

6. Landesgesundheits- konferenz Berlin

19. November 2009
Rathaus Schöneberg Berlin

Dokumentation



Redaktion

Stefan Pospiech, Rike Hertwig, Isabel Merchan, Julia Lang,
Ulrike Viestenz

Satz und Layout

Connye Wolf, www.connye.com

Herausgeber

Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung
im Land Berlin

Fachliche Auskunft

Stefan Pospiech

Die Fachstelle wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit,
Umwelt und Verbraucherschutz finanziert. Träger ist Gesundheit
Berlin-Brandenburg.

Bildnachweise

Alle Fotos Michael Fahrig
außer

S. 2 – Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und
Verbraucherschutz

S. 27, 28, 30, 36 – Rike Hertwig

Inhaltsverzeichnis

Eröffnung und Fachvortrag	2
Grußwort: Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz	2
Fachvortrag: Prof. Dr. Gabriele Doblhammer-Reiter, Direktorin des Rostocker Zentrums zur Erforschung des demografischen Wandels	5
Fachforen	
Fachforum I: Gesprächsrunde	
„Versorgungsprobleme alter kranker Menschen an den Schnittstellen im Gesundheitswesen“	8
Fachforum II: Expertendialog	
„Versorgung an Demenz erkrankter, älterer Menschen im Akut-Krankenhaus“	12
Fachforum III: Podiumsdiskussion	
„Geriatrische Versorgung und gerontologische Forschung: Standortbestimmung für Berlin“	16
Fachforum IV: Workshop	
„Stadtteilzentren als Orte der Gesundheitsförderung und Teilhabe von und für ältere Menschen“	18
Fachforum V: Workshop	
„Berlin bewegen – Bewegungsförderung als Ressource für ein gesundes Altern“	22
Offene Abschlussdiskussion	
Debatte: Demografischer Wandel, Migration, Gesundheit	27
Die Landesgesundheitskonferenz im Jahre 2009/2010 und Ausblick auf die künftige Tätigkeit	
Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Staatssekretär für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz	30
Rahmenprogramm der 6. Landesgesundheitskonferenz Berlin	36

Eröffnung und Fachvortrag

Grußwort

Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie Vorsitzende der Landesgesundheitskonferenz Berlin

Die Bedeutung des diesjährigen Schwerpunktthemas „Gesundheit im Alter“ ergibt sich u. a. aus den künftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen, vor die das Land Berlin durch eine immer älter werdende Bevölkerung gestellt ist. Daher hat die LGK bereits im vorigen Jahr beschlossen, „Gesund altern“ als Gesundheitsziel zu bearbeiten und die hierzu notwendigen Maßnahmen unter Berücksichtigung der Aspekte der Geschlechter – und der kulturellen Differenz in die Wege zu leiten.

Anhand einiger Zahlen aus der Gesundheitsberichterstattung meines Hauses – Basisbericht 2008 zum Themenschwerpunkt „Ältere Menschen“ – möchte ich die Altersentwicklung und den Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung illustrieren:

- Von der Ende des Jahres 2007 auf 3,416 Mio. gestiegenen Einwohnerzahl waren 1,261 Mio. Personen in der Altersgruppe von 50 Jahren und älter, d. h. sie machten über ein Drittel (37 Prozent) der Berliner Bevölkerung aus. Bei den Berlinerinnen und Berlinern mit deutscher Staatsangehörigkeit lag der Anteil der 50 Jahre und Älteren mit 39 Prozent noch höher, bei in Berlin lebenden ausländischen Staatsangehörigen waren die Älteren dagegen nur mit 22 Prozent vertreten.
- In Berlin werden in 20 Jahren ungefähr 43 Prozent der Bevölkerung älter als 50 Jahre sein – sechs Prozent mehr als im Jahr 2007. Dabei wird sich die Zahl der über 80-jährigen Hochbetagten auf nahezu eine Viertelmillion verdoppeln.
- 42 Prozent der in Berlin stationär behandelten Patient/innen waren im Rentenalter (65 Jahre und älter), wobei der Anteil bei den Frauen mit 44 Prozent deutlich über dem der Männer lag (39 Prozent).
- Infolge der zunehmenden Lebenserwartung hat sich die Zahl der anerkannten Schwerbehinderungen aufgrund hirnorganischer Stö-



rungen seit Mitte der neunziger Jahre stark erhöht, 2005 standen derartige Krankheitsbilder bei über 65-jährigen Berlinerinnen und Berlinern an dritter Stelle der Gründe für die Anerkennung einer Schwerbehinderung. Der Anteil der Personen mit Mehrfachbehinderungen steigt mit zunehmendem Alter. Bei den über 65-jährigen Schwerbehinderten wiesen 62 Prozent mehrere Behinderungen auf, damit lag Berlin weit über dem Bundesniveau (47 Prozent).

