Ebene, Landesebene und Bundesebene orientieren können, wenn sie Lebensweltenprävention für eine alternde Bevölkerung stärken und langfristig tragfähig gestalten wollen.

Konkrete Handlungsempfehlungen ergeben sich vor allem dort, wo wirksame Ansätze an strukturelle Grenzen stoßen. Bewährte Angebote sollten nicht immer wieder neu als „Innovation“ begründet werden müssen, um Unterstützung zu erhalten. Stattdessen braucht es Verstetigungsmodelle für etablierte Projekte, die ihre Wirkung, Akzeptanz und lokale Relevanz belegen können. Kommunen sollten funktionierende Strukturen nach Ende eines Förderzyklus nicht wieder abbauen müssen. Gleichzeitig sollte endlich stärker auf eine Skalierung erprobter Konzepte inklusive Materialien geachtet werden sowie der Austausch zwischen den Initiativen strukturiert und inhaltlich systematisch erfolgen. Föderalismus bedeutet an dieser Stelle nicht, dass gemeinschaftlich finanzierte Vorhaben eine beliebige Multiplikation ähnlichen Projekten begründen, die ähnliche Erfahrungen machen und im schlimmsten Fall nicht voneinander lernen. Dies ist mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen mehr als geboten.

Lokale Koordinationsstellen sollten ebenso dauerhaft abgesichert werden. Quartierskoordination, kommunales Gesundheitsmanagement und vergleichbare Anlaufstellen sind keine Zusatzleistung, sondern Grundvoraussetzung wirksamer Lebensweltenprävention. Sie verbinden Akteure, sichern Ansprache und Beteiligung und halten Angebote über Projektlaufzeiten hinweg zusammen.

Prävention sollte außerdem stärker als Bestandteil kommunaler Planung verstanden werden: niedrigschwellige Bewegungsangebote, generationengerechte Begegnungsorte, barrierefreie Mobilität und gesundheitsförderliche Quartiersstrukturen gehören zur Verhältnisprävention. Damit auch ältere Menschen mit Migrationsgeschichte, hochaltrige oder mobilitätseingeschränkte Menschen, pflegende Angehörige und Männer erreicht werden, braucht es passgenaue Zugänge, kultursensible Ansprache und ausreichend qualifiziertes Personal.

Kommunale Prävention braucht einen stärkeren Schulterschluss mit den Akteuren der medizinischen Versorgung. Zum Beispiel könnten Hausarztpraxen dabei systematisch als Vertrauensanker und Vermittler eingebunden werden. Persönliche Empfehlungen, Bewegungsverordnungen und etablierte Überleitungswege können dazu beitragen, insbesondere ältere Menschen gezielt in wohnortnahe Präventionsangebote zu lotsen. Voraussetzung hierfür sind verlässliche Kooperationsstrukturen zwischen Kommunen, Gesundheitsämtern, medizinischer Versorgung und lokalen Anbietern.

Und nun? Handlungsempfehlungen und Vorschläge an die Politik

Die Ausgangslage ist klar: Die demografische Alterung erhöht den Bedarf an medizinischer, pflegerischer und sozialer Unterstützung, während Fachkräftemangel und knappe Kommunalhaushalte die Handlungsspielräume vor Ort einengen. Gleichzeitig zeigt dieser zweite Teil der Studie „Neue Gesundheitsnetze“, dass es wirksame zahlreiche Ansätze kommunaler Prävention gibt – lokal verankert, engagiert umgesetzt und mit messbarer Wirkung.

Strukturelle Weiterentwicklung und Finanzierung der kommunalen Prävention

Neben projektnahen Handlungsempfehlungen braucht es strukturelle und finanzielle Weichenstellungen für kommunale Prävention. Prävention gilt zunehmend als wichtiger Hebel, um Krankheitslast zu reduzieren, Pflegebedürftigkeit möglichst hinauszuzögern und das Gesundheits- und Versorgungssystem langfristig zu entlasten. Mit dem Präventionsgesetz wurden Kranken- und Pflegekassen stärker in die Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden. Der Präventionsbericht 2025 weist für das Berichtsjahr 2024 rund 700 Millionen Euro der gesetzlichen Krankenversicherung für Aufgaben im Rahmen des Präventionsgesetzes aus, davon 186 Millionen Euro für die Prävention in Lebenswelten und 25 Millionen Euro für Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege². Auch die private Kranken- und Pflegeversicherung beteiligt sich am gesetzlichen Auftrag der Lebensweltenprävention und hat 2025 dafür 22 Mio. Euro aufgewendet, zusätzlich 3,6 Mio. Euro für Prävention in der Pflege.

Obwohl die größten Stellschrauben für mehr Gesundheitsförderung außerhalb des klassischen Gesundheitssystems liegen und ordnungspolitisch den staatlichen Fürsorgeleistungen zuzurechnen sind, leisten Bund, Länder und Kommunen hierfür nicht ausreichend. Hier braucht es mehr Verbindlichkeit und die Übernahme von Verantwortung, vor allem finanziell und koordinativ. Die Diskussion um versicherungsfremde Leistungen in der Krankenversicherung und aktuelle Spargesetze zeigen, wie hoch der finanzielle Druck der Kostenträger ist und erfordern einen maßvollen und entlastenden Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln. In diesem Sinne sind strukturelle und finanzielle Änderungen in der Präventionslandschaft dringend notwendig, um nachhaltige Erfolge zu sichern und die Strukturen zukunftsfähig aufzustellen.

