

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst

Fachhochschule Hildesheim/ Holzminden/ Göttingen

Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

Bachelorstudiengang Ergotherapie,

Logotherapie, Physiotherapie

Bachelorarbeit:

Gesundheitsförderung im

Mehrgenerationenhaus -

Ein Ansatz für die gemeinwesenorientierte

Ergotherapie

Erstprüferin: Frau Dr. Sandra Schiller

Zweitprüferin: Frau Jasmin Dürr

Viviane Constabel

Matrikel-Nr.: 593685

V.Constabel@gmx.de

Datum: 11.02.2014

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/ Holzminden/ Göttingen
Bachelorstudiengang Ergotherapie, Logotherapie, Physiotherapie
Wintersemester 2013/14

Viviane Constabel: Gesundheitsförderung im Mehrgenerationenhaus – Ein Ansatz für die gemeinwesenorientierte Ergotherapie. Email: V.Constabel@gmx.de

Abstrakt

Gesundheit, wie sie in der modernen Literatur wahrgenommen wird, ist ebenso von persönlichen, wie von gesellschaftlichen Faktoren abhängig. Gleichzeitig wird eine gesundheitliche Chancenungleichheit zu Ungunsten soziökonomisch und sozial schwacher Personen festgestellt. Vor diesem Hintergrund ist es Aufgabe der gesundheitsfördernden Ergotherapie, alle Menschen bei der Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen zu unterstützen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Zusammenhänge von gemeinwesenorientierter Ergotherapie und Gesundheitsförderung herauszustellen und aufzuzeigen, wie das Mehrgenerationenhaus als Rahmen für diese Arbeit genutzt werden kann. Daher wird sowohl auf die Konzeption der Mehrgenerationenhäuser eingegangen, als auch auf praktische Umsetzungsmöglichkeiten für die Ergotherapie in diesem Feld.

Die Erstellung der Arbeit erfolgte durch Literaturrecherche in Bibliotheken, im Internet und durch eine Handsuche dreier Fachzeitschriften. Fachdatenbanken konnten aufgrund der landesgebundenen Thematik nur in Bezug auf die allgemeinen Themen Gesundheitsförderung und Gemeinwesenarbeit genutzt werden.

Im Rahmen der Arbeit wird deutlich, dass die Ziele und Vorgehensweisen von gemeinwesenorientierter Ergotherapie und dem Mehrgenerationenhaus sehr ähnlich sind, wobei die Ergotherapie die partizipatorische Perspektive des Mehrgenerationenhauses um die der Betätigungsorientierung ergänzt. Die interdisziplinären Teams ermöglichen innovative Angebote, die die Gesundheit aller Menschen, unabhängig von sozioökonomischen Status, positiv beeinflussen können. Hierbei sind jedoch bestimmte finanzielle Rah-

menbedingungen ebenso zu beachten wie weitere Alternativen, gemeinwesenorientierte Ergotherapie anzubieten, da die weitere Förderung der Mehrgenerationenhäuser durch den Bund Ende des Jahres 2014 enden wird.

Schlüsselwörter: Gemeinwesenarbeit – gemeinwesenorientierte Ergotherapie – Gesundheitsförderung – Mehrgenerationenhaus – Partizipation

Abstract

Health, as perceived in modern literature, is dependent both on personal and community factors. Coevally being healthy seems to be more achievable for people of a high socioeconomic or social status. Thus, the promotion of health and health resources for all people is a mission for occupational therapists.

This paper aims to point out the connection between community-based occupational therapy and health promotion and incorporate it into the institutional framework of multigenerational houses (orig. "Mehrgenerationenhäuser") outlining the conception of these houses and giving practical examples for occupational therapy projects in this field.

The method used in the process of writing was the research of literature in libraries, on the internet and in occupational therapy journals. Database research could only be used for the general information on health promotion and community work due to the nation-specific topic of the paper.

It becomes clear that the goals and approaches of multigenerational houses and occupational therapy are similar and that the participatory focus of the houses is complemented by the occupation-based perspective of occupational therapy. Also it is pointed out that interdisciplinary teams have the opportunity to create innovative projects that are able to promote people's health, independent of their socioeconomic status. Furthermore it is stressed that there are financial framework requirements that have to be met and that

there are alternatives for community-based occupational therapy to be implemented in. This is important to consider due to the fact that the governmental promotion of these houses is not necessarily being continued after the year 2014.

Keywords: Community-based occupational therapy – Community work – Health Promotion – Multigenerational houses – Participation

Inhalt

1 Einleitung	1
2 Demographischer und sozialer Wandel	2
2.1 Demographischer Wandel im Überblick	2
2.2 Sozialer Wandel.....	4
2.3 Lebenssituation älterer Menschen	5
3 Gesundheitsförderung in der Ergotherapie.....	7
3.1 Gesundheit.....	8
3.2 Ottawa Charta	10
3.3 Ergotherapeutische Angebote zur Gesundheitsförderung	11
3.4 Gemeinwesenorientierte Ergotherapie	14
3.5 Zusammenfassung	16
4 Mehrgenerationenhäuser als Begegnungsstätte.....	18
4.1 Definition und Aktionsprogramm I	18
4.2 Aktionsporgramm II	20
4.3 Beispiel: Mehrgenerationenhaus Hildesheim.....	22
5 Ergotherapeutische Angebote im Mehrgenerationenhaus	25
5.1 Ergotherapie und das Konzept Mehrgenerationenhaus	25
5.2 Vernetzung.....	26
5.3 Finanzielle Rahmenbedingungen	28
5.4 Interdisziplinäre Perspektiven	29
6 Praktische Umsetzung	31
6.1 Gesundheitsförderung.....	31
6.2 Beratung.....	32
6.3 Gemeinschaftsaktivitäten.....	33
6.4 Vorschläge für Hildesheim.....	35
7 Fazit und Ausblick.....	37
Literaturverzeichnis	40
Anhang	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Bevölkerung in Deutschland.	Seite 5
Abbildung 2: Regenbogenmodell	Anhang: IV
Abbildung 3: Mehrebenenmodell	Anhang: IV
Abbildung 4: Steuerung des MGH	Anhang: V

Abkürzungsverzeichnis

FH:	Fachhochschule
GGBH:	Gemeinnützige Gesellschaft für Berufliche Bildung Hildesheim
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
KJO:	Kinder- und Jugendzentrum Oststadt
MGH:	Mehrgenerationenhaus
MOHO:	Model of Human Occupation
VHS:	Volkshochschule
WHO:	World Health Organization

1 Einleitung

Eine Umfrage durch die Universität Kassel unter 1200 repräsentativ ausgewählten Bundesbürgern ergab, dass 40% dieser ihre Gesundheit als bedroht ansähen und 30% eine Erosion ihrer sozialen Netze befürchteten. Auch besteht verbreitet die Wahrnehmung, dass wichtige Faktoren wie eine gute Alters- und Gesundheitsvorsorge nur bestimmten Gruppen von Menschen zugänglich wäre. Diese empfundene soziale Ungleichheit führe zum Gefühl der gesellschaftlichen Ausgrenzung (Universität Kassel, 2012).

Aus Sicht der Verfasserin der vorliegenden Arbeit ergibt sich hieraus ein Handlungsbedarf, der für Angehörige der Ergotherapie hohe Relevanz hat. Unter der Annahme, dass Gesundheit auch durch soziale Faktoren bedingt ist, wird herausgestellt, wie die Ergotherapie in der Institution Mehrgenerationenhaus (MGH) gesundheitsfördernd und gemeinwesenorientiert tätig werden und damit zur (Betätigungs-) Partizipation beitragen kann. Durch eine Literaturrecherche der relevanten ergotherapeutischen Fachzeitschriften aus den Jahren 2006 bis 2013 wurde deutlich, dass der Rahmen Mehrgenerationenhaus derzeit wenig in Verbindung mit Ergotherapie gesetzt wird. Daher zielt diese Arbeit darauf ab, die Zusammenhänge zwischen ergotherapeutischer Gesundheitsförderung und Gemeinwesenarbeit zu erläutern und sie in den Kontext des MGHs einzubetten. Das Konzept der Mehrgenerationenhäuser ist aus den Chancen und Risiken des demographischen und sozialen Wandels hervorgegangen, weshalb dieser zunächst skizziert und am Beispiel der älteren Generation dargestellt wird. Anschließend wird Bezug auf Gesundheitsförderung in der Ergotherapie genommen. Hierzu wird zunächst Gesundheit als Zustand definiert, der nicht zuletzt durch soziale und umweltbezogene, sowie politische Faktoren bedingt ist. Darauf aufbauend werden Gesundheitsförderung und Gemeinwesenarbeit als Handlungsfelder der Ergotherapie beschrieben und in Beziehung gesetzt. Um darstellen zu können, wie Ergotherapie im Kontext der Mehrgenerationenhäuser funktionieren kann, werden die Aktionsprogramme letzter erläutert und als praktisches Beispiel das Mehrgenerationenhaus Hildesheim heran-

gezogen. Auch wird geklärt, welche Rahmenbedingungen der ergotherapeutischen Arbeit im MGH zugrunde liegen und welche Rolle die interdisziplinäre Arbeit einnimmt. Einige ausgewählte Beispiele für bereits existierende Projekte der gemeinwesenorientierten Ergotherapie werden vorgestellt, um die verschiedenen Möglichkeiten zu verdeutlichen, die Ergotherapeut/inn/en hier haben. Abschließend erfolgen eine Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte und ein Ausblick, bei dem sowohl auf mögliche Angebote für das MGH Hildesheim eingegangen wird, als auch auf alternative institutionelle Rahmen und Perspektiven hinsichtlich der ungewissen weiteren Förderung der Mehrgenerationenhäuser nach 2014. Letztlich sollen auf diesem Wege auch Anreize gegeben werden, eigene Projekte, z.B. im Rahmen einer praktischen Bachelorarbeit, im (Hildesheimer) MGH zu initiieren.

2 Demographischer und sozialer Wandel

Um sich dem Konzept des Mehrgenerationenhauses zu nähern, sind einige Informationen zum demographischen und dem damit verbundenem sozialen Wandel erforderlich. Denn das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhaus wurde vor dem Hintergrund des demographischen Wandels entwickelt. Dieser ist insbesondere in Deutschland ein nach wie vor aktuelles Thema, denn die Bevölkerungsstruktur und deren Veränderung werden auch in Zukunft zu verschiedenen Problemen führen.

Im Folgenden wird ein Überblick über den Verlauf des demographischen Wandels gegeben und erläutert, wie dieser einen sozialen Wandel nach sich zieht.

2.1 Demographischer Wandel im Überblick

Eine ausführliche Darstellung des Demographischen Wandels von 1910 bis 2060 würde den Rahmen einer solchen Arbeit sprengen. Daher erfolgt in diesem Kapitel eine Zusammenfassung der wichtigsten Faktoren.

Die in diesem Zusammenhang wichtigsten Kennzahlen sind die Geburtenrate, die Sterbefälle bzw. Lebenserwartung und die Zuwanderung bzw. Auswanderung (vgl. H. Kahlert, 2010, S. 21; Statistisches Bundesamt, 2009).

Diese Kennzahlen werden kontinuierlich europa- und bundesweit dokumentiert. Das Statistische Bundesamt berechnet zudem die voraussichtliche Bevölkerungsstruktur der nächsten Jahrzehnte.

Als Referenz für die Entwicklung in Deutschland wird oft die Bevölkerungspyramide aus dem Jahr 1910 (siehe Abb.1) verwendet.

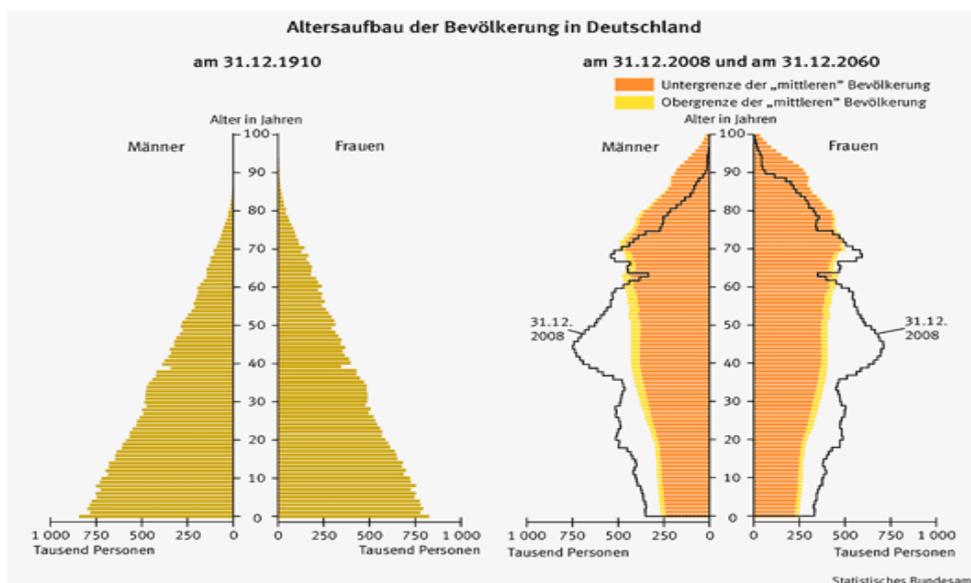


Abbildung 1. Quelle: <http://blink.brunner-group.com/ausgaben/care-pflegen-heilen-unterstuetzen/bewegter-ruhestand.html>

Hier ist zu sehen, dass die Personenzahl insgesamt mit steigendem Alter abnimmt. Die Geburtenrate ist im Vergleich zu den folgenden Jahrzehnten deutlich höher. Laut Statistischem Bundesamt (2012, S.1) hatten Menschen um 1910 eine weitere Lebenserwartung in Jahren nach Geburt von durchschnittlich 44,82 Jahren (Männer) bzw. 48,33 Jahren (Frauen).

Im Jahr 2008/10 lag diese Erwartung bei 77,51 (Männer) bzw. 82,59 (Frauen) (ebd., S.8). Dieser Anstieg an erwarteten Lebensjahren hat verschiedene Gründe. Neben Faktoren wie höheren Sicherheitsstandards und besseren Arbeitssituationen, wären auch Fortschritte im Gesundheitswesen und Hygiene sowie eine gesündere Ernährung der Bevölkerung zu benennen (Bun-

deszentrale für politische Bildung, 2012, o.S.). Die Bevölkerungsstruktur von 2008, sowie die Vorausberechnung für 2060 zeigen im Vergleich zur Alterspyramide von 1910 ein ganz anderes Bild. Es kann beobachtet werden, wie sich die Altersstruktur so weit verändert, dass die Gesamtbevölkerung im Durchschnitt immer älter wird. Stellten 1910 die Neugeborenen und Kinder die größte Altersgruppe dar, verlagert sich diese größte Gruppe zunehmend in Richtung der Erwachsenen bzw. älteren Erwachsenen (65+).