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung Berlins zeigt auch, dass viele Migranten/innen der ersten Generation bereits das siebzigste Lebensjahr erreicht haben. Aufgrund dieser Entwicklung und der Erkenntnis, dass die Wahrscheinlichkeit wächst, mit zunehmendem Alter z. B. an Demenz zu erkranken, ist in den kommenden Jahren mit einem Anstieg pflegebedürftiger Migranten/innen zu rechnen. Auf diese Situation sind jedoch weder die Institutionen der Psychiatrie noch die Altenhilfe ausreichend vorbereitet.

Die sozialen Netze von Migranten/innen sind hauptsächlich auf die eigene ethnische Gruppe ausgerichtet, z. B. Familie, Freunde, Vereine, kulturelle und religiöse Organisationen, Geschäfte. Hilfen, welcher Art

auch immer, werden meistens aus dem persönlichen Umfeld der Migranten/innen geleistet. Die Familie bildet (noch) die wichtigste Ressource in der Betreuung und Unterstützung älterer Migranten/innen.

Der Wunsch, das Alter möglichst gesund, selbständig und aktiv zu erleben, ist nicht neu. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter gefördert werden können. Die Zeiten, in denen der Umgang mit alten Menschen ausschließlich aus der medizinisch-pflegerischen Patientenperspektive wahrgenommen wurde, in denen alte Menschen pauschal als unselbständig und hilfsbedürftig betrachtet wurden, sind vorbei. Wir führen heute gesellschaftliche Debatten über eine neue Kultur des Alters und des Alterns, über Selbstbestimmung und Teilhabe, über eine aktive Gestaltung des Lebensabschnitts nach der Erwerbsarbeit.

Das Thema Gesundheit spielt bei einer positiven Wahrnehmung des Alters eine Schlüsselrolle. In diesem Sinne hat die WHO im Jahre 2002 ihr Programm „Aktiv Altern“ vorgelegt, in dem ein neues Paradigma vom Altern seinen Niederschlag fand. „Aktives Altern“, so definiert es die WHO, „ermöglicht es den Menschen, ihr Potential für körperliches, soziales und geistiges Wohlbefinden im Verlaufe ihres gesamten Lebens auszuschöpfen und am sozialen Leben in Übereinstimmung mit ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten teilzunehmen; gleichzeitig soll für Hilfsbedürftige ausreichender Schutz, Sicherheit und Pflege gewährleistet sein.“... Vor allem sozial oder gesundheitlich benachteiligte bzw. behinderte Ältere haben ein „...Recht auf die Gleichheit an Chancen und Behandlung in allen Lebensbereichen...“ und brauchen dabei Unterstützung der Gesellschaft.

Auf unsere Stadt bezogen meint aktives Altern in erster Linie die Partizipation am gesellschaftlichen und kulturellen Leben des Bezirks, des Stadtteils, des Wohnquartiers, der Nachbarschaft! Je nach sozialem Hintergrund haben auch ältere Menschen dabei ganz unterschiedliche Bedürfnisse und Zugänge, aber auch unterschiedliche Fähigkeiten, sich zu orientieren, aktiv zu sein und sich um sich selbst oder andere zu kümmern. Ältere Menschen sind eben keine homogene Gruppe; sie gehören verschiedenen Kulturen und Geschlechtern an, pflegen unterschiedliche Lebensstile, haben unterschiedliche wirtschaftliche, soziale und persönliche Hintergründe.

Aktives Altern setzt eine gewisse körperliche Belastbarkeit voraus. Deshalb hat das Thema Bewegungsförderung hier einen herausragenden Stellenwert; dies findet seinen Niederschlag in einem eigenen Fachforum am heutigen Tag: „Berlin bewegen – Bewegungsförderung als Ressource für ein gesundes Altern“.

Aber nicht nur körperliche Mobilität – auch geistige Beweglichkeit, Bildung und lebenslanges Lernen sind unabdingbare Voraussetzungen für soziale Teilhabe und Gesundbleiben im Alter. Die Grundlagen für Gesundheit im Alter werden hier schon früh gelegt und müssen gestärkt werden. Wer sich seit seiner Jugend nicht mehr weitergebildet hat, wer es nicht gewohnt ist, eigene Interessensgebiete zu entwickeln und zu erkunden, der wird als Rentner/in nur schwer in der Lage sein, mit den gesellschaftlichen Entwicklungen Schritt zu halten.