Erforderliche Weichenstellungen für die Zukunft

- **Ressourcenmangel ernst nehmen – und ressourcenschonend handeln.** Es fehlt an Fachkräften und an Geld. Umso schwerer wiegt es, wenn gut aufgebaute Projekte nach Ablauf ihrer Förderphase enden müssen, weil keine Anschlussfinanzierung gefunden wurde. Das ist kein Sparen – das ist Ressourcenverschwendung. Aufgebaut, erprobt, gewirkt – und dann abgebrochen: Dieses Muster muss durchbrochen werden. Wirkungsvolle Angebote müssen langfristig tragfähig aufgestellt werden und in Regelstrukturen überführt werden. Gegebenenfalls sollten Mittel umgeschichtet werden können von der Neu-Förderung in die Bestands-Förderung.
- **Weniger Projektitis – mehr Struktur und Konsistenz.** Die heutige Förderlandschaft kommunaler Prävention ist geprägt von einer Vielzahl kleinteiliger, zeitlich befristeter Maßnahmen aus dem Präventionsgesetz, aus Bundes- und Landesministerien sowie aus kommunalen Töpfen. Diese Fragmentierung kostet Kommunen unverhältnismäßig viel Zeit und Verwaltungskapazität beim Mitteleinwerben, führt zu Doppelstrukturen und verhindert Kontinuität. Die Förderrichtlinien verschiedener Bundesministerien sollten zu einer integrierten Förderstruktur weiterentwickelt werden, mit gestrafften und stärker aufeinander abgestimmten Fördertatbeständen. Statt viele kleinteilige Einzelmaßnahmen zu finanzieren, sollten zusammenhängende, regional verankerte Vorhaben mit ausreichend Laufzeit, realistischen Budgets und reduziertem bürokratischem Aufwand für die antragstellenden Kommunen gefördert werden. Weniger, dafür größere und wirkungsstärkere Projekte – mit klarer Priorität auf messbaren Effekten und breiter Ausstrahlungswirkung.

² Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2158637.jsp



- **Die Finanzierungsfrage muss politisch beantwortet werden.** Kommunale Gesundheitsförderung ist im ordnungspolitischen Sinne eine versicherungsfremde Leistung. Über das Präventionsgesetz leisten gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung einen hohen finanziellen Beitrag zur Lebensweltprevention. Doch angesichts leerer Kassen und einer sich absehbar verschlechternden Einnahmehasis der Sozialsysteme stellt sich die Frage, wie diese Aufgabe künftig finanziert werden soll, wenn sich der Staat aus der Mittelbereitstellung heraushält.
- **Die Säulen der Gesundheitsversorgung zusammenführen.** Medizinische Versorgung, Prävention, Pflege, Ehrenamt und Selbsthilfe stehen heute weitgehend unverbunden nebeneinander. Mangelnde Koordination zwischen Arztpraxen, Pflegediensten, Kommunen, Sozialorganisationen und zivilgesellschaftlichen Trägern führt nicht nur zu Doppelarbeit und manchmal auch parallelen Strukturen, sondern belastet auch das ohnehin knappe Personal und verschwendet Ressourcen. Eine bessere Abstimmung und sektorübergreifende Zusammenarbeit kann Kosten senken, Zeit sparen und die Qualität von Versorgung und Prävention gleichermaßen steigern. Diese Zusammenführung ist kein Selbstläufer – sie braucht klare Verantwortlichkeiten, ausreichend Zeit für Koordination und politischen Willen auf allen Ebenen.
- **Grenzen überwinden – gemeinsam statt nebeneinander.** Kommunale Gesundheitsförderung darf nicht an Verwaltungsgrenzen enden. Heute findet ein systematischer Austausch erfolgreicher Ansätze über Kreis- und Landesgrenzen hinweg kaum statt. Was in einer Region funktioniert, bleibt bei anderen häufig unbekannt, auch weil die Transparenz fehlt und untereinander wenig Wissen über bestehende Ansätze geteilt werden. Hier braucht es strukturierte Mechanismen zur überregionalen Vernetzung und zum Wissenstransfer – über Kommunen, Landkreise und Bundesländer hinweg. Sinnvoll wäre eine gemeinsame Plattform, auf der Projekte gebündelt dargestellt werden und über die sich Interessierte vernetzen können. Systematische Lernpartnerschaften zwischen Regionen, unterstützt durch überregionale Koordinierungsstellen, könnten den Austausch erleichtern.

Quellen/Bildnachweise

S.4: Adobe Stock | S.16: Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat |
S.19: Hope in Pictures - Stefanie Kisbauer | S.20: Getty Images | S.25:
Gerlinde Gallus | S.29: Generationennetz Gelsenkirchen e.V. | S.30: Getty
Images | S.32: Getty Images | S.35: PKV-Verband | S.37: Getty Images |
S.41: bwgt. e.V. | S.47: © TU Chemnitz, Professur SWP | S.50: Getty Images
| S.52: Steve Conrad | S.54: Dr. rer. nat. Ulrike Dapp, Albertinen Haus |
S.57: Getty Images | S.58/59: AWO Köln | S.62/63: Christian Atz (auf dem
Bild zu sehen), aufgenommen von Amac Gabe | S.65: Bona Mondo UG |
S.71: Getty Images

Impressum

Herausgeber

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c | 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 | Telefax -39 50
www.pkv.de | presse@pkv.de