Die Folge dieser Entwicklung ist, dass eine immer kleiner werdende Gruppe Erwerbstätiger einer immer größer werdenden Gruppe von Nicht-Erwerbstätigen, insbesondere Rentnern, gegenübersteht. Bis in das Jahr 2060 ist davon auszugehen, dass der Anteil der Erwerbstätigen Altersklasse (20-65 Jahre) von heute 61% auf 50% schrumpfen, und der Anteil der Generation 65+ von heute 20% auf 34% steigen wird (Peuckert, 2012, S.647). Dies hat starke Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme, auf die die BRD aufbaut.

2.2 Sozialer Wandel

Die Alterung der Gesellschaft hat neben Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme gleichzeitig auch Folgen für die Anforderungen an die einzelnen Generationen und die sich verändernden Wohn- und Lebensformen.

Zum Vergleich der heutigen familialen und nicht-familialen Lebensformen wird oft das „*Leitbild der modernen bürgerlichen Familie*“ [Hervorheb. D. Verf.] herangezogen, das von einer lebenslang monogamen Ehe eines heterosexuellen Paares mit Kindern ausgeht, die in einem gemeinsamen Haushalt leben und in der der Mann den Ernährer und Autoritätsperson, die Frau Hausfrau und Mutter/Erzieherin darstellt (Peuckert, 2012, S.20). Ein Haushalt in Form einer Drei-Generationen-konstellation war ebenfalls typisch.

Diese Wohnformen und Rollen der Geschlechter haben sich im Zuge der letzten 40 Jahre stark verändert. In diesem Kontext wird auch von der Pluralisierung der Lebensformen gesprochen.

Neben den noch typischen Kleinfamilien, wie oben beschrieben, nehmen nicht-eheliche Wohngemeinschaften oder Partnerschaften (mit und ohne Kinder), Partnerschaften in getrennten Haushalten, kinderlose Partnerschaften, alleinerziehende Elternteile beider Geschlechter und sogenannte Patchwork-Familien ebenso zu wie nicht-monogame sowie homosexuelle Partnerschaften. Auch die Rollenverteilung verläuft unter den Geschlechtern seltener traditionell. Während Frauen immer häufiger erwerbstätig sind und sich zum Teil aus Karrieregründen gegen eigene Kinder entscheiden, gehen auch Männer zum Teil in Elternzeit und / oder führen den gemeinsamen Haushalt (vgl. Krüger et al., 2013, S. 108ff., S.178f.; Peuckert, 2012, S.20ff.). Zu beobachten ist hierbei, dass der Drei-Generationenhaushalt rückläufig ist und die Ein-bis Zwei-Generationenhaushalte überwiegen. Es kommt zur Bildung sogenannter multilokalen Mehrgenerationenfamilien, bei denen Teile der zur Familie zählenden Personen in einem anderen Haushalt als dem eigenen leben (Krüger et al. 2013, S. 114).

2.3 Lebenssituation älterer Menschen

Diese grob skizzierte Entwicklung von Wohnformen und Rollen lässt bereits verschiedene Annahmen über mögliche Problemlagen der drei Generationen zu.

Im Rahmen dieser Arbeit soll ein Fokus auf die Situation älterer Menschen (und ihrer Angehörigen) gesetzt werden. Hier lässt sich eine Tendenz zur Singularisierung des Alters feststellen. Dies bedeutet, dass immer mehr ältere und hochbetagte Menschen alleine in ihrem Haushalt leben. Besonders stark davon betroffen sind Frauen, die aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung im Vergleich zu Männern häufiger verwitwet sind. Da die weiteren Familienmitglieder wie Kinder oder Enkelkinder zumeist in Haushalten außerhalb des Eigenen leben, der Freundes- und Bekanntenkreis mit zunehmendem Alter wegbricht und das Verlassen der eigenen Wohnung aufgrund von physischen Einschränkungen oft nachlässt, kommt es vermehrt zu sozialen Risiken. Naegele (1998, S.113) führt dazu aus, dass zu diesen Risiken

u.a. Vereinsamung, soziale Isolation, Mangel an Kommunikation und Anregungen sowie auch psychische Erkrankungen zählen können. Insbesondere aus ergotherapeutischer Perspektive ist hier (1) eine mögliche Betätigungsmarginalisierung oder (2) ein Betätigungsungleichgewicht als Gefahr zu benennen. Die soziale Exklusion durch Mangel an Betätigung, als auch eine Ungleichgewichtung von Betätigungen in den drei Bereichen des täglichen Lebens (Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit/Erholung), können sowohl gesundheitliche, als auch soziale/ partizipatorische Risiken in sich bergen (Geigenmüller, 2011, S. 9ff.). Dass soziale Risiken auch die Gesundheit wesentlich beeinflussen, wird im nächsten Kapitel genauer dargestellt.

Das Ende der Erwerbstätigkeit bedeutet für viele Senioren jedoch nicht, das Ende sinngebender Betätigung. Laut Adloff (2005, S. 126) ist seit 1999 das freiwillige Engagement von Menschen ab 56 Jahren um etwa fünf bis sechs Prozentpunkte gestiegen. Maßgeblich beeinflusst wird freiwilliges Engagement jedoch durch Einkommen, Vermögen und Bildung (ebd, S.127f.) Zu beobachten ist ebenfalls, dass (z.T. staatlich initiierte) Angebote für ältere Menschen Zuwachs bekommen.

Besonders problematisch gestaltet sich die Situation älterer Menschen allerdings, wenn Pflegebedürftigkeit auftritt. Durch die Alterung der Gesellschaft und die parallel sinkende Geburtenrate kann die private, häusliche Pflege und Hilfe im Alltag immer seltener in ausreichendem Maße geleistet werden. Erschwerend kommt die vermehrte Erwerbsarbeit von Frauen hinzu, denn die Pflege von Angehörigen wird immer noch zu einem großen Teil von den Frauen übernommen. Zumeist obliegt es den (Schwieger-) Töchtern, die Elterngeneration zu pflegen, während die männlichen Verwandten nur selten diese Verantwortung übernehmen (Thiessen, 2013, S 178f.). Thiessen (ebd. S. 179) kritisiert, dass „ ... fraglich ist, ob Frauen weiterhin den Hauptteil der Pflege nahezu unbezahlt übernehmen können ... „ da die Scheidungsquoten steigen und Frauen weiterhin niedrigere Löhne erhalten. Laut Rosenkranz & Schneider (1997, S.141) schränken ca. ein Viertel der Hauptpflegepersonen ihre berufliche Tätigkeit wegen der Pflege-

tätigkeit ein oder gaben sie sogar ganz auf. Im Jahre 2012 reduzierten bereits 50% der Pflegenden ihre Arbeitszeit, 17% stiegen aus dem Berufsleben komplett aus (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012, S. 9). Diese Situation kann auch für die zu pflegenden Personen sehr belastend sein, da sie auf Hilfe angewiesen sind, sich aber auch der Belastung der Pflegeperson bewusst sind. Die Unterbringung und Pflege in Alten-/Pflege-Heimen, sowie die ambulante Versorgung stellen hierzu Alternativen dar, die jedoch für den Staat, als auch für die Privatperson eine große finanzielle Belastung sind.

Rund 2,5 Millionen Menschen waren 2011 pflegebedürftig. Siebzig Prozent wurden zu Hause gepflegt, wobei hiervon etwa 2/3 ausschließlich durch Angehörige betreut wurden und 1/3 Unterstützung durch ambulante Pflegedienste bekamen. Dreißig Prozent der Pflegebedürftigen wurde vollständig in Heimen versorgt (Statistisches Bundesamt 2013, S.5ff.)

3 Gesundheitsförderung in der Ergotherapie

Ein wesentlicher Bestandteil der vorliegenden Arbeit ist die Auseinandersetzung mit Gesundheit und der Förderung dieser. Der Begriff der Gesundheitsförderung ist ein relativ junger Begriff, der teilweise synonym mit dem Begriff der Krankheitsprävention verwendet wird. Dennoch weisen die Begrifflichkeiten bereits auf den Fokus der jeweiligen Strategie der Intervention hin. Während sich die Krankheitsprävention mit der Vermeidung oder Verringerung von *Krankheit* auseinandersetzt, stellt die Gesundheitsförderung den Erhalt bzw. die Qualität von *Gesundheit* in den Mittelpunkt.

Laut Hurrelmann et al. (2012, S. 661) kann Gesundheitsförderung „... als Strategie der Beeinflussung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen mit dem Ziel der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz.“ beschrieben werden. Die Gesundheitsförderung übernimmt hier auch die holistische Sichtweise der Weltgesundheitsorganisation von 1949 auf Gesundheit und

die Bedingungen, die an den Erhalt von Gesundheit geknüpft sind. Der Begriff der Gesundheit ist jedoch je nach Perspektive unterschiedlich definiert. Für das Verständnis der weiteren Ausführungen in dieser Arbeit ist es also nötig, zunächst den Begriff „Gesundheit“ genauer zu beschreiben und die hierfür verwendete Perspektive zu erläutern.

3.1 Gesundheit

Im klassischen medizinischen Verständnis, wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit bzw. von „... anatomischen, physiologischen und psychologischen ‚Defekten‘ ...“ verstanden (Vienken, 2010, S.11). Diese Negativcharakterisierung verliert jedoch zunehmend an Bedeutung, wie verschiedene, insbesondere aktuelle, Definitionen von Gesundheit zeigen. Bereits 1949 definierte die Weltgesundheitsorganisation WHO Gesundheit nicht als die reine Abwesenheit von Krankheit, sondern als „... state of complete physical, mental, and social well-being ...“ (Christiansen, 2008, S.73). Diese positiv charakterisierte und holistische Betrachtungsweise lässt sich in vielen Modellen und Definitionen von Gesundheit finden, wobei die Betonung von sozialen und psychischen Determinanten zunimmt.

Auch Ann Wilcock lehnt sich an die Definition der WHO an und unterscheidet zwischen Gesundheit und Wohlbefinden, sieht jedoch auch eine enge Verbindung zwischen diesen Zuständen und *Betätigung*, dem Kernelement der Ergotherapie (Wilcock, 2006, S.99). Im Weiteren haben sich Studien mit der individuellen Definition und dem Empfinden von Gesundheit auseinandergesetzt. Blaxter (1990 Zit. n. Wilcock, 2006, S. 98ff.) fasst einige dieser Untersuchungen zusammen und kommt zu dem Schluss, dass Krankheit negativ (Abwesenheit von Krankheit), funktionell (Leistungsfähigkeit) und positiv (Fitness, Wohlbefinden) definiert werden kann. Eine moralische Verpflichtung gesund zu sein kann in den westlichen Ländern ebenso festgestellt werden, wie wesentliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder den einzelnen sozioökonomischen Klassen (ebd.) Gesundheit hat folglich in ihrer Definition sowohl objektive, als auch subjektive

Komponenten.

Im Jahre 1993 veröffentlichten Göran Dahlgren und Margaret Whitehead im Rahmen eines Diskussionspapiers des WHO Regionalbüros Europa ein Modell von Gesundheit, das die wesentlichen sozialen Determinanten von Gesundheit ebenso berücksichtigt, wie die biologischen. Richter (2008, S. 12) erläutert dieses Modell als eines, das „... verschiedene Einflussphären oder Schichten in Form eines Regenbogens auf das individuelle Potenzial für Gesundheit beschreibt ...“.¹ Hierzu werden von Dahlgren und Whitehead fünf Kategorien gebildet und übereinander geschichtet. Diese Anordnung soll aufzeigen, dass die entsprechenden Kategorien sowohl einen direkten Einfluss auf Gesundheit besitzen, sich allerdings auch indirekt über die darunter liegende Kategorie auf die Gesundheit eines Menschen auswirken.

Diese fünf Kategorien beinhalten im „Kern“ die biologischen Faktoren wie Alter, Geschlecht und genetische Dispositionen und darüber liegend die individuellen Faktoren, die sich auf den Lebensstil bzw. das Gesundheitsverhalten beziehen. Hierauf folgt die Kategorie der sozialen und gemeinwesenbezogenen Netzwerke, also z.B. die Integration in die Gesellschaft durch Vereine.

Es folgen die Lebens- und Arbeitsbedingungen wie Erwerbsstatus, Arbeitsumgebung, Wohnbedingungen, Hygiene, Erziehung etc.. Die äußerste Schicht bilden die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen, die auch als Makro-Faktoren bezeichnet werden. Diese können sich z.B. in sozialer Ungleichheit ausdrücken (ebd., S. 12f.). Mit diesem Modell zeigen Dahlgren und Whitehead auf, wie viele und vor allem verschiedenartige Faktoren sich auf die Gesundheit direkt oder indirekt auswirken können. Die Autoren betonen hierbei auch, dass diese „Größen“ sowohl innerhalb als auch außerhalb der eigenen Kontrolle liegen können. Somit wird auch deutlich, dass nicht nur das Individuum selbst Einfluss auf seine Gesundheit hat, sondern auch die Gesellschaft, die Umwelt, aber auch der Staat durch die Schaffung gesundheitsförderlicher oder –hemmender Rahmenbedingungen.

Wenn im Folgenden von Gesundheit gesprochen wird, bezieht sich dieser Begriff auf einen Zustand körperlichen, psychischen *und* sozialen Wohlbe-

¹ Siehe auch Abb. 2 (Anhang)

findens und Leistungsfähigkeit, der nicht unabhängig von verschiedenen Faktoren, wie jenen im oben beschriebenen Modell, betrachtet werden kann.

3.2 Ottawa Charta

Das Konzept der Gesundheitsförderung basiert auf den Ergebnissen der ersten internationalen Konferenz der WHO zur Gesundheitsförderung im Jahre 1986. Diese wurden zusammenfassend in der Ottawa Charta festgehalten.

Die Definition von Gesundheit der WHO (1949) wird hierin wieder aufgegriffen und erweitert:

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. (World Health Organization, 1986, S. 5)

In diesem Auszug finden sich einige Ansätze der Gesundheitsförderung wieder, die in der Charta genauer erläutert werden. Es handelt sich hierbei um drei zentrale Handlungsstrategien und fünf Handlungsbereiche².

Ein wichtiger Punkt ist, dass alle Menschen befähigt werden sollen, sich um ihr gesundheitliches Wohlbefinden zu kümmern, indem sie lernen, Einfluss auf ihre Gesundheit und die Lebensbedingungen ihrer Umwelt auszuüben (World Health Organization, 1986, S. 2).

Unter der Prämisse, dass Gesundheit auch vom gesellschaftlichen Miteinander abhängig ist, werden Gemeinschaftsaktivitäten fokussiert. So sollen Nachbarschaften und Gemeinden gestärkt werden in dem „... Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange ...“ unterstützt bzw. neu entwickelt werden (WHO, 1986, S. 4).