Vor diesem Hintergrund haben Mitglieder der Berliner Landesgesundheitskonferenz im Vorfeld der heutigen Tagung unter dem Leitmotiv „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter“ in diesem Jahr die Situation analysiert und viele Einzelfragen diskutiert. Die bis-

herigen Arbeitsergebnisse verweisen auf vier Handlungsfelder, die bearbeitet werden sollen:

- Bewegung
- Psychische Störungen: Hierbei geht es vor allem um depressive und dementielle Erkrankungen
- Teilhabe / Ehrenamt / Selbsthilfe / Angehörige
- Seniorengerechte Umwelt und Produkte

Ein wichtiger Teil der Arbeit besteht darin, die Aktivitäten aus den verschiedenen Politikbereichen (z.B. Gesundheit, Sport, Soziales, Bildung, Stadtentwicklung) und die Vielzahl von Beteiligten (Seniorenbeiräte, Koordinierungsstellen, Stadtteilzentren, Nachbarschaftsheimen, Wohnungsbaugesellschaften, Volkshochschulen, Sportvereine u. v. a.), die auf der lokalen Ebene gut verankert sind, zu ganzheitlichen Konzepten zusammenzuführen. Denn die Lebenswelt von Senior/innen schrumpft mit zunehmendem Alter erfahrungsgemäß immer mehr auf das zu Fuß erreichbare Wohnviertel zusammen.

Deshalb fällt den Bezirken bei der Gesundheitsförderung, in der Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Versorgung kranker alter Menschen die Schlüsselrolle zu, die sie schon seit Jahren durch die beispielhafte Entwicklung von Geriatrich-Gerontopsychiatrischen Verbänden, bei Gesundheitsförderungsprojekten und in der Koordination der Altenhilfe spielen. Es gibt wohl keinen Berliner Bezirk, in dem das Thema Altenhilfeplanung nicht bereits auf der Tagesordnung steht.

Oft kommen bei älteren Menschen mehrere benachteiligende Faktoren zusammen: Fehlendes Orientierungswissen über bestehende Angebote, diesbezügliche kulturelle Hemmungen und Vorbehalte sowie mangelnde soziale Kontakte führen vielfach zu Resignation, Rückzug und Isolation der Betroffenen. Sie bedürfen daher der qualifizierten und situationsadäquaten Hilfestellung kooperierender Partner bei der Wahrnehmung der erforderlichen Behandlungsschritte, z.B. in der stationären Akutversorgung; sie haben ein Recht auf bestmögliche Versorgung, auch wenn sie dies aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen nicht (mehr) einfordern können.

Das diesjährige 2. Gesundheitsforum der Landesgesundheitskonferenz im Juni „Gut versorgt? Zur medizinischen Situation in Berliner Pflegeheimen“ befasste sich mit zentralen Fragestellungen, die die Heimversorgung in den Mittelpunkt rückten: Wie steht es derzeit um die medizinische und pflegerische Versorgung in den Berliner Heimen? Wo bestehen Mängel, die abzustellen sind, und wo gute Ansätze, die weiter zu entwickeln sind? Als positiver Ansatz wurde dort beispielsweise das sog. Berliner Modell (festangestellte Heimärzte) benannt. Im Vergleich von ausgewählten Daten des Berliner Modells mit zwei Stichproben von Heimen in Sachsen und in NRW, die nicht über eigene Ärzt/innen verfügen, schnitt das Berliner Modell deutlich besser ab. Beispielsweise betrug der Anteil von Personen, die in den letzten zwei Wochen vor der Erhebung nicht ärztlich untersucht wurden, im Berliner Modell 7,8 Prozent, in der NRW-Stichprobe jedoch 61 Prozent. Um die medizinische Situation in den Heimen nachhaltig zu verbessern, wurde im Frühjahr 2009 eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales einberufen, in der die zentralen Akteure des Handlungsfeldes mitarbeiten.

Es herrscht weitgehend Konsens darüber, dass das Präventionspotential bis ins hohe Alter in weiten Bereichen noch nicht ausgeschöpft ist. Insgesamt muss der Entwicklung wirksamer Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere eine höhere Priorität eingeräumt werden. Zu diesem Schluss kommt auch das kürzlich er-

schiene Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Titel „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Der Sachverständigenrat empfiehlt hier, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel der altersgewandelten Gesellschaft zu erklären.

Letztes Jahr wurde als Weiterentwicklung der LGK eine noch stärkere Einbindung der Teilnehmer in die Diskussion durch offenere Veranstaltungsformate angeregt. Als Vorsitzende der LGK freue ich mich, dass die diesjährige Landesgesundheitskonferenz neben den fünf Fachforen, in denen Sie die von mir erwähnten Probleme und Aspekte vertieft behandeln werden, von einem umfangreichen, themenbezogenen Rahmenprogramm mit einer Projektmesse, einer Filmvorführung, einer Kunstausstellung und einem Auftritt des Theaters der Erfahrungen begleitet wird. Dies unterstreicht unsere Bemühungen, der LGK eine unverwechselbare Prägung zu geben. Es bezeugt die Weiterentwicklung und Umsetzung der Pläne der letzten Jahre, die LGK als Diskussionsforum und Ideenwerkstatt unter Beteiligung einer breiten (Fach-) Öffentlichkeit zu etablieren.