Ein funktionierendes Netzwerk verschiedener Akteure auf staatlicher, nicht-

² Diese Strategien und Bereiche sind in der Abbildung 3 (s. Anhang) anschaulich dargestellt.

staatlicher und lokaler Ebene ist hierbei hilfreich. Menschen aus allen Lebensbereichen sind hierbei einzubeziehen.

Die Verantwortung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung sieht die Organisation bei den Bediensteten des Gesundheitswesens wie Ärzt/inn/en, anderen Gesundheitsberufler/inne/n, Gesundheitseinrichtungen und dem Staat. Letzterem kommt hierbei die wichtige Aufgabe zu, die entsprechenden Voraussetzungen für Gesundheit in Form einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zu schaffen.

Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. (WHO, 1986, S. 1f.)

3.3 Ergotherapeutische Angebote zur Gesundheitsförderung

Als Gesundheitsberufler/inn/en haben Ergotherapeut/inn/en die berufliche Verantwortung (laut Ottawa Charta), durch Gesundheitsförderung Einfluss auf die Gesundheitsqualität und Gesundheitskompetenz auszuüben. Hurrelmann et al. (2012, S. 680) beschreibt zwei zentrale strategische Ansätze, Gesundheitsförderung umzusetzen:

1. Die Herstellung von Intersektoralität und
2. Die Basierung von Interventionsaktivitäten in sozialen Systemen bzw. „Settings“.

Die erste Strategie bezieht sich auf die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Politik im Sinne einer Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche.

Hier kann die politische Ergotherapie Einfluss nehmen.

Die zweite Strategie der Settings bezieht sich auf soziale Institutionen im kleinen, wie im großen Rahmen, also z.B. Familien, Kindergärten/Schulen, Stadtteile oder Regionen. Wichtig ist hierbei, nicht nur Gesundheitswissen zu vermitteln, sondern auch die gesamte Struktur eines Systems zu untersuchen und zu verändern. Umwelteinflüsse müssen hier in gleichem Maße

betrachtet werden, wie konkrete Verhaltensweisen, die die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen (Hurrelmann, 2012, S. 681f.).

Diese Herangehensweise deckt sich mit den verschiedenen ergotherapeutischen Modellen, also der Art und Weise, wie Ergotherapeut/inn/en den Menschen in seiner Umwelt betrachten.

Als Beispiel hierfür kann das Model of Human Occupation (MOHO) benannt werden. Das Model of Human Occupation bzw. Modell menschlicher Betätigung wurde 2002 von Kielhofner veröffentlicht. Es stellt den Menschen als ein Wesen dar, das ein immanentes Bedürfnis hat, sich zu betätigen und die Fähigkeit hierzu Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden hat (S. Reitz et al., 2010, S. 29). Zudem besteht der Mensch aus drei Subsystemen, die sowohl sich gegenseitig, als auch die Umwelt beeinflussen und umgekehrt. Diese Subsysteme sind die Volition (Interessen und Werte nach denen Menschen entscheiden, was sie tun und die damit verbundenen Gefühle und Gedanken), die Habituation (Rollen, sowie Handlungsmuster und –Routinen) und das Performanzvermögen (die objektive Fähigkeit, eine Handlung durchzuführen basierend auf z. B. motorischen, kognitiven und psychischen Fähigkeiten und die subjektiven Erfahrungen bzgl. der eigenen Fähig- und Fertigkeiten). Über die Zeit wird durch die Reflektion der gemachten Betätigungsentscheidungen und deren Resultate der Betätigungsausführung eine Betätigungsidentität entwickelt (ebd., S. 29).

Kommt es zu Störungen/Fehlfunktionen ist dies durch Wechselwirkungen von Verhältnissen bedingt, die innerhalb als auch außerhalb der Person liegen können (Interaktion von Mensch und Umwelt bzw. Subsystemen und Umwelt!). Umgekehrt können Funktionen durch die Beseitigung oder Kompensation eines Elementes verbessert werden, als auch durch die Modifikation der Umwelt (Kielhofner, 2002, S. 38)

Ist Gesundheitsförderung eine interdisziplinäre Aufgabe, so hat die Ergotherapie einen einzigartigen Blick auf Gesundheit, wie bereits das MOHO verdeutlicht. Betätigung bzw. das Eingebunden-Sein in Betätigung hat maßgeblichen Einfluss auf die persönliche Gesundheit und die Teilhabe an der Gesellschaft durch das Einnehmen und Erfüllen von Rollen innerhalb dieser

(vgl. Wilcock, 2006, S. 99; Wilcock, 2010, S. 112f.)

Auf dieser Grundlage kann Ergotherapie sowohl direkt die Gesundheit von Klient/inn/en in Form von kurativen Behandlungen Einfluss nehmen, als auch indirekt durch das Ermöglichen von Betätigung und dem Vermitteln von Gesundheitswissen und –kompetenz. In beiden Ansätzen ist eine theoretische Grundlage durch Modelle von großer Bedeutung um möglichst alle sich beeinflussenden Faktoren von Gesundheit betrachten zu können und somit zielführend zu arbeiten.

Konkrete Angebote der Gesundheitsförderung sollten laut Marks und Heller (2002, Zit. n. Pizzi, 2010, S. 391) neben solch gründlichen theoretischen Grundlagen auch auf Gemeinschaftsbesitz [im Orig. „community ownership“] und Partnerschaft basieren, auf bestimmte Verhaltensweisen abzielen und die Interventionsarten in Betracht ziehen, die am besten zur jeweiligen Zielgruppe oder zu den jeweiligen Umständen passen. Weiterhin wird empfohlen, dass ergotherapeutische Interventionen nach Möglichkeit gemeinwesenorientiert sein sollten, aber auch klientenzentriert und betätigungsorientiert. Dies schließt ein, dass die Inhalte und das Vorgehen für die Klienten nachvollziehbar und bedeutsam sind, indem auf ihre individuellen Bedürfnisse nach Integration eingegangen wird (ebd.). In den letzten Jahren wurden zunehmend gesundheitsfördernde Programme von bzw. mit Unterstützung durch Ergotherapeut/inn/en entwickelt. Zu erwähnen sind hier beispielsweise die Programme Tatkraft (Ferber et al., 2012) und Lifestyle Re-design® (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, 2008, S. 11)

Der oben genannte Setting Ansatz ist für die Ergotherapie folglich besonders gut geeignet, um gesundheitsfördernde Programme zu initiieren.

Auf diese Weise können ganze Zielgruppen, zum Beispiel allein lebende Rentner/innen, erreicht werden. Das Mehrgenerationenhaus kann als generationenübergreifende, offene Institution als Setting angesehen und entsprechend genutzt werden, um die jeweilige Zielgruppe anzusprechen.

Angelehnt an die allgemeinen Ziele von Gesundheitsförderung (s. Ottawa Charta) verfolgt die ergotherapeutische Gesundheitsförderung Ziele, die

sich auch aus der Definition von Ergotherapie (DACHS, 2007)³ ableiten lassen. Demnach „ ... geht [Ergotherapie] davon aus, dass ‚tätig sein‘ [Hervorh. i. Orig.] ein menschliches Grundbedürfnis ist und dass gezielt eingesetzte Tätigkeit gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkung hat ... “. (ebd.) Weiter heißt es:

In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt. Dies erlaubt dem Klienten, seine Handlungsfähigkeit im Alltag, seine gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) und seine Lebensqualität/ -zufriedenheit zu verbessern. (ebd.)

Die gesundheitsfördernde Ergotherapie verfolgt also als primäres Ziel die Betätigungspartizipation als Grundlage für Gesundheit und nutzt hierbei verhältnis- und verhaltensbasierte Ansätze um Klienten zu befähigen, ihren Alltag zufriedenstellend zu bestreiten. Solche Interventionen schließen Nicht-Erkrankte bzw. Nicht-Behinderte ausdrücklich *nicht* aus, da sich Gesundheitsförderung immer an *alle* Menschen richtet, um Gesundheitsressourcen zu stärken.

Denn „ ... gleich, wie sonst die Lebensverhältnisse auch sein mögen, ob inkludierend oder eher exkludierend – wer sich gesellschaftlich ausgeschlossen empfindet, der ist in seiner praktischen Lebensführung stärkeren Belastungen ausgesetzt und neigt in stärkerem Maße zur Resignation, mangelnder Selbstsorge und Abwehr allen Fremdens ... “. (Bude, 2012 Zit.n. Universität Kassel, 2012)

3.4 Gemeinwesenorientierte Ergotherapie

Gemeinwesenarbeit ist eine klassische Disziplin der Sozialen Arbeit, in der mittlerweile verschiedene Berufsgruppen tätig sind. Für die Ergotherapie bedeutet die Aufnahme der gemeinwesenorientierten Arbeit eine Rückkehr zu den Wurzeln der Profession. Gründer der Ergotherapie in Amerika, wie George Barton und Eleanor Clarke Slagle verfolgten im frühen 20. Jahrhundert ein gemeinde-nahes Konzept (Scaffa, 2001, S. 9). Nachdem diese Ausrichtung lange Zeit durch das biomedizinische Paradigma in Vergessenheit geriet, setzt sich die gemeinde-nahe Ergotherapie und in diesem Kontext die

³ <http://www.dachs.it/de/kap-1.php>

gemeinwesenorientierte Ergotherapie⁴ seit den 1990ern, vorrangig im englischsprachigen Raum, wieder durch. Auch in Deutschland gelangt dieser Ansatz seit etwa 10 Jahren wieder stärker in die Fachöffentlichkeit.

Im internationalen Diskurs wird der Begriff „community-development“ verwendet, wobei sich „community“ – Gemeinde auf eine Gruppe von Menschen bezieht, die sowohl lokal miteinander in Beziehung stehen können (z.B. Wohnsitz im gleich Stadtteil), als auch durch ein gemeinsames Interesse (z.B. Aktives Altern). Generell zeichnet sich Gemeinwesenarbeit dadurch aus, dass sie einen kollektiven Ansatz verfolgt und auf einen Befähigungsprozess der beteiligten Personen abzielt. Dabei nimmt sie Bezug auf die jeweiligen Lebens- und Sozialräume, zumeist soziale „Brennpunkte“ bzw. Gruppen von sozial benachteiligten Personen wie Flüchtlinge, Menschen mit Migrationshintergrund oder von Isolation bedrohte Senioren. Funktionsfähig wird das Konzept durch die Aktivierung von professionellen sowie ehrenamtlichen Akteur/inn/en und Ressourcen, sowie durch eine gute Vernetzung und das Schaffen einer Vertrauensbasis zwischen den Beteiligten (Schiller, 2012a, S. 9f.). Letztere sollen in allen Belangen, insbesondere bzgl. Entscheidungsfindungen, aktive Partner sein und somit am Gruppenprozess partizipieren (Christiansen & Townsend, 2010, S. 191). Dieser Ansatz wird von der Ergotherapie aufgegriffen und um die professionsspezifische Perspektive erweitert. Hierbei verschiebt sich der Fokus der Ergotherapie von der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit zur Betrachtung von Inklusion und Exklusion, welche Betätigungsverhalten und letztlich Gesundheit beeinflussen. Zentrale Begriffe der gemeinwesenorientierten Ergotherapie bilden demnach die der Betätigungsdeprivation und Betätigungsungerechtigkeit, welche in Beziehung zur sozialen Inklusion stehen (vgl. Schiller, 2012b, S. 24f.; Kronenberg & Pollard, 2005, S. 66ff.; Scaffa et al., 2010, S. 70ff.; 135ff.). Whiteford und Townsend (2011, S. 67) betonen z.B. dass Betätigung ähnlich wichtig für den Menschen ist, wie Luft oder Essen. Weiter sprechen sie von „Betätigungsrechten“ [im Orig. occupational rights], die insbesondere das Einbinden in Betätigung und Wachstum durch jene, als

⁴ Zur genauen Abgrenzung der Begriffe siehe Schiller (2012, S.9)

auch eine Betätigungsbalance in jeder Lebenssituation umfassen. Die ergotherapeutische Gemeinwesenarbeit ist somit eine gesundheitsbezogene und in dem Zuge eine Art, Gesundheitsförderung umzusetzen. Beide Ansätze teilen sich wesentliche Merkmale. So finden sich die drei Hauptstrategien der Gesundheitsförderung laut Ottawa Charta in den Prinzipien der Gemeinwesenarbeit wieder. Sie initiieren beide einen Empowerment- bzw. Enablementprozess um die Beteiligten zur eigenständigen Problemlösung zu befähigen. Sie unterstützen beide die Beteiligten, ihre Interessen und (Betätigungs-) Bedürfnisse zu äußern und zu vertreten. Und sie bauen beide auf ein tragfähiges Netzwerk verschiedener Akteure/innen. Es wird hierbei ein kollektiver Ansatz verfolgt, der eine Gemeinschaft / Population zusammenbringt um ihre Interessen selbst zu vertreten. Hierbei werden den Gemeinschaftsaktivitäten besondere Bedeutung beigemessen, da diese einen Gemein-sinn bzw. eine gemeinsame Identität ausbilden (Christiansen & Townsend, 2010, S. 182f.). Gleichzeitig zielt sie auf Betätigungspartizipation und Betätigungsgerechtigkeit ab. Die gemeinwesenorientierte Ergotherapie erhält so die Möglichkeit, Gesundheitsförderung einer ganzen Gemeinschaft zugänglich zu machen und damit auch Menschen zu erreichen, die z.B. aufgrund von Alter, Bildungsstand, politischem oder sozioökonomischen Status seltener von gesundheitsfördernden Interventionen profitieren können. In diesem Zuge fordert die Ergotherapie eine „soziopolitischen Analyse von Betätigungskontexten ... [und] einer Übernahme von politischer Verantwortung in der Ergotherapie ...“ (Schiller, 2013, S. 31)

3.5 Zusammenfassung

Anlässlich der demographischen Entwicklung sehen sich verschiedene Berufsgruppen besonderer Herausforderungen gegenübergestellt.

Die Ergotherapie betrachtet Gesundheit als einen Zustand, der sowohl von physischen, psychischen und sozialen / umweltbezogenen Faktoren beeinflusst wird. In diesem Kontext gilt es, angesichts längerer Lebenserwartung

und dem Wunsch nach aktivem Altern, gesundheitsrelevante Ressourcen zu fördern. Der Betätigung des Menschen wird hierbei eine große Bedeutung zugeschrieben. Betätigung in allen Lebensbereichen und -phasen zu erhalten bzw. zu ermöglichen wird als unbedingt relevant für Gesundheit und Wohlbefinden angesehen. Verschiedene Faktoren können jedoch zu Betätigungsungleichgewicht und -marginalisierung führen und damit zu gesundheitlichen und sozialen Risiken. Es wird von einer sozialen Ungleichheit und einer Betätigungsungerechtigkeit ausgegangen, die mit sozioökonomischen und soziopolitischen Faktoren einhergeht.

Die ergotherapeutische Gesundheitsförderung hat somit die Aufgabe, gesundheitsfördernde Ressourcen zu identifizieren, aufzubauen und zu erhalten und in diesem Rahmen Betätigung zu ermöglichen. Diese Ressourcen können sowohl innerhalb als auch außerhalb des Individuums liegen, also verhaltens- und verhältnisbezogen sein. Es wird in der Gesundheitsförderung wie in der gemeinwesenorientierten Praxis ein kollektiver Ansatz verfolgt, der einen Empowermentprozess bewirkt, also Menschen in die Lage versetzt, ihre Anliegen gemeinschaftlich zu formulieren, Lösungsansätze zu finden, Entscheidungen zu treffen und gemeinschaftlich umzusetzen.

Eine partnerschaftliche, aktive Beziehung unter allen Akteur/inn/en und ein tragfähiges Netzwerk dieser stellt eine gute Voraussetzung dar, Gemeinschaftsaktivitäten zu initiieren und Betätigungsanliegen umzusetzen. Ziel der gemeinwesenorientierten Ergotherapie ist die soziale Inklusion und damit (soziale) Gesundheit. Auf politischer Ebene wird Betätigungsgerechtigkeit durch Analyse von Betätigungskontexten und darauf folgende Handlungen gefordert und angestrebt.

4 Mehrgenerationenhäuser als Begegnungsstätte

Gesundheitsförderung und Gemeinwesenarbeit brauchen einen Rahmen, in dem sie stattfinden können. Mit der vorliegenden Arbeit wird das Mehrgenerationenhaus (MGH) als Möglichkeit zur ergotherapeutischen Intervention in diesen Bereichen vorgeschlagen. Es soll geklärt werden, was Mehrgenerationenhäuser sind und wie sie konzipiert sind. Als praktisches Beispiel wird in diesem Zuge das MGH Hildesheim beleuchtet. Darauf aufbauend soll dargestellt werden, wie die Ergotherapie in diesem Rahmen gesundheitsfördernd und gemeinwesenorientiert arbeiten kann. Es ist dabei zu betonen, dass die gemeinwesenorientierte Ergotherapie bisher *nicht* im MGH etabliert ist. Daher zielt diese Arbeit darauf ab, Anreize für eine solche Form der Intervention innerhalb der MGHs zu schaffen.

4.1 Definition und Aktionsprogramm I

Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser ist ein Projekt der Bundesregierung, das durch Initiative der damaligen Familienministerin Ursula von der Leyen 2006 ins Leben gerufen wurde. Derzeit besteht es aus zwei Programmen bzw. Programmphasen (2006-2011; 2012-2014). Im Zuge des Aktionsprogramms I wurden insgesamt 500 MGHs im ganzen Bundesgebiet eröffnet. Sie werden als

„ ... Orte [verstanden], an denen das Prinzip der Großfamilie in moderner Form gelebt werden kann, wo sich Menschen aller Generationen ganz selbstverständlich im Alltag begegnen, voneinander lernen und Unterstützung erfahren ... “ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006, S. 3)

Damit wird auf die Chancen und Risiken des demographischen und sozialen Wandels reagiert. Wie bereits der Name des Aktionsprogramms verdeutlicht, steht dabei die intergenerationelle Beziehung im Fokus. Es wird aufgegriffen, dass die einzelnen Generationen einer Familie oft nicht mehr zu-

sammen leben und somit ein Austausch von Erfahrung und Kompetenzen der einzelnen Familienmitglieder, insbesondere eine gute familiäre Unterstützung untereinander, zur Seltenheit wird. Einer befürchteten Isolation einzelner Generationen wird durch die Möglichkeit der intergenerationellen Interaktion und dem partnerschaftlichen Zusammenarbeiten von freiwillig engagierten und professionellen Akteur/inn/en entgegengewirkt (ebd.). Auf diese Weise soll gezielt soziales Kapital sowie dafür notwendige Strukturen aufgebaut und unterstützt werden. Ein Empowerment-Ansatz wird innerhalb des Konzeptes verfolgt. Die Häuser werden seit der Eröffnung jährlich mit einem einheitlichen Betrag von der Bundesregierung gefördert. Die Ziele der Mehrgenerationenhäuser lassen sich laut der Broschüre „Alle(s) unter einem Dach. Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser“ (ebd., S. 5) in zwei Kernbereiche einteilen: In den Aufbau (1) gesellschaftlicher Kompetenzen und (2) wirtschaftlicher Kompetenzen.

Erstere beziehen sich auf Angebote für die verschiedenen Altersgruppen, die deren Potenziale und Bedarfe ansprechen sollen. Hierunter zählen z.B. die „Unterstützung der Balance von Arbeit und Leben ...“, die sich an den Anforderungen der Arbeitswelt und familiären Verpflichtungen orientieren soll, als auch die Aktivierung der Potenziale, die ältere Menschen zu bieten haben (ebd. S. 5). Die wirtschaftlichen Kompetenzen setzen die MGHs als Dienstleistungsunternehmen in den Fokus. Sie sollen sowohl eine Dienstleistungsstruktur aufbauen und damit Dienstleistungen vermitteln, als auch selbst solche anbieten. Notwendig ist hierfür die Vernetzung mit Dienstleistern als auch die Entwicklung eigener Angebote, wie z.B. Kinderbetreuung durch professionelle und / oder freiwillig Engagierte (ebd. S. 6). Somit sollten die Angebote durch bezahlte, honorierte und ehrenamtliche Mitarbeiter getragen werden. Institutionen, die die Eröffnung eines Mehrgenerationenhauses beantragten mussten sicherstellen, dass sie bestimmte Merkmale eines MGHs erfüllen können. Dazu gehörten:

1. Integration der vier Lebensalter (Kinder/Jugendliche, Erwachsene, Menschen über 50 und Hochbetagte);
2. Offener Tagestreff mit Cafeteria/Bistro;
3. Informations- und Dienstleistungsdrehscheibe vor Ort;
4. Kooperation

mit vorhandenen Angeboten und Trägern; 5. Einbeziehen der lokalen Wirtschaft; 6. Kinderbetreuung; 7. Neue Wege der Zusammenarbeit (Professionelle und Laien, Bezahlte und Ehrenamtliche..); 8. Selbstverständnis im Sinne des Aktionsprogrammes (ebd. S. 7ff.). Um das Merkmal drei erfüllen zu können, mussten die Antragsteller den Bedarf ihrer Stadt/ihres Kreises ermitteln, vorstellen und darlegen, wie sich die eigenen Angebote innerhalb der lokalen Trägerschafts- und Angebotsstruktur eingliedern lassen könnten. Die Steuerung des Projektes unter der Leitung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fußt auf der Interaktion zwischen Servicestelle, Öffentlichkeitsarbeit und Wirkungsforschung mit den einzelnen MGHs⁵.

4.2 Aktionsporgramm II

Gegen Ende der ersten Programm- und Förderphase wurden die gemachten Erfahrungen der MGHs ausgewertet und für das Aktionsprogramm II aufgegriffen. In nun 450 MGHs wurde der generationenübergreifende Ansatz fortgeführt und um den Fokus auf die Versorgungssituation Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen erweitert (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2011, S. 3). Hatten die MGHs schon in der ersten Programmphase demographisch und sozial relevante Themenbereiche im Blick, so wird im zweiten Teil konkret der Ausbau des Angebotes in den Handlungsfeldern „Alter und Pflege“, sowie „Integration und Bildung“ festgelegt. Zwei weitere Schwerpunkte ergeben sich ebenso aus den Erfahrungen des ersten Programmes, als auch durch aktuelle (nicht weiter erläuterte) Studien: „Angebot und Vermittlung von Haushaltsnahen Dienstleistungen“ und „Freiwilliges Engagement“ (ebd. S. 5). Mit diesen vier Schwerpunkten sollte das Profil des Mehrgenerationenhauses geschärft werden. Insbesondere bezüglich des freiwilligen Engagements wurde festgestellt, dass dieses ein wichtiger Bestandteil des Konzeptes der MGHs ist, aber weiter ausgebaut und beworben, als auch an der Beratung und Qualifizierung der Betei-

⁵ Siehe auch Abb.4 (Anhang)

ligten gearbeitet werden muss. Laut dem Benchmarking Bericht auf Programmebene 2012 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013, S. 9) hatten die freiwillig engagierten Mitarbeiter der MGHs durchschnittlich einen Anteil von 57,2% an der Gesamtzahl Beschäftigter. Mit dem Schwerpunkt auf haushaltsnahe Dienstleistungen soll die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützt werden, wodurch die MGHs einen beschäftigungsfördernden Charakter erhalten. Aufgrund dieser Tatsache konnte eine Kofinanzierung des Projektes aus den Mitteln des Europäischen Sozialfonds erwirkt werden (ebd., S. 6). Eine konstante Vernetzung mit verschiedenen Partnern und Trägern vor Ort bleibt weiterhin ein zentraler Bestandteil des Konzeptes.

Außerdem werden im Aktionsprogramm II fünfzig MGHs, die in drei Häusertypen⁶ unterschieden werden, in besonderer Weise wissenschaftlich begleitet. Zwölf MGHs werden als Schwerpunkthäuser bezeichnet. Je drei dieser Häuser konzentrieren sich dabei auf je einen der Schwerpunkte des Programmes. Durch die Zusammenarbeit dieser MGHs und der wissenschaftlichen Begleitung sollen mittels enger Beratung und Unterstützung die Entwicklung der Häuser und somit der Schwerpunkt dieser gefördert werden. Des Weiteren werden in den 3 Förderjahren jeweils acht Häuser pro Jahr als Innovationshäuser Pilotprojekte testen. Es soll erprobt werden, ob die jeweiligen Angebote die bisherigen sinnvoll ergänzen und somit in anderen MGHs umgesetzt werden können. Insgesamt 14 Häuser werden als Transferhäuser bezeichnet. Diese haben die Aufgabe, das Konzept der MGHs auf nachhaltige und innovative Weise an andere Institutionen heranzutragen, die bisher nicht am Aktionsprogramm teilnehmen. In diesem Rahmen werden die Transferhäuser und die jeweiligen Institutionen befragt und beraten um letztlich (nicht weiter erläuterte) Handlungsleitfäden zu erstellen.

⁶ <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/1573>

4.3 Beispiel: Mehrgenerationenhaus Hildesheim

Das Konzept der Mehrgenerationenhäuser kann sehr vielfältig umgesetzt werden. An dieser Stelle wird am Beispiel Hildesheim aufgezeigt, wie diese Umsetzung konkret aussehen kann⁷.

Das MGH Hildesheim wurde am 01.08.2006 eröffnet. Initiative zur Gründung des Mehrgenerationenhauses kam seitens der Volkshochschule (VHS) Hildesheim. Das Haus basiert auf vier Säulen: 1. Der VHS, 2. Dem eigentlichen MGH, 3. Dem Kinder- und Jugendzentrum Oststadt (KJO) und der Gemeinnützigen Gesellschaft für Berufliche Bildung Hildesheim mbH (GGBH). Das Mehrgenerationenhaus Hildesheim greift mit seinen Angeboten alle vier der oben genannten Schwerpunkte auf, setzt aufgrund seiner Kooperation mit der VHS und der GGBH seinen Fokus aber auf das Thema Bildung und Integration. Auf der Website des Hauses (Volkshochschule Hildesheim gGmbH, o.J.) kann das Programm des MGH überblickt werden. So finden neben Sprachkursen (z.B. Deutsch als Fremdsprache), Computerkursen, Literaturveranstaltungen und Tanzcafés statt. Außerdem können verschiedenste Beratungsangebote (z.B. Bildungsprämie, Integrationslotsen) wahrgenommen werden, als auch Schulabschlüsse nachgeholt werden.

Wie in jedem MGH gibt es einen offenen Treff mit z.B. Erzählcafé, Babytreff und interkulturellem Gesprächskreis, sowie eine Cafeteria mit günstigen Mittagessen zwischen 3,50 und 5,00 Euro.

Die Besucher des MGH sind laut B. von Lindeiner etwa zwischen einem und 80 Jahren alt. Die offene Kinderbetreuung wird ab einem Jahr angeboten und ermöglicht so den Eltern, die Kurse und anderweitige Angebote des MGHs zu nutzen, insofern diese nicht unter Einbezug der Kinder stattfinden. Dank dieses Angebotes ist oft die ganze Kernfamilie (Kind und Eltern, z.T. Großeltern) im Mehrgenerationenhaus beschäftigt. Außerdem wird beobachtet, dass viele Besucher mit Migrationshintergrund die Angebote des MGHs, insbesondere der VHS, nutzen.

Das MGH setzt auf verschiedene Kooperationspartner und Sponsoren, die

⁷ Die Informationen dieses Abschnittes wurden am 18.12.2013 in einem Gespräch mit Herrn Björn von Lindeiner, Mitarbeiter des MGHs Hildesheim, zusammengetragen. Weitere Informationen sind auf der Website www.mgh-hildesheim.de/ zu finden.

ebenfalls auf der Webseite aufgelistet sind. Diese Kooperationen tragen zu der Vernetzung bei, die für den Betrieb eines MGHs sehr wichtig ist. Zu den Kooperationspartnern gehören demnach u.a. Asyl e.V. (Migrationszentrum Hildesheim), die AWO Hildesheim, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die Europäische Union, der Präventionsrat Hildesheim, die Stadt Hildesheim, die Stiftung Lesen und Lokale Allianzen für Demenz. Es sind somit hauptsächlich Kooperationspartner auf lokaler Ebene eingebunden, aber auch solche auf Bundesebene und auf europäischer. Diese Vernetzung dient sowohl der Finanzierung, Begleitung und zur Ausweitung und Realisierung des Angebotes für verschiedene Gruppen.

Für den Betrieb des MGH (abgegrenzt zu den anderen drei Bereichen des Hauses) ist eine Person in Teilzeit fest angestellt. Alle weiteren Kräfte arbeiten entweder auf Honorarbasis oder ehrenamtlich im MGH. Die Angebote der VHS, des KJO und der GGBH sind auch z.T. durch fest Angestellte / Honorarkräfte gedeckelt. Die derzeit im MGH beschäftigten Honorarkräfte sind zumeist (Sozial-) Pädagog/inn/en, Sozialarbeiter/innen und Erziehungswissenschaftler/innen. Ergotherapeut/inn/en haben seit der Eröffnung bis heute nicht in diesem Haus gearbeitet. Um dieses Angebot aufrecht zu erhalten, ist das MGH auf ehrenamtliche Kräfte angewiesen. Denn die Finanzierung gestaltet sich schwierig. Für den Betrieb des MGH werden jährlich 20.000 Euro zur Verfügung gestellt, das KJO erhält ca. 180.000 Euro, die anderen beiden Bereiche werden mit einem sechsstelligen Betrag beziffert. Der Betrag, der für das MGH bereitgestellt wird, deckelt das Gehalt der Festangestellten, darüber hinaus sind die Mittel knapp.