Einen weiteren Anknüpfungspunkt für künftige Innovationen stellt der von „Health Capital Netzwerk für Gesundheitswirtschaft“ entwickelte Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ vom Oktober 2007 dar. Er enthält einige Schnittstellen zu den Themen der diesjährigen Landesgesundheitskonferenz, aber auch zwischen den einzelnen Handlungsfeldern: In diesem Zusammenhang sind, neben dem Handlungsfeld 9 „Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Ernährung“ auch die Handlungsfelder 2 „Lehre, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung“ und 7 „Angebote und Dienste für ältere Menschen“ von Interesse.

Vielen Dank!



Die Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher gratuliert der Berliner Patientenbeauftragten Karin Stötzner zur erfolgreichen Umsetzung der Informationsplattform „Gesundheit in Berlin“, die seit dem 16. November 2009 frei geschaltet ist.

„Gesundheit in Berlin“

Die Plattform „Gesundheit in Berlin“ soll allen Bürgern/innen und Patienten/innen als Orientierungshilfe dienen und die Entscheidungsfindung im Berliner Gesundheitsbereich erleichtern. Dafür werden umfangreiche Informationen zu Anbietern und Einrichtungen des Berliner Gesundheitswesens gesammelt und mit Qualitätsangaben verbunden, soweit diese für die entsprechenden Leistungsbereiche vorliegen. Bisher gibt es eine Vielzahl von Konzepten zur Messung und Dokumentation von Qualität im Gesundheitswesen. Dennoch mangelt es an übersichtlichen und nachvollziehbaren Darstellungsmöglichkeiten von Qualitätsinformationen.

An dieser Stelle soll das Portal Anstöße zur Diskussion um angemessene Darstellungsformen geben und kann in diesem Sinne als Transparenzplattform verstanden werden. Inhaltlich stehen Informationen zu den Themenbereichen Berufsgruppen, Einrichtungen, Verbände & Institutionen, Vorsorge & Prävention, Krankheit & Behandlung, Pflege, Rehabilitation & Behinderung, Absicherung & Kostenträger sowie Recht & Beratung zur Verfügung. Initiiert wurden die Seiten „Gesundheit in Berlin“ von der Patientenbeauftragten Karin Stötzner mit Unterstützung der Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Katrin Lompscher. Die Internetplattform ist ein Gemeinschaftsprojekt der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz und wird von einer Steuerungsgruppe begleitet.

www.berlin.de/gesundheitsplattform/index.html

Fachvortrag „Alternde Gesellschaften und Gesundheitsversorgung: Eine demografische Perspektive“

**Prof. Dr. Gabriele Doblhammer-Reiter, Direktorin
des Rostocker Zentrums zur Erforschung des demo-
grafischen Wandels**

Steigende Lebenserwartung und die damit verbundene Alterung Deutschlands sind die herausragenden demographischen Trends der letzten Jahrzehnte. Die Konsequenzen betreffen alle gesellschaftlichen Bereiche und werden zu bedeutenden Anpassungen in den sozialen Sicherungssystemen führen. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die Entwicklung der Lebenserwartung und diskutiert inwieweit Zugewinne an Lebensjahren auch in Zukunft zu erwarten sind. Konsequenzen für die stationäre medizinische Versorgung und die Pflege älterer Menschen werden angesprochen, sowie Prognosen über die zukünftige Anzahl Demenzerkrankter vorgestellt. Weitere Informationen zu den Themen finden Sie im Infoletter „Demografische Forschung aus Erster Hand“ www.demografische-forschung.org, im „Informationsportal zum Demografischen Wandel“ www.zdwa.de und am „Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen“ www.dzne.de.

Rekordlebenserwartung steigt um drei Monate pro Jahr

Neue Erkenntnisse über den zeitlichen Verlauf der Lebenserwartung ergeben sich aus der Betrachtung der Rekordlebenserwartung, der jeweils höchsten Lebenserwartung bei Geburt, die in einem bestimmten Jahr in einem Land gemessen wurde. Obwohl im Zeitverlauf unterschiedliche Länder die höchste Lebenserwartung inne hatten, galt sie jedoch immer für Frauen. Lag sie zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch im Durchschnitt bei 45 Jahren, so leben japanische Frauen im Jahr 2007 im Durchschnitt 86 Jahre. In den letzten 160 Jahren folgte die Rekordlebenserwartung einem linearen Trend und stieg jährlich um drei Monate. Da sich in den letzten Jahrzehnten kein Abflachen des Anstieges feststellen lässt, kann davon ausgegangen werden, dass sich die gegenwärtige Lebenserwartung nicht in der Nähe eines biologischen oder gesellschaftlichen Limits bewegt und ein weiterer Anstieg in der Zukunft zu erwarten ist.