Neben der Finanzierung sieht B. von Lindeiner weitere Probleme. Die Angewiesenheit auf freiwillig Engagierte stellt das MGH vor Herausforderungen. Zum einen ist es schwer, Ehrenamtliche für die Angebote in ausreichender Menge zu gewinnen. Zum anderen ist aber auch zu beobachten, dass freiwillig Engagierte weniger zuverlässig sind und damit die Kontinuität der Angebote nicht oder nur unzureichend gegeben ist. Die Ursache dieses Problems sieht von Lindeiner jedoch auch bei der Art der Wertschätzung, die Ehrenamtliche für ihre Tätigkeit erhalten. Eine unentgeltliche Tä-

tigkeit scheint trotz „sozialer Anerkennung“ weniger an die eigene Aufgabe zu binden, als eine entgeltliche. So stellt sich die Frage, wie Ehrenamtliche vor dem Hintergrund knapper finanzieller Mittel gewonnen und gehalten werden können, sodass Angebote in einem ausreichendem Umfang kontinuierlich stattfinden können. Außerdem macht das MGH Hildesheim wenig bis keine offensive Öffentlichkeitsarbeit. Von Lindeiner gibt an, dass durch die VHS Angebote genug Zulauf herrscht, eine größere Menge an Besuchern jedoch auch einen Bedarf an mehr Stellen zur Folge hätte, die nicht finanziert werden können. Daher setzt das MGH Hildesheim derzeit eher auf die Mundpropaganda, um in einem adäquaten Ausmaß Menschen zu erreichen. An dieser Stelle ist zu erkennen, wie Konzeption und Umsetzung des Aktionsprogramms Mehrgenerationenhaus auseinandergehen können. Dies zeigt sich in Hildesheim auch bei der Umsetzung generationenübergreifender Angebote. Solche Angebote werden zwar seitens des MGHs gemacht, jedoch wurde festgestellt, dass diese nur zögerlich wahrgenommen wurden und mit Schwierigkeiten behaftet sind. Herr von Lindeiner vermutet hier Hemmungen seitens der beteiligten Generationen, die auf unterschiedlichen Erwartungen und Lebenswelten der Beteiligten beruhen. Als Beispiel hierfür nennt von Lindeiner ein Brettspiel-Nachmittag, an dem sowohl Kinder als auch Erwachsene und Senior/inn/en teilnahmen. Den Senior/inn/en waren die Kinder oftmals zu laut und zu unruhig, während die Kinder sich der Erwartung der Älteren gegenüber sahen, ruhig am Tisch zu sitzen und dadurch wenig Spaß am Spielen entwickelten. Es läge die Vermutung nahe, dass sich der Umgang mit den eigenen Enkeln toleranter gestalte, als der mit „fremden“ Kindern. Aus Sicht der Verfasserin stellt sich die Frage, wie intergenerationelle Angebote so umgesetzt werden können, dass sie für alle beteiligten Generationen zufriedenstellend verlaufen.

5 Ergotherapeutische Angebote im Mehrgenerationenhaus

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, scheinen Ergotherapeut/inn/en nur sehr selten im MGH zu arbeiten. Eine gründliche Handsuche der Zeitschriften „Ergotherapie und Rehabilitation“ und „Ergoscience“ der Jahre 2006 bis heute ergab nur sehr wenige verwendbare Artikel⁸. Zu erkennen ist, dass die Gemeinwesenarbeit innerhalb der Ergotherapie mehr Aufmerksamkeit erhält, diese jedoch bisher kaum im Rahmen MGH stattzufinden scheint. Ulrich Coqui (2012a), Diplom-Ergotherapeut aus Mannheim verfasste einen Artikel für die Zeitschrift Ergotherapie und Rehabilitation in dem er das Aktionsprogramm kurz beschreibt und die Anknüpfungspunkte der Ergotherapie darlegt. Basierend auf diesem Artikel wird im Folgenden dargestellt, wie die gesundheitsfördernde Ergotherapie gemeinwesenorientiert in das Konzept des MGHs implementiert werden kann. Insbesondere werden hierfür die finanziellen Rahmenbedingungen abgesteckt, also unter welchen Voraussetzungen bzw. in welchem Rahmen Ergotherapeut/inn/en im MGH tätig werden können, welche Rolle die Vernetzung hierbei spielt und auf welcher Grundlage die Ergotherapie in das Mehrgenerationenhaus passt.

5.1 Ergotherapie und das Konzept Mehrgenerationenhaus

Die grundlegenden Handlungsweisen und Blickwinkel der gemeinwesenorientierten und gesundheitsfördernden Ergotherapie wurden bereits beschrieben. Nun soll kurz erläutert werden, wie sich das Konzept dieser Form der Ergotherapie in das des MGHs eingliedern lässt.

Grundsätzlich sprechen beide Konzepte „alle“ Menschen an, also alle Generationen, Geschlechter, Altersgruppen und Menschen jedes sozialen oder sozioökonomischen Status. Dabei können sie sowohl konkrete Angebote für spezifische Zielgruppen, als auch für eine gemischte Gruppe machen, wobei

⁸ Protokoll siehe Anhang

Angebote für gemischte Gruppen zumindest in der Theorie bevorzugt werden.

Das Mehrgenerationenhaus zielt darauf ab, das soziale Netz der Großfamilie in moderner Form zu leben. Dies bedeutet die Möglichkeit, sich zu vernetzen, Unterstützung zu erfahren und zu geben, sich also aktiv in die Gemeinschaft einzubringen. Dies hat nicht zuletzt das Ziel, den Risiken des demographischen und sozialen Wandels entgegenzuwirken und damit Ressourcen der Gesundheit und des Wohlbefindens aufzubauen. Die Ergotherapie verfolgt ebenfalls das Ziel einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung, setzt hierbei den Fokus jedoch auf Betätigung. Durch die passenden Angebote im MGH oder z.B. auch durch Beratungstätigkeiten, können diese Betätigungen ermöglicht oder zumindest angebahnt werden. Das Mehrgenerationenhaus würde durch die Ergotherapie um eine Perspektive erweitert werden, die dessen Gästen zu Gute kommt. Denn das MGH nutzt als Mittel ebenfalls die (inter-)generationellen Angebote, jedoch stärker unter einem partizipatorischen, weniger betätigungsorientierten, Fokus, der die körperliche und soziale Gesundheit anstrebt. In dieser Weise haben beide Konzepte, Ergotherapie als auch MGH, einen salutogenetischen Ansatz. Anzufügen ist ebenfalls, dass beide verstärkt den Setting-Ansatz wählen, um ihre Angebote zu platzieren. Inwieweit die partizipatorische Sichtweise konkret um eine betätigungsorientierte erweitert werden kann, wird an den Beispielprojekten in Kapitel 6.4 verdeutlicht.

5.2 Vernetzung

Coqui (2012a, S. 12) betont, dass Mehrgenerationenhäuser um „... strategische Partnerschaften ...“ bemüht sind, also um die Zusammensetzung eines multidisziplinären Teams sowohl im Haus, als auch in der Kommune, da diese die Möglichkeit haben, innovative Ansätze zu schaffen. So sind im MGH Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Sozialpädagogik, Erziehungswissenschaften oder der Erwachsenenbildung anzutreffen. Je nach angebotenen Programm können die Mitarbeiter und Engagierten aber auch z.B. Tanzleh-

rer/innen, Altenpfleger/innen oder auch Schüler-/Student/innen mit speziellen Interessen und Talenten sein, die sie gerne im MGH umsetzen bzw. weitergeben wollen. Eine mögliche Zusammenarbeit der Professionen wäre z.B. ein Internetkurs für ältere Menschen, der von Erwachsenenbildnern und Ergotherapeuten entwickelt wird (s. Kapitel 6.3). Weiter gibt Coqui an, dass dies Ergotherapeut/inn/en viele Chancen zur Qualifizierung, Beratung und Projektdurchführung gäbe, zu denen er jeweils Beispiele nennt, wie die Beratung von Senioren oder die Qualifizierung von Personal im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen unter ergotherapeutischer Perspektive. (ebd.). Die Ergotherapie kann so selbst einen Vernetzungspartner darstellen, als auch im Sinne der gemeinwesenorientierten Ergotherapie von der bereits erfolgten Vernetzung des MGHs profitieren. So können gemeinwesenorientierte Angebote effektiver umgesetzt werden, da bereits eine Vernetzung besteht, auf die zurückgegriffen werden kann. Auch neue Partnerschaften können seitens der Ergotherapie vermutlich einfacher geknüpft werden, da im Rahmen einer bekannten Institution gearbeitet wird. Im Rahmen eines ergotherapeutischen Beratungsangebotes im MGH können zum Beispiel die bestehenden Partnerschaften im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen genutzt werden. Die MGHs nutzen also sowohl die Vernetzung innerhalb der eigenen Institution durch die unterschiedlichen Schwerpunkte der Mitarbeiter, als auch die mit externen Partnern innerhalb der Kommune oder auch auf Bundesebene. Durch die bundesweite Informations- und Organisationsstruktur der MGHs, basierend auf der in Kapitel 4.1 erwähnten Steuerung, können diese auch Unterstützung bei der Evaluation von Angeboten erhalten und somit ihre Angebotsstruktur effektiver gestalten. Des Weiteren kann unter dem Stichpunkt der Vernetzung auch jene unter den Besuchern des MGHs verstanden werden. Durch die unterschiedlichen Angebote im Mehrgenerationenhaus werden z.B. Menschen unterschiedlichen Alters oder auch mit gleichen Interessen zusammengeführt. So können sich die Teilnehmer je nach Bedarf untereinander kennenlernen und vernetzen. So entstehende Freundschaften/Bekanntschaften oder auch die gegenseitige Unter-

stützung in einzelnen Lebensbereichen/Betätigungen dienen der Partizipation und Lebensqualität und somit auch der Gesundheit.

5.3 Finanzielle Rahmenbedingungen

Ergotherapie ist ein Heilmittel, das in der Regel von Ärzten verschrieben, und von den Krankenkassen bezahlt wird. Dies impliziert einen rein kurativen Einsatz von Ergotherapie. Der Aspekt der gemeinweseorientierten Arbeit von Ergotherapeut/inn/en wird hierbei vernachlässigt. Coqui (2012a, S. 11) verweist hierbei jedoch auf das Sozial Gesetz Buch V, §20, nach dem Leistungen im Bereich der Prävention und Selbsthilfe geregelt sind. Weiter veröffentlichte der GKV-Spitzenverband (2010) den „Leitfaden Prävention“, in dem mit Bezug auf die §§ 20 und 20a in ausdrücklicher Form „... prioritäre Handlungsfelder und Kriterien ... insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik ...“ erläutert werden (ebd. S. 7). Auf dieser Grundlage können gesundheitsfördernde Angebote im MGH über die Krankenkassen abgerechnet werden. In Bezug auf Finanzierungsmöglichkeit sollte generell zwischen Innen- und Außenfinanzierung differenziert und überprüft werden, welche dieser Möglichkeiten in Betracht gezogen werden kann. Achleitner et al. (2011, S. 269ff.) verweisen auf diese beiden Finanzierungsformen und deren jeweiligen Finanzierungsquellen sowie –instrumente. So können Institutionen die Innenfinanzierung durch die öffentliche Hand, als auch über Zielgruppen und Begünstigte ermöglichen (ebd., S. 271). Die Außenfinanzierung kann über Investoren ohne, mit geringen oder mit marktgerechten Renditeerwartungen erfolgen (ebd., S.271). Es muss jedoch hinterfragt werden, welche Finanzierungsformen gewählt werden können. Gerade im Mehrgenerationenhaus kann derzeit auf Mittel der öffentlichen Hand zurückgegriffen werden, als auch teilweise auf Beiträge durch die jeweilige Zielgruppe. Eine Außenfinanzierung durch Investoren sollte gut abgewogen werden, da vermutlich nicht von einer Rendite ausgegangen werden kann. Coqui (2012a, S. 13) weist darauf hin, dass eine Entlohnung der eigenen Arbeit z.B. über andere Insti-

tutionen erfolgen kann. Je nach fachlichem Schwerpunkt oder Interesse könnten die Gemeinde bzw. die Stadt, verschiedene Ämter oder auch das örtliche Seniorenbüro kontaktiert werden. Weiter zu erwähnen seien die ‚Freien Träger‘ wie der Caritasverband oder der Paritätische Wohlfahrtsverband sowie kirchliche Träger (ebd.). Interessierte sollten sich jedoch neben der Darlegung des potentiellen Angebotes/Projektes auch über die betriebswirtschaftlichen Aspekte informieren. Dabei könne auch darauf hingewiesen werden, dass die ergotherapeutische Arbeit innerhalb der bestehenden Strukturen Vorteile für den kommunalen Haushalt mit sich führe (ebd.). Coqui betont in diesem Zusammenhang auch die Kosten, die durch Nicht-Teilhabe auf Seiten der Stadt bzw. des Gesundheitswesens allgemein entstehen könnten⁹. Er bezieht sich hierbei auf Erkenntnisse der Neurobiologie, nach denen eine soziale Ausgrenzung über die gleiche Schmerzmatrix verfüge, wie das Quetschen eines Daumes. Da das soziale Miteinander also Auswirkungen auf die Gesundheit hat (s. Kapitel 3.1 und 3.2), würden folglich Kosten durch Nicht-Teilhabe entstehen.

Eine ergotherapeutische Arbeit im MGH ist also an eine (pro-)aktive Kontaktaufnahme mit möglichen Trägern und dem MGH selbst geknüpft. Zudem ergeben sich Fragen nach möglichen Räumen, Bekanntmachung des Angebotes durch Öffentlichkeitsarbeit des MGHs und evtl. Unterstützung durch weitere Kooperationspartner. Letztere Fragen sind individuell zu klären.