Ob es tatsächlich ein biologisches Limit der Lebensspanne und damit auch der durchschnittlichen Lebenserwartung gibt wird in der Forschung heftig diskutiert. Der Annahme aus dem Jahre 1980 von Fries, dass ein maximales Limit der durchschnittlichen Lebenserwartung im Alter 85 erreicht wird, ein Limit das übrigens von japanischen Frauen im Jahre 2007 überschritten wurde, steht das Argument gegenüber, dass es keine biologische Grenze gibt bzw. dass diese Grenze in einem weit-

eren Alter liegt und dass ein Rückgang der Sterblichkeit im hohen Alter auch in Zukunft weiter möglich sein wird. Dafür spricht, dass sich die Verteilung des durchschnittlichen Sterbealters weder auf einen kleineren Altersbereich konzentriert noch zeigte sich über die Zeit eine Verlangsamung des Rückgangs in den Sterberaten. Während die steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas und damit verbundene Erkrankungen wie Diabetes oft als mögliche Hindernisse für weitere Reduktionen in der Sterblichkeit genannt wird, weisen andere Forscher auf die positiven Effekte des rückläufigen Tabakkonsums hin.



Die Plastizität der Sterblichkeit im Alter

Der unaufhaltsame Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten ist vor allem auf einen Rückgang der Sterblichkeit im hohen Alter zurückzuführen. Durchschnittswerte aus 30 Industrienationen zeigen, dass im Jahre 1950 unter den 80-Jährigen etwa 15 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer damit rechnen konnte, weitere zehn Jahre zu leben. Im Jahr 2002 lagen diese Werte bereits bei 37 Prozent, beziehungsweise 25 Prozent. Ein weiteres Indiz dafür, dass sich der Rückgang der Sterblichkeit bis in die allerhöchsten Altersgruppen erstreckt, ist der Anstieg der Personen im Alter 100 Jahre und mehr. Gleichzeitig stieg die maximale Lebensspanne innerhalb von 20 Jahren um 10 Jahre von 112 auf 122 Jahre.

Die Plastizität der Sterblichkeit im Alter

Die Plastizität der Sterblichkeit im Alter und damit ihre Beeinflussbarkeit durch gesellschaftliche Faktoren wurde eindringlich durch die Wiedervereinigung Deutschlands unter Beweis gestellt. Bis in die Mitte der 1970er Jahre hatten Frauen in der DDR eine zu Westdeutschland vergleichbare Lebenserwartung. Danach stieg die Lebenserwartung im Westen stärker an als im Osten, sodass sich bis zur Wiedervereinigung eine immer größere Schere auftrat. Zwischen 1991 und 2006 verkleinerte sich jedoch der Abstand zwischen den alten und neuen Bundesländern von 3,3 Jahren auf 1,2 Jahre bei den Männern und von 2,6 auf 0,2 Jahre bei den Frauen. Die Angleichung der Lebenserwartung



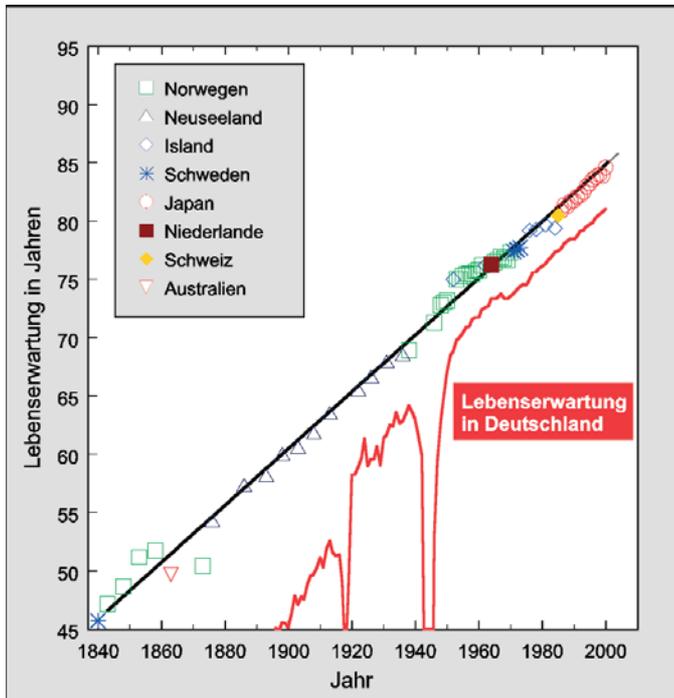


Abbildung 1: Rekordlebenserwartung seit 1840;
Quelle: Demografische Forschung auf Erster Hand

erfolgte dabei vor allem durch den Rückgang der Sterblichkeit bei über 60-jährigen Frauen, und hier in besonderem Maße bei den Hochaltrigen. Viele Ursachen trugen zu dieser positiven Entwicklung bei, einen bedeutenden Einfluss scheint dabei auch die verbesserte medizinische Versorgung und Pflege der Hochaltrigen zu haben.