5.4 Interdisziplinäre Perspektiven

Wie bereits erwähnt arbeiten Menschen verschiedener Professionen im MGH zusammen, was die Vorteile eines multidisziplinären Teams mit sich bringt. Projekte können im Rahmen des MGHs interdisziplinär ausgerichtet werden, wobei jede Profession ihre spezifische Perspektive und ihre eigenen Kompetenzen einbringen kann. Als Beispiel hierfür ist die Soziale Arbeit zu nennen, die im Bereich der Gemeinwesenarbeit auf ein ausgeprägtes Wissen

⁹ Informationen aus einem Telefonat mit U. Coqui am 27.5.2013

und die entsprechende Praxis zurückgreifen kann (vgl. Becker, 2014, S. 14ff.). Stövesand und Stoik (2013, S. 16) beschreiben die Gemeinwesenarbeit aus Sicht der Sozialen Arbeit als ein Konzept

„ ... das ... nicht (primär) individuelles Bewältigungshandeln und Empowerment unterstützt, sondern die Entwicklung gemeinsamer Handlungsfähigkeit und kollektives Empowerment bezüglich der Gestaltung bzw. Veränderung von infrastrukturellen, politische und sozialen Lebensbedingungen fördert ... “

Weiter betonen die Autoren, dass dieses Konzept unterschiedliche Ausprägungen haben kann, wodurch eher von mehreren Konzepten gesprochen werden müsse, die nicht ganz trennscharf voneinander abgegrenzt werden könnten (ebd. S. 18f.). Diese vielseitigen Methoden und Prinzipien, nach denen die Gemeinwesenarbeit in dieser Profession umgesetzt wird, stellen eine große Bereicherung für die gemeinwesenorientierte Ergotherapie dar. Denn die Gemeinwesenarbeit in den USA war schon Ende des 19. Jahrhunderts auch an Gesundheitsthemen geknüpft und hat sich, mit dem Bezug auf Gesundheit, spätestens seit den 1960/70er Jahren auch in deutschen Großstädten etabliert (Hartmann, 2013, S. 307). Die gemeinwesenorientierte Ergotherapie teilt hier die Sichtweise der Sozialen Arbeit auf die Gemeinwesenarbeit, dass diese „ ... auf Veränderung der grundlegenden Determinanten der Gesundheit auf gesellschaftlicher Ebene ... “ (ebd. S. 308) ausgerichtet ist. Hartmann schließt mit der Empfehlung, durch interdisziplinäre Kooperation „ ... sozialraum- und lebensweltorientierte Handlungsspielräume zu erweitern ... “ (ebd. S. 311). Eine solche Kooperation zwischen Ergotherapie und Sozialer Arbeit könnte die jeweiligen Kompetenzen, wie sie sozialraumorientierten, sozialpolitischen Handlungsweisen der Sozialen Arbeit und die Kompetenzen der Ergotherapie im Bereich der Gesundheit, effektiv kombinieren und somit ein multiperspektivisches Projekt ermöglichen. Je nach Zusammensetzung des interdisziplinären Teams sind so Angebote mit verschiedenen Schwerpunkten möglich, bei denen die Kompetenzen und das Wissen der einzelnen Berufsgruppen verbunden werden können. Auf diese Weise entstehen auch im MGH innovative Angebote. Als Beispiel hierfür dienen auch die Beispiele in den Kapiteln 6.1 und 6.4.

6 Praktische Umsetzung

Obwohl Ergotherapie in den Mehrgenerationenhäusern (noch) nicht etabliert zu sein scheint, konnten durch den Artikel von Coqui (2012a) und das Gespräch mit diesem einzelne Beispielangebote von Ergotherapie im Kontext MGH gefunden werden. Diese sollen im Folgenden kurz dargestellt werden um die vielfältigen Möglichkeiten, die Ergotherapeut/inn/en hier haben, aufzuzeigen. Coqui selbst ist hauptsächlich in der Seniorenberatung sowie Gesundheitsförderung und Prävention tätig. In diesem Zuge sind die meisten hier vorgestellten Angebote an Senior/inn/en gerichtet. Anschließend erfolgt die Vorstellung eines möglichen Ansatzes für ein Projekt im MGH Hildesheim, das als Anreiz für weitere Arbeiten dienen kann.

6.1 Gesundheitsförderung

Unter dem Motto „Gemeinsam gesund älter werden“ (Reich, o.J.) bietet das Mehrgenerationenhaus Mannheim verschiedene Angebote für ältere Menschen an, die das Ziel der Gesundheitsförderung und der selbstständigen Lebensführung dieser Menschen verfolgen. Dabei stehen Themen wie Bewegung, Sicherheit und Selbstständigkeit im Fokus. Die Angebote finden, je nach Thema, sowohl in Gruppen, als auch in der Eins-zu-Eins Situation statt. Auch werden Menschen in ihrem häuslichen Umfeld angesprochen, als auch angeregt, in das MGH zu kommen oder sich mit einer Gruppe Gleichgesinnter zu einem Spaziergang durch die Neckarstadt zu treffen. Manche dieser Angebote lassen klassische ergotherapeutische Leistungen wiedererkennen. So existiert das Programm „Sturzprävention für Neueinsteiger“¹⁰, bei dem einmal wöchentlich Übungen für Gleichgewicht und Kraft mit den Teilnehmern durchgeführt werden, um Stürzen im eigenen Haushalt oder auch im öffentlichen Raum vorzubeugen, da diese eine große Verletzungs-

¹⁰ <http://www.paritaet-ma.de/ma/index.php/projekte-und-angebote/gemeinsam-gesund-aelter-werden/sturzpraevention-fuer-neueinsteiger>

gefahr für Ältere darstellen, die unter Umständen zur nachlassenden Teilhabe führen können. Ähnlich therapeutisch versiert erscheint das Angebot „Gesund in der eigenen Wohnung“ bei dem interessierte ältere Menschen von medizinischem Fachpersonal hinsichtlich Selbstversorgung, Sturzgefahr, sozialer und seelischer Situation „getestet“ und beurteilt werden. Je nach Ergebnis kann eine erneute Kontrolle in einigen Monaten stattfinden, als auch eine weitere Abklärung der Ergebnisse und eventueller Erkrankungen, die diese Person einschränken. Bei bestehendem Förderbedarf kann dann ein „Gesundheitsförderer“ ein spezielles Trainingsprogramm durchführen, das dem älteren Menschen ermöglichen soll, in der eigenen Wohnung sicher und gesund zu leben, als auch die Grundlage für Aktivitäten außerhalb der eigenen Wohnung, z.B. durch Kräftigung der Muskulatur, schaffen soll. Diese Gesundheitsförderer sind im Allgemeinen qualifizierte Mitarbeiter der Nachbarschaftshilfe, die zwar nicht in altersmedizinisch ausgebildet sind, jedoch ein kleines und sicheres Programm beherrschen, mit dem sie z.B. die Beinmuskulatur kräftigen können, um das Überwinden der Treppen (weiterhin) zu ermöglichen. Bei erhöhtem Handlungsbedarf, den diese Mitarbeiter nicht abfangen können, werden, nach Absprache mit dem Arzt und vorheriger Datenfreigabe seitens des Seniors, Fachkräfte wie Ergotherapeuten eingesetzt (Coqui, 2012b, S. 23ff.). Das (aktive) Altern in der eigenen Wohnung und im Stadtteil statt im Heim ist hierbei oft das wesentliche Ziel älterer Menschen. Diese Art von Angeboten mit einem klaren gesundheitsfördernden und / oder präventiven Fokus können im Allgemeinen mit den Krankenkassen abgerechnet werden, ohne dass ein Arztbesuch mit Rezept durch den Arzt erfolgen muss. Das Einholen eines Rezeptes kann eine Barriere für Menschen darstellen, die somit umgangen werden kann.

6.2 Beratung

Neben dem Angebot solcher direkt gesundheitsfördernden Programme, kann die Ergotherapie auch beratend im MGH auftreten. Im MGH Mann-

heim ist Ulrich Coqui im Rahmen der Seniorenberatung tätig¹¹. Diese Stelle wird von der Stadt Mannheim und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband getragen. Die wesentliche Aufgabe ist es, Senior/inn/en und deren Angehörige in Bezug auf Selbstständigkeit, Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung zu informieren, zu beraten und gegebenenfalls entsprechende Dienstleistungen und Kontakte zu vermitteln. Hierbei wird die Bedeutung der vielfältigen Kooperationspartner von MGHs wiederholt deutlich. Ziel dieser beratenden Funktion ist es, älteren Menschen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dies entspricht in hohem Maße der Perspektive der Ergotherapie, die per Definition¹² die Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit des Menschen in den drei Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit als auch in ihrer Umwelt zum Ziel hat.

6.3 Gemeinschaftsaktivitäten

In der Initiierung von Gemeinschaftsaktivitäten wird der Charakter der gemeinwesenorientierten Ergotherapie im MGH deutlich. Auf der Grundlage dass Teilhabe an der Gesellschaft gesundheitsfördernd (s. Kapitel 3.2) und Teilhabe an Gemeinschaftsaktivitäten außerdem identitätsbildend ist (s. Kapitel 3.5), ergibt sich im MGH die Chance, solche Gemeinschaftsaktivitäten zu fördern, indem passende Angebote konzipiert werden. Diese können sich an eine einzelne Generation, als auch an eine Gruppe aus zwei oder mehr Generationen wenden. Jedes Setting birgt dabei gewisse Vorteile. Angebote für z.B. Senior/inn/en unter sich bieten die Möglichkeit, Menschen mit ähnlichen Interessen und Lebenswelten kennen zu lernen und Freundschaften zu schließen. Intergenerationelle Angebote ermöglichen je nach Konzeption das Lernen voneinander, übereinander und miteinander (vgl. Franz, 2010, S. 32ff.), wobei der Aspekt der Bildung, als auch der der Begegnung und die Interaktion an sich im Fokus liegen kann. In seinem Artikel benennt Coqui

¹¹ <http://www.paritaet-ma.de/ma/index.php/dienste-und-abteilungen/seniorenberatung>

¹² <http://www.dve.info/fachthemen/definition-ergotherapie.html>

(2012a, S. 11) das Popmusik-Projekt „Talkin` `bout my generation“ das in Kooperation mit der Popakademie des Landes Baden-Württemberg entstanden ist. Hierbei treffen sich wöchentlich Senior/inn/en um zu singen und z.B. einen neuen Text für einen bekannten Popsong zu schreiben. Dieser wird dann mit der eigenen Band umgesetzt. Hierbei unterstützen zwei junge Frauen den Chor mit ihrem Gesangstalent indem sie den Senior/inn/en beibringen, mit dem Mikrofon zu singen. In Projekten wie dem urbanen Gärtnern oder der Kochgruppe sind es oft die Älteren, die der jüngeren Generation etwas beibringen können¹³. So profitieren alle Generationen vom Wissen und den Erfahrungen der jeweils anderen. Die Betätigung und das darin eingebunden-sein steht dabei weiterhin im Fokus dieses Settings. Diese und weitere Projekte im Rahmen der Gemeinwesenarbeit müssen nicht unbedingt über MGHs organisiert werden. Jedoch bieten diese oft gute Rahmenbedingungen, um solche Angebote umzusetzen (siehe auch Kapitel 5). Ein Beispiel für Gemeinschaftsaktionen in einem anderen Rahmen ist der „BetätigungsTAG DER GENERATIONEN“ (Schöpfs, 2013, S. 22ff.). Hierbei organisierten Bachelor-Studierende der Ergotherapie an der FH JOANNEUM in Bad Gleichenberg (Österreich) ein gemeinwesenorientiertes Projekt, das generationsübergreifende Aktivitäten und intergenerationellen (Wissens-) Austausch ermöglichen sollte. In der Planungsphase wurden hierfür drei zentrale Themen ausgewählt: Kochen und Backen, Handwerk und Gestalten, sowie Spielen und Bewegen. Unter diesen Oberthemen konnten die Teilnehmenden des ersten Veranstaltungstages miteinander aktiv werden. Unter den 91 Teilnehmenden befanden sich sowohl Kinder, als auch Erwachsene und Senior/inn/en. Diese konnten selbst wählen, an welcher Aktion sie teilnehmen wollten und wie lange jeweils. Dabei kam es laut der Studierenden zu einem guten Austausch und Unterstützung zwischen den Generationen. Allerdings waren die Senior/inn/en insgesamt stark unterrepräsentiert (n=13). Zur Umsetzung des Projektes wurden die Räumlichkeiten der FH genutzt. Finanziert wurde die Kick-off Veranstaltung über Mittel der Initiative „ZusammenLeben gestalten“. Ein weiteres Projekt mit ergothera-

¹³ Informationen aus einer E-Mail von Ulrich Coqui vom 03.02.2014

apeutischer Perspektive ist das Studienprojekt Urban Gardening in der Hildesheimer Nordstadt^{14,15}, das von Studierenden des Bachelor-Studiengangs Ergotherapie in Kooperation mit der Initiative „Nordstadt.Mehr.Wert“ 2013 initiiert wurde. Im Mittelpunkt steht dabei die Errichtung eines interkulturellen Gemeinschaftsgartens in der Hildesheimer Nordstadt um damit Gemeinschaftsaktivitäten und Partizipation zu fördern und dabei zu einem schöneren Stadtbild beizutragen. Nach einem Kick-off-Projekt, einem Hochbeet vor dem Nachbarschaftsladen des Stadtteils, wird nun verstärkt Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um die theoretisch geleistete Vorarbeit in die Tat umsetzen zu können. Das Projekt richtet sich vornehmlich an die Bewohner der Nordstadt, einem sogenannten „Brennpunkt“, in dem viele Menschen mit Migrationshintergrund und / oder niedrigem sozioökonomischen Status leben. Die gemeinschaftliche Arbeit im Garten soll z.B. Menschen unterschiedlicher Kulturen und Altersgruppen zusammenbringen und damit Partizipation ermöglichen, was als gesundheitsfördernd betrachtet wird. Die oben genannten Beispiele zeigen, wie gemeinwesenorientierte Projekte unter ergotherapeutischer Perspektive bereits umgesetzt werden konnten. Das Mehrgenerationenhaus kann hierzu als Plattform dienen.

6.4 Vorschläge für Hildesheim

Im MGH Hildesheim könnte die bereits existierende Computerschule¹⁶ durch eine ergotherapeutische Perspektive gut ergänzt werden. Da insbesondere ältere Menschen häufig nicht an dem Umgang mit dem PC gewöhnt sind, stellen diese eine wesentliche Zielgruppe dar. Insbesondere der Umgang mit dem Internet kann große Schwierigkeiten bereiten. So fasst Almut Späth (2013, S. 82f.) in ihrem Artikel zusammen, dass internetbasierte Aktivitäten einen immer größeren Bereich unseres täglichen Lebens einnehmen und dass insbesondere ältere Menschen ab 65 Jahren nur wenig Erfahrung mit diesen haben. Eine Erweiterung der Computerschule unter ergothera-

¹⁴ http://www.hawk-hhg.de/sozialarbeitundgesundheit/sozialarbeit_198822.php

¹⁵ Vgl. Arens et al., 2013: Studienprojektbericht „Urban Gardening“ aus dem SS 2013

¹⁶ <http://www.mgh-hildesheim.de/angebote/computerschule/>

peutischer Perspektive könnte den Aspekt der Betätigungspartizipation berücksichtigen und sich an den speziellen Bedarfen Älterer orientieren. Damit geht die Arbeitsplatzgestaltung einher sowie mögliche Adaptionen wie ergonomische Mäuse oder die Einstellung der Darstellungsgröße im Computer. Wichtig ist ebenso die Ermittlung des aktuellen Standes der einzelnen Personen, als auch deren persönliche Zielsetzung. So kann das Schreiben von Emails für den Kontakterhalt zur Familie von Bedeutung sein, oder der Einkauf von Haushaltsgegenständen per Internet, da keine eigenen Transportmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Auch wäre die Implementierung eines Senioren-Netzwerkes möglich, bei dem sich Interessierte online anmelden und vernetzen können, z.B. um gemeinsame Hobbies auszuüben oder sich über alltagsrelevante Themen und Probleme auszutauschen. So können die Nutzer dieses Angebotes selbst entscheiden, ob sie anonym bleiben wollen, oder ob sie sich nur mit bestimmten Menschen zu einer Aktivität treffen wollen. Ein solches Netzwerk erfordert eine gewisse Kompetenz im Umgang mit dem Computer und dem Internet, der wiederum in der Computerschule vermittelt werden könnte. Der intergenerationelle Ansatz der Computerschule ermöglicht die Kontaktaufnahme und die Hilfestellung untereinander. Eine Kooperation mit Erwachsenenbildner/inne/n ist hier denkbar insbesondere hinsichtlich der Didaktik.

Eine weitere Projektmöglichkeit ist ein internationaler Chor. Dieser soll gezielt Männer und Frauen verschiedener Herkunftsländer ansprechen, inklusive Deutschland. Bislang bietet das MGH Hildesheim einen Chor für deutsche Lieder / Songs¹⁷, was eine gute Gelegenheit für Gemeinschaftsaktivitäten darstellt. Da in Hildesheim viele Menschen mit Migrationshintergrund leben, kann die Vielfalt, die sich hieraus ergibt, in einem internationalen Chor Ausdruck finden. Dies bedeutet zum einen, dass Menschen verschiedener Kulturen zusammengeführt werden und in Austausch miteinander treten. Zum anderen ist das Singen von Volksliedern ein Weg, die eigene Kultur zu (er-)leben und gehört damit also zur Lebenswelt dieser Menschen. Dieser Ausdruck der eigenen Kultur kann jedoch oft nicht oder nur

¹⁷ <http://www.mgh-hildesheim.de/aktuelles/monatsplan/>

im Umfeld der Familie gelebt werden. In Volksliedern spiegeln sich oft die Erfahrungen des täglichen Lebens oder die Werte innerhalb einer Kultur wieder. Das gemeinsame Erarbeiten der Lieder hat somit den Effekt der Partizipation durch Gemeinschaftsaktivitäten und Vernetzung, als auch einen bildenden Effekt, der die kulturelle Diversität positiv hervorheben kann. Die von den Interessierten vorgeschlagenen Lieder können zunächst in die deutsche Sprache übersetzt werden (bildender Effekt) und dann zusammen eingeübt werden, wobei die Personen, die die Sprache beherrschen sich in einer aktiven, positiv besetzten Rolle erleben können (partizipatorischer, identitätsbildender Effekt). Ein solcher Chor kann dann, je nach Anzahl der unterschiedlichen Länder und Sprachen die vertreten sind, typische Lieder / Volkslieder der jeweiligen Länder einüben und auch auf Festen oder Veranstaltungen vortragen. Der Chor kann außerdem durch den Einsatz landestypischer Instrumente begleitet werden. Die Ausbildung einer gemeinschaftlichen Identität und Partizipation und die positive Vertretung kultureller Diversität nach Außen stehen hierbei ebenso im Fokus, wie die individuelle und kulturelle Bedeutung dieser Betätigung für die Teilnehmenden. Eine gemeinsame Durchführung dieses Projektes würde sich mit Fachkräften der Sozialen Arbeit anbieten, als auch mit Dolmetschern und Gesangslehrern.

7 Fazit und Ausblick

Durch die vorliegende Arbeit wurde verdeutlicht, dass Gesundheitsförderung durch gemeinwesenorientierte Ergotherapie erreicht werden kann. Dies beruht, wie in den Kapiteln 3.4 und 3.5 beschrieben, auf der Annahme, dass Gemeinschaftsaktivitäten im Sinne kollektiver Betätigung eine positive Wirkung auf die Gesundheit von Menschen haben. Denn Partizipation, sowohl durch individuelle Betätigung innerhalb der Gesellschaft, als auch durch kollektive Betätigung mit der Gesellschaft gehört zu den sozialen Determinanten der Gesundheit und ist somit Aufgabe der Gesundheitsförderung. Die gemeinwesenorientierte Ergotherapie hat hierbei den Vorteil, dass

sie größere Gruppen von Menschen erreichen kann, die oft durch verschiedene, meist sozioökonomische, Faktoren nicht von gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren (können). Es wurde auch verdeutlicht, dass diese Form der Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenorientierung in den Rahmen des Mehrgenerationenhauses eingebettet werden kann. Denn diese Häuser verfolgen durch ihre Konzeption die gleichen, oder zumindest ähnliche Ziele wie die gemeinwesenorientierte Ergotherapie. Dabei sind die Vorteile der Institution MGH herausgestellt worden. Diese betreffen sowohl die räumlichen Möglichkeiten, als auch die der Vernetzung mit Kooperationspartnern, anderen Professionen innerhalb des MGHs und mit freiwillig Engagierten, die auch Angebote mit ergotherapeutischen Blickwinkel unterstützen können. Insbesondere die multidisziplinären Perspektiven bieten die Chance, Angebote zu schaffen, die unterschiedlichste Aspekte bei der Planung und Durchführung berücksichtigen. Kritisch zu beleuchten sind die Möglichkeiten zur Finanzierung der Angebote. Gesundheitsfördernde Angebote können unter bestimmten Voraussetzungen über die Krankenkassen abgerechnet werden, andere Angebote müssen in der Regel von anderen Trägern finanziert werden. Hierbei bieten sich öffentliche bzw. kirchliche Träger an, sowie unter Umständen kommunale Initiativen und Vereine. Auch muss beachtet werden, dass viele Angebote die Unterstützung durch Ehrenamtliche bedürfen, da die finanziellen Mittel begrenzt sind. Hierbei müssen Wege gefunden werden, diese Ehrenamtlichen, wenn nicht finanziell, zumindest durch Wertschätzung und Anerkennung zu bestätigen und ihnen Freiräume zur eigenen Entwicklung zu schaffen. Eine zertifizierte Qualifizierung z.B. kann einen Anreiz geben, sich kontinuierlich zu engagieren. Ein weiteres Problem ist, dass zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch nicht bekannt ist, ob und in welcher Form die Mehrgenerationenhäuser zukünftig vom Bund gefördert werden. Ohne diese Förderung sind die einzelnen Häuser darauf angewiesen, sich selbst zu finanzieren, wodurch die Abhängigkeit von freiwillig Engagierten stärker wird und Angebote seltener von Fachkräften bei angemessener Bezahlung durchgeführt werden können. Aus Sicht der Verfasserin ergibt sich hieraus die sozialpoli-

tische Forderung einer kontinuierlichen und adäquaten finanziellen Förderung der Mehrgenerationenhäuser durch die Bundesregierung. Schließlich wird aus der vorliegenden Arbeit deutlich, welche Auswirkungen die dort erbrachte Arbeit auf die Gesundheit von Menschen hat und dass durch die Stärkung von Gesundheitsressourcen auch Kosten im Gesundheitswesen gespart werden können. Es erscheint somit sinnvoll, finanzielle Mittel in die Gesundheitsförderung im Mehrgenerationenhaus fließen zu lassen, um die möglicherweise höheren Kosten für Kuration bzw. Rehabilitation zu vermeiden. In Hinblick auf die zu erwartende demographische Entwicklung ist die Notwendigkeit höherer Aufwendungen im Gesundheits- und Sozialwesen besonders zu betonen. Die gemeinwesenorientierte Ergotherapie sollte im MGH derzeit also auch auf die erwähnte Qualifizierung von Ehrenamtlichen setzen, um die eigenen Angebote implementieren bzw. aufrechterhalten zu können. Das in Kapitel 6.3 erwähnte Beispiel der Computerschule kann sehr gut durch freiwillig Engagierte unterstützt werden, die zuvor durch eine/n Ergotherapeut/en/in geschult wurden. Im Weiteren ist zu betonen, dass angesichts der unklaren Förderung der MGHs neue Formen von Mehrgenerationenhäusern/ -zentren bzw. Begegnungsstätten entstehen, die z.B. durch gemeinnützige Wohnbaugesellschaften oder Träger wie die Diakonie finanziert und konzipiert werden. Ein Beispiel hierfür ist das Paritätische Mehrgenerationenzentrum in Stuttgart-Vaihingen¹⁸, das im Februar 2014 eröffnet wurde. Auch bieten europäische und nationale Programme, wie z.B. die „Soziale Stadt“ (vgl. Becker, 2014, S. 123ff.) oder „Aktiv im Alter“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009) Potentiale und Anregungen, gemeinwesenorientiert zu arbeiten.

Unabhängig vom Fortbestand der aktuellen Förderstruktur des Mehrgenerationenhaus-Konzeptes bieten sich der Ergotherapie verschiedene Möglichkeiten im Rahmen gemeinwesenorientierter Ergotherapie zur Gesundheitsförderung und Betätigungspartizipation aller Generationen beizutragen. Entscheidend ist Eigeninitiative, Kreativität, Engagement und Vernetzung.

¹⁸ <http://www.pmgz-stuttgart.de/aktuelles/>

Literaturverzeichnis

- Achleitner, A.-K., Spiess-Knalf, W., & Volk, S. (2011). Finanzierung von Social Enterprises - Neue Herausforderungen für die Finanzmärkte. In H. Hackenberg, & S. Empter (Hrsg.), *Social Entrepreneurship - Social Business: Für die Gesellschaft unternehmen* (1. Ausg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften [elektronische Ausgabe]. S. 269-286.
- Adloff. (2005). Interaktionen: Sozialkapital und bürgerschaftliches Engagement. In *Zivilgesellschaft. Theorie und politische Praxis*. (S. 126). Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.
- Becker, M. (2014). *Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2013). Benchmarking Bericht auf Programmebene. Herbstmonitoring 2012 im Rahmen des Aktionsprogramms Mehrgenerationenhäuser II des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin [elektronische Ausgabe].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (7. 2012). Nachhaltige Familienzeitpolitik gestalten - Wege für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeaufgaben finden [elektronische Ausgabe].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2011). *Wo Menschen aller Generationen sich begegnen. Programmbeschreibung Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser II* [elektronische Ausgabe].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2009). Mitgestalten, mitentscheiden. Das Programm "Aktiv im Alter" [elektronische Ausgabe].

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2006). *Alle(s) unter einem Dach. Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser [elektronische Ausgabe]*
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2012). Abgerufen am 01. 01. 2014 von Die soziale Situation in Deutschland: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61547/lebenserwartung>
- Christiansen, C. (2008). Applied theories of community health and well-being. In M. Cole, & R. Tufano, *Applied Theories in Occupational Therapy. A Practical Approach*. (S. 73). Hamden: Slack Incorporated. S.71-84.
- Christiansen, C., & Townsend, E. (2010). The Occupational Nature of Social Groups. In C. Christiansen, & E. Townsend, *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living* (2. Ausg.). Upper Saddle River: Pearson. S. 175-210.
- Coqui, U. (2012a). Einfach mal anknüpfen! Ergotherapie im Netzwerk der Mehrgenerationenhäuser. (DVE, Hrsg.) *Ergotherapie und Rehabilitation*(7/12). S. 10-14.
- Coqui, U. (2012b). Präventive Hausbesuche. Ein Arbeitsfeld für die Ergotherapie. (DVE, Hrsg.) *Ergotherapie und Rehabilitation*(9/12). S. 23-25.
- European Network of Occupational Therapy in Higher Education [ENOTHE]. (2008). *Developing a health promoting occupational therapy program for community living older people: Experiences from a European project group*. Amsterdam: ENOTHE, P/A Hogeschool van Amsterdam, NL.
- Ferber, R., Dang, H., A., G., Kölling, D., Marotzki, U., Rach, M., et al. (2012). *Tatkraft - Gesund im Alter durch Betätigung. Programm zur Gesundheitsförderung*. Idtsein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

- Franz, J. (2010). *Intergenerationelles Lernen ermöglichen. Orientierungen zum Lernen der Generationen in der Erwachsenenbildung.* . Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.
- Geigenmüller, L. (2011). *Betätigungsdeprivation durch soziale Exclusion.* Hildesheim: Unveröffentlichte Bachelorarbeit. HAWK Hildesheim/Holzwinden/Göttingen.
- GKV-Spitzenverband. (2010). *Leitfaden Prävention. 2. korrigierte Fassung.* Abgerufen am 28. 01. 2014 von http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
- Hartmann, M. (2013). Gemeinwesenarbeit und Gesundheit. In S. Stövesand, C. Stoik, & U. Troxler (Hrsg.), *Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland - Schweiz - Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit.* Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. S. 307-313.
- Hurrelmann, K., Laaser, U., & Richter, M. (2012). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, & O. Razum, *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* (5. Ausg.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 661-691.
- Kahlert, H. (2010). The (Missing) Welfare State in Demography - Critical Reflections on the Idea of the "Second Demographic Transition" from a Gender Perspective. In H. Kahlert, & W. Ernst, *Rreframing Demographic Change in Europe. Perspectives on Gender and Welfare State Transformations.* Berlin: Lit Verlag. S. 17-50.
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation: Theory and Application* (3. Ausg.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

- Kronenberg, F., & Pollard, N. (2005). Overcoming Occupational Apartheid. A preliminary exploration of the political nature of occupational therapy. In F. Kronenberg, S. Algado, & N. Pollard, *Occupational Therapy without borders. Learning from the spirit of survivors.* . Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. S.58- 86.
- Krüger, D., & Herma, H. (2013). *Familie(n) heute. Entwicklungen, Kontroversen, Prognosen.* (A. Schierbaum, Hrsg.) Weinheim u.a.: Beltz Juventa.
- Naegele, G. (1998). Lebenslagen älterer Menschen. In A. Kruse, *Psychosoziale Gerontologie. Grundlagen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 15.* Göttingen u.a.: Hogrefe-Verlag.
- Peuckert, R. (2012). *Familienformen im Sozialen Wandel.* (8. Ausg.). Wiesbaden: Springer VS.
- Pizzi, M. (2010). Health Promotion and Prevention From an Occupational Therapy Perspective. Health Promotion for People With Disabilities. In M. Scaffa, S. Reitz, & M. Pizzi, *Occupational Therapy in the Promotion of Health and Wellness.* Philadelphia: F.A. Davis Company. S. 376-396.
- Reich, S. (o.J.). *Gemeinsam gesund älter werden.* Abgerufen am 30. 01. 2014 von Mehrgenerationenhaus Mannheim: <http://www.paritaet-ma.de/ma/index.php/projekte-und-angebote/gemeinsam-gesund-aelter-werden>
- Reitz, S., Scaffa, M., & Pizzi, M. (2010). Occupational Therapy Conceptual Models for Health Promotion Practice. In S. Reitz, M. Scaffa, & M. Pizzi, *Occupational Therapy in the Promotion of Health and Wellness.* Philadelphia: F.A. Davis Company. S. 22-45.