Bevölkerungsalterung ist unumkehrbar

Neueste Prognosen zeigen, dass in den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung (Japan, Schweden und Spanien) drei Viertel aller Neugeborenen das Alter 75 erreichen und die Mehrheit der seit dem Jahre 2000 geborenen Kinder ihren hundertsten Geburtstag erleben wird. Diese Prognosen gehen davon aus, dass die gegenwärtig erzielte jährliche Reduktion der Sterblichkeit auch in der Zukunft eintreten wird. Wie weit diese Annahme gerechtfertigt ist, wird kontrovers diskutiert.

Unabhängig von der weiteren Entwicklung der Lebenserwartung ist die Bevölkerungsalterung jedoch unabwendbar in der Altersstruktur der meisten Bevölkerungen festgeschrieben und kann in absehbarer Zeit weder durch vermehrte Zuwanderung noch durch höhere Geburtenraten gestoppt werden. Selbst bei einer Kombination von einer unrealistisch hohen Fertilität von 2,2 Kindern im europäischen Durchschnitt (gegenwärtig liegt der EU Durchschnitt bei 1,5 Kindern) und einer Nettozuwanderung von 1,2 Millionen Zuwanderern pro Jahr (im Jahre 2002 hatte die EU einen Zuwanderungsgewinn von 700.000 Personen) fällt die Relation der Bevölkerung im Alter 15- bis 64-jährigen zu den 65+jährigen von derzeit vier zu eins, auf 2,5 zu eins im Jahre 2050.

Der Anstieg der Hochaltrigen wird noch stärker ausfallen. Derzeit liegt der Anteil der über 80-jährigen in Europa bei 4 Prozent, in Deutschland bei 5 Prozent. Prognosen gehen davon aus, dass der Anteil im Jahre 2050 mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent europaweit zwischen 5 Prozent und 21 Prozent liegen wird. Die 12. Koordinierte Bevölkerungs-

sprognosen für Deutschland geht von etwa 14 Prozent aus (Variante 1-W1 bzw. Variante 2-W1).

So erfreulich diese Entwicklung für die individuelle Lebensgestaltung ist, so groß sind die Herausforderungen, vor die die Bevölkerungsalterung und der überproportionale Anstieg der Hochaltrigen die Gesellschaften Europas stellt. Pflege und die medizinische Versorgung der Hochaltrigen, insbesondere auch der Demenzerkrankten, rücken damit ins Zentrum des gesellschaftlichen Interesses.

Ressourcenverschiebung von Jung zu Alt in der stationären medizinischen Versorgung

Im Zeitraum bis 2050 wird die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren in Deutschland um 30 bis 40 Prozent zurückgehen. Berücksichtigt man diese Entwicklung, so wird die absolute Zahl der stationären medizinischen Behandlungen der unter 16-jährigen um rund 400.000 Fälle niedriger sein als im Jahre 2006. Der Großteil des Rückganges wird aus der Altersgruppe der 1- bis 4-jährigen gefolgt von den 5- bis 9-jährigen kommen.

Die Gesundheitspolitik steht somit vor der Aufgabe, in stark alternden und oft auch schrumpfenden Regionen die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Ressourcenverschiebungen in höhere Altersgruppen sind dabei zwangsläufig die Folge der Bevölkerungsalterung. Vor allem in schrumpfenden Regionen könnte es zu Schließungen und Zusammenlegungen von stationären Behandlungseinrichtungen kommen. Dabei muss aber auch die optimale medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewährleistet bleiben, denn ein Grundstein für die weitere positive Entwicklung der Lebenserwartung und Gesundheit im Alter wird bereits im Kindheits- und Jugendalter gelegt.

Anzahl der Pflegebedürftigen wird zunehmen

Am anderen Ende des Altersspektrums wird die Zahl der Pflegebedürftigen zunehmen. Prognosen des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels zeigen, dass auch eine deutliche Verbesserung der Gesundheit unter den älteren Menschen diesen Trend nicht aufheben kann. Ursache dafür ist der starke Anstieg in der



Anzahl der Hoch- und Höchstaltrigen. Zukünftige Trends in der Pflegebedürftigkeit hängen von der Definition des Pflegebedarfs, dem zukünftigen Anstieg der Lebenserwartung und den zukünftigen Trends in der Gesundheit der älteren Bevölkerung ab. Geht man bei steigender

Lebenserwartung von einer konstanten Gesundheitsentwicklung aus, so kommen die Prognosen für das Jahr 2030 im Vergleich zum Jahre 2000 auf einen Anstieg von 39 Prozent für Frauen und von 127 Prozent für Männer. Nimmt man an, dass alle zukünftig hinzugewonnenen Lebensjahre gesunde Lebensjahre sind, liegt der Anstieg für Frauen bei 20 Prozent, bei den Männern bei 79 Prozent. Bei den Männern ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahre 2000 deutlich unter jener der Frauen lag, da die sich gegenwärtig im pflegebedürftigen Alter befindlichen Jahrgänge durch die beiden Weltkriege des 20. Jahrhunderts dezimiert wurden. Auch gehen die beiden Szenarien von einer Angleichung der Lebenserwartung der Männer an die höhere der Frauen aus.

In Deutschland wird Pflege überwiegend in der Familie erbracht

In Deutschland werden Pflegeleistungen überwiegend von der Familie übernommen. Im Jahr 2007 waren 2,25 Millionen (2,73 Prozent der Gesamtbevölkerung) Personen pflegebedürftig, davon 68 Prozent Frauen. Etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt und nur ein Drittel in Institutionen. Bei denjenigen, die zu Hause gepflegt werden, wird zu 67 Prozent die Pflege ausschließlich durch Familienangehörige übernommen, 23 Prozent greifen zusätzlich auf Angebote mobiler Pflegedienste zurück.



Inwieweit auch in Zukunft ein Großteil der Pflegeaufgaben von der Familie übernommen werden kann, hängt auch vom Familienstand und dem Anteil der Kinderlosen unter den Pflegebedürftigen ab. Die informelle Pflege wird vor allem durch Partner/innen und Kinder geleistet, so dass, im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Verwitwung und Kinderlosigkeit das Risiko einer Institutionalisierung erhöhen. Unterteilt man die zukünftigen Pflegebedürftigen in drei Risikogruppen, in Abhängigkeit ihres Familienstandes und von Kinderlosigkeit, so zeigt sich, dass bis 2030 vor allem die Zahl der Frauen in denjenigen Personengruppen am meisten steigt, die am wenigsten anfällig für institutionelle Pflege sind: Im Jahre 2000 hatten 13 Prozent der Frauen einen Partner und mindestens ein Kind, im Jahre 2030 werden dies 28 Prozent sein. Der Anteil der Frauen ohne Partner und ohne Kind wird sich hingegen fast halbieren und von sieben Prozent im Jahre 2000 auf vier Prozent im Jahre 2030 zurückgehen. Die Ursache für diesen Trend liegt darin, dass bis zum Jahre 2030 die Eltern der „Babyboom“ Generationen in das pflegebedürftige Alter eintreten werden. Dies sind jene Generationen die in den 30er und 40er Jahren des letzten Jahrhunderts geboren wurden und eine geringere Kinderlosigkeit hatten als die Generationen vor und nach ihnen. Gleichzeitig waren diese Geburtsjahrgänge zu einem großen

Prozentsatz verheiratet, auch unter den Frauen, da die Männer nicht mehr von der Kriegsterblichkeit in den beiden Weltkriegen betroffen und generell die Scheidungsraten noch niedrig waren. Nach dem Jahre 2030 wird sich die Familienzusammensetzung Älterer und damit auch der Pflegebedürftigen weitgehend ändern, da dann die „Babyboomer“ der Geburtsjahrgänge der späten 50er und frühen 60er Jahre pflegebedürftig werden. Diese Geburtskohorten zeichnen sich durch niedrigere Heirats- und höhere Scheidungsraten und durch einen hohen Anteil Kinderloser aus.

Inwieweit in Zukunft Kinder auch tatsächlich noch die Pflege ihrer Eltern übernehmen können, hängt von der weiteren Entwicklung der Erwerbstätigkeit, und hier vor allem jener der Frauen ab. Die Erwerbstätigkeit von Frauen wird in Zukunft noch weiter zunehmen und mit der Erhöhung des Renteneintrittsalters werden die zeitlichen Ressourcen innerhalb der Familie, die für Pflegeaufgaben zur Verfügung stehen, weiter zurückgehen. Hier ist die Politik gefragt, durch Verbesserung der Rahmenbedingungen für die nichtinstitutionelle formelle als auch die informelle Pflege, die Familie in der Übernahme von Pflegeaufgaben zu unterstützen.

Demenzen: Eine Herausforderung für unsere Gesellschaft

Im Rahmen der Pflegebedürftigkeit stellen Demenzen eine besondere Herausforderung für Familienangehörige, aber auch für die Gesellschaft insgesamt, dar. Die zukünftige Anzahl der Demenzerkrankten hängt vom Anstieg der Lebenserwartung, sowie der weiteren Entwicklung der Demenzerkrankungen ab. Prognoseergebnisse zeigen, dass bei steigender Lebenserwartung nur eine deutliche Reduktion der Erkrankungen (gemessen in der Form von Prävalenzen) den Anstieg bremsen kann. So würde bei einem Anstieg der Lebenserwartung der dem

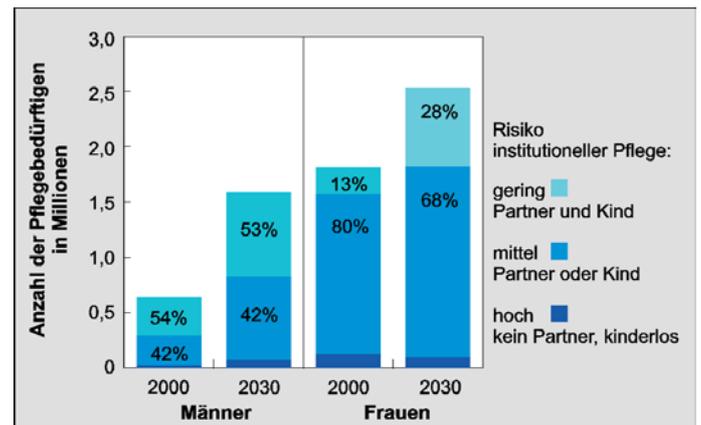


Abbildung 2: Prognose der Pflegebedürftigen im Alter 75+ bis 2030 nach Risikogruppen für institutionellen Pflegebedarf; Quelle: Demografische Forschung aus Erster Hand

Ausmaß der letzten Jahrzehnte entspricht, eine Reduktion der Prävalenz um ein Prozent in allen Altersgruppen die Anzahl der Demenzerkrankten um 50 Prozent erhöhen. Ein jährlicher Rückgang der Prävalenz um ein Prozent bedeutet, dass die altersspezifische Prävalenz der heute 76-jährigen für die 80-jährigen im Jahr 2050 gelten müsste. Die Prävalenz der heute 84-jährigen müsste sich um sechs Jahre bis in das Alter 90 verschieben. Die Frage, ob solch einschneidenden Verbesserungen möglich sind, muss offen bleiben. Eine gesündere Lebensweise und die Vermeidung von Risikofaktoren, das steigende Bildungsniveau in der älteren Bevölkerung und die damit verbundene steigende kognitive Reserve, aber auch der medizinisch-technische Fortschritt lassen jedoch das Hinausschieben von Demenzen in höhere Lebensalter möglich erscheinen.

Fachforen

Die fünf Fachforen der sechsten Landesgesundheitskonferenz waren als offene Diskussionsforen konzipiert. Die folgenden Zusammenfassungen basieren auf den Transkriptionen der Fachforen und entstanden mit Unterstützung der beteiligten Referent/innen.

Fachforum I: Gesprächsrunde „Versorgungs- probleme alter kranker Menschen an den Schnittstellen im Gesund- heitswesen“

Teilnehmer/innen:

Katja Dierich und Gabriela Seibt, QVNIA e.V. – Qualitätsverbund Netzwerke im Alter Pankow / Katrin Hans, Pflegestation Meyer und Kratsch/ Prof. Dr. Johannes Korporal, Alice-Salomon-Hochschule Berlin / Sybille Kraus, St. Hedwigs-Kliniken Berlin / Myra Kranz, Kassenärztliche Vereinigung Berlin/ Harald Möhlmann, AOK Berlin-Brandenburg / Klaus-Dieter Trautmann, Seniorenvertretung Spandau,
Moderation: Karin Stötzner, Patientenbeauftragte von Berlin

Zusammenfassung

Das Fachforum wurde initiiert durch eine Arbeitsgruppe um die Patientenbeauftragte von Berlin, Karin Stötzner. Hintergrund war, dass sich Beschwerden über ausgeprägte Lücken in der Versorgungskette gerade bei älteren, kranken und immobilen Patient/innen gehäuft haben.

Die Abstimmung zwischen Verantwortlichen in den verschiedenen Sektoren (Ärzte, Pflege, Sozialdienst im Krankenhaus, ambulante Pflegedienste, Kassen und Rehabilitations-Einrichtungen) ist unter anderem deshalb notwendig, da die Zahl chronischer Erkrankungen steigt und immer mehr ältere Menschen alleine leben und oft mehrere Krankheiten zu bewältigen haben. Die Arbeitsgruppe hat es sich zur Aufgabe gemacht, Konzepte weiterzuentwickeln, die den einzelnen Partnern durch klare gesetzliche und formale Vorgaben, funktionalen Handlungsanleitungen und ausreichend kompetentem Personal eine Zusammenarbeit an den Schnittstellen ermöglichen.



Zu Beginn des Fachforums wurde anhand von Fallbeispielen veranschaulicht, wie sich Probleme bei der Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren auswirken können. Die Ausführungen von Klaus-Dieter Trautmann von der Seniorenvertretung Spandau sowie Katrin Hans verdeutlichen, dass ältere Menschen oft