- Richter, M. (2008). Soziale Determinanten der Gesundheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer, *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim u.a.: Juventa Verlag. S. 9-37.
- Rosenkranz, D., & Schneider, N. (1997). Wer pflegt morgen? Auswirkungen des Wandels der privaten Lebensführung auf die häusliche Pflege. In R. Becker, *Generationen und sozialer Wandel*. Opladen: Leske + Budrich.
- Scaffa, M. (2001). *Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Schiller, S. (2012a). Gemeinwesenorientierte Ergotherapie - Eine Begriffsbestimmung. [elektronische Ausgabe]. (DVE, Hrsg.) *Ergotherapie und Rehabilitation*(9/12). S. 9-13.
- Schiller, S. (2012b). Gemeinwesenorientierung in der Ergotherapie. [elektronische Ausgabe]. (DVE, Hrsg.) *Ergotherapie und Rehabilitation*.(3/12). S. 24-26.
- Schiller, S. (2013). Entwicklung der gemeinwesenorientierten Ergotherapie. Unveröffentlichtes Material [Präsentation] zum Studienprojekt Urban Gardening im SS 2013. Hildesheim.
- Schöpfs, I. (2013). BetätigungsTAG DER GENERATIONEN. (DVE, Hrsg.) *Ergotherapie und Rehabilitation*(11/13). S. 22-27.
- Späth, A. (2013). Nutzerfreundliche Studienzusammenfassung. Internetbasierte Aktivitäten (IBAs): Die Erfahrungen älterer Menschen über notwendige Vorassetzungen zur Nutzung des Internets un den Einfluss dieser Voraussetzungen auf die eigene Partizipation in der Gesellschaft. (H. Becker, Hrsg.) *Ergoscience*(2/13). S. 82-83.

- Statistisches Bundesamt. (2013). *Statistisches Bundesamt. DESTATIS*. Abgerufen am 10. 01. 2014 von Pflegestatistik 2011: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>
- Statistisches Bundesamt. (2012). *DESTATIS. Statistisches Bundesamt*. Abgerufen am 01. 01. 2014 von Tabellen Lebenserwartung. Durchschnittliche weitere Lebenserwartung nach Altersstufen.: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/_Doorpage/Tabellen_SterbefaelleLebenserwartung.html
- Statistisches Bundesamt. (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Berlin.
- Stövesand, S., & Stoik, C. (2013). Gemeinwesenarbeit als Konzept Sozialer Arbeit - Eine Einleitung. In Stövesand, S.; Stoik, C., *Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland - Schweiz - Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit*. (Bd. 4). Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich. S. 14-36.
- Thiessen, B. (2013). Vom Versuch private Care-Arbeit öffentlich hzu steuern. Entwicklungen und Herausforderungen der Familienpolitik. In D. Krüger, H. Herma, & A. Schierbaum, *Familie(n) heute. Entwicklungen, Kontroversen, Prognosen*. Weinheim u.a.: Beltz-Juventa. S. 175-188.
- Universität Kassel. Pressestelle. (04. 2012). *Große Teile der Bevölkerung fühlen sich sozial ausgeschlossen*. Abgerufen am 30. 01. 2014 von Universität Kassel. Nachrichten.: <http://www.uni-kassel.de/uni/universitaet/nachrichten/article/grosse-teile-der-bevoelkerung-fuehlen-sich-sozial-ausgeschlossen.html>
- Vienken. (2010). Salutogenese und Gesundheitsförderung. Sozillagenbezogene Gesundheitsförderung. Erfolgversprechende Zugangswege zu Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen. Exposé.

- Volkshochschule Hildesheim gGmbH. (o.J.). *MGH Wegweise Was?* Abgerufen am 23. 01. 2014 von <http://www.mgh-hildesheim.de/angebote/>
- Whiteford, G., & Townsend, E. (2011). Partizipatory Occupational Justice Framework (POJF 2010): enabling occupational partizipation and inclusion. In F. Kronenberg, N. Pollard, & D. Sakellariou, *Occupational Therapes Without Borders. Towards an Ecology of Occupation-Based Practice*. (Bd. 2). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. S. 65-84.
- Wilcock, A. (2006). Health: An Occupational Perspective. In A. Wilcock, *An Occupational Perspective of Health* (S. 99 f.). Thorofare: Slack Incorporated.
- Wilcock, A. (2010). Population Health: An Occupational Rationale. In M. Scaffa, S. Reitz, & M. Pizzi, *An Occupational Perspective on the Promotion of Health and Wellness*. Philadelphia: F.A. Davis Company. S. 110-121.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*. Abgerufen am 15. 12. 2013 von <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

Anhang

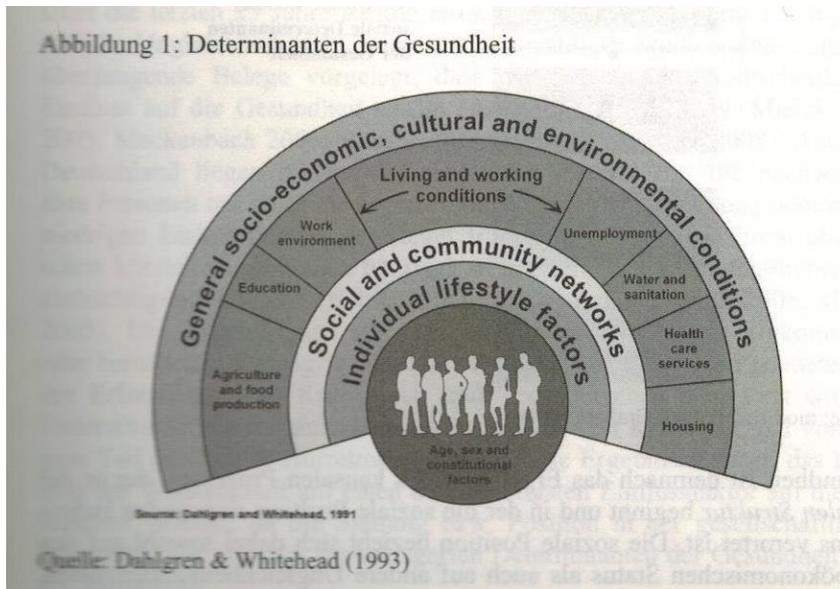


Abbildung 2. Determinanten der Gesundheit. Quelle: Richter et al. 2008, S. 13)

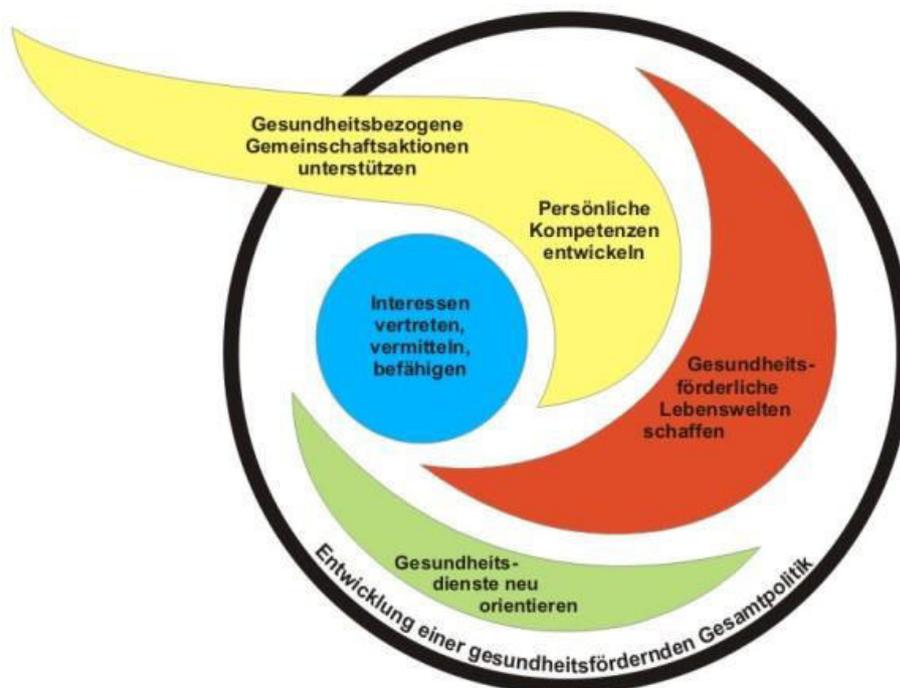


Abbildung 3. Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung. Quelle: <http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/Bilder/B/B2/Abb.08.jpg>

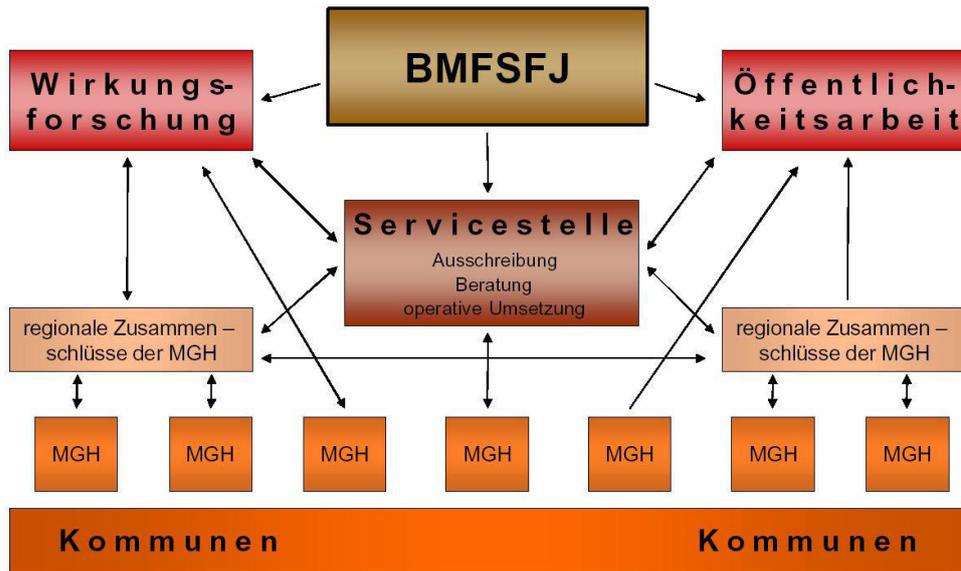


Abbildung 4. Steuerung MGH. Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006, S. 14)

Protokoll zur Handsuche der Ergotherapie Zeitschriften

Gesucht wurde nach Artikeln mit den Schlüsselwörtern Partizipation und Gemeinwesen bzw. community-based practice / community development. Die Suche ergab 14 Treffer. Hier sind bereits Titel ausgeschlossen, die zwar Partizipation /Gemeinwesen thematisieren, jedoch nicht als zentrales Thema behandeln. Relevant für die Bachelor Arbeit sind die fett markierten Titel.

Zeitschrift	Datum	Schlüsselwort	Titel	Autor, Seite
Ergoscience 2/13	16.01.14	Partizipation	Nutzerfreundliche Studienzusammenfassung. Internetbasierte Aktivitäten (IBAs): Die Erfahrungen älterer Menschen über notwendige Voraussetzungen zur Nutzung des Internets und den Einfluss dieser Voraussetzungen auf die eigene Partizipation in der Gesellschaft	Späth, A. Seite 82f.
Ergoscience 1/12	16.01.14	Community-Based Practice	Gesundheit und soziale Gerechtigkeit: eine sozialmedizinische Ergotherapie – Community Based Rehabilitation und Community Based Practice in der Ausbildung an der FH Campus Wien.	Feiler, M; Zettel-Tomenendal, M. Seite 28ff.
Ergotherapie 2/11	16.01.14	Partizipation	Mitteilen – Teilhaben. Ergotherapie und Unterstützte Kommunikation im Auftrag der Partizipation	Hein et al. Seite 47ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 1/14	16.01.14	Partizipation	Partizipation im Lebensalltag für Kinder mit Autismus ermöglichen. Teil 2.	Hasselbusch, A.; Baumgarten, A. Seite 14ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 12/13	16.01.14	Partizipation	Partizipation im Lebensalltag für Kinder mit Autismus ermöglichen. Teil 1.	Hasselbusch, A.; Baumgarten, A. Seite 11ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 11/13	16.01.14	Gemeinwesen	BetätigungstAG DER GENERATIONEN. Ein Projekt des Studiengangs Ergotherapie der FH JOANNEUM.	Schöpfs, I. Seite 22ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 3/13	16.01.14	Gemeinwesen	Mobil und sicher mit dem Bus unterwegs – Auch im Alter!	Klein, D.; Gottwald, S. Seite 11ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 9/12	16.01.14	Gemeinwesen	Gemeinwesenorientierte Ergotherapie – Eine Begriffsbestimmung.	Schiller, S. Seite 9ff.

Ergotherapie und Rehabilitation 9/12	16.01.14	Gemeinwesen	Unterstützung von Flüchtlingen. Eine Aufgabe der gemeinwesenorientierten Ergotherapie.	Schiller, S. Seite 14ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 9/12	16.01.14	Gemeinwesen	Ergotherapie und Gemeinwesen. BFS-SchülerInnen befragen ältere BürgerInnen ihrer Gemeinde	Helmbrecht, H. Seite 20 ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 9/12	16.01.14	Gemeinwesen	Präventive Hausbesuche. Ein Arbeitsfeld für die Ergotherapie.	Coqui, U. Seite 23ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 7/12	16.01.14	Gemeinwesen	Einfach mal anknüpfen! Ergotherapie im Netzwerk der Mehrgenerationenhäuser.	Coqui, U. Seite 10ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 3/12	16.01.14	Gemeinwesen	Gemeinwesenorientierung in der Ergotherapie	Schiller, S. Seite 24ff.
Ergotherapie und Rehabilitation 2/12	16.01.14	Gemeinwesen	Gemeinsam mit Eltern die Gesundheit von Kindern fördern.	Schiller et al. Seite 10ff.

Name:	Constabel
Vorname:	Viviane
Matrikel-Nr.:	593685
Studiengang:	Bachelor Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt,

1. meine Bachelor-Thesis selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst zu haben,
2. keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben,
3. alle Stellen der Arbeit, die ich wortwörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen habe, als solche kenntlich gemacht zu haben und
4. die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt zu haben.

Erklärung zur Bibliotheksauslage

- Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass meine/unsere Abschlussarbeit in der Bibliothek ausgelegt wird und dass die Arbeit ganz oder auszugsweise kopiert werden darf. Ich versichere /Wir versichern, dass die Arbeit nicht unter die Bestimmungen des Datenschutzes fällt und veröffentlicht werden darf.
- Ich bin / Wir sind **nicht** damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner/unsere Abschlussarbeit in der Bibliothek ausgelegt wird.

Datenschutzerklärung

- Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Hochschule eine Plagiatserkennung meiner /unsere Abschlussarbeit vornimmt, indem sie diese auf dem Ephorusserver zur Überprüfung ablegt. Auf die erforderliche Anonymisierung meiner/unsere Daten der PDF-Datei wurde/n ich /wir hingewiesen.

Hildesheim 10.2.2014
.....
Ort Datum

.....
(Unterschrift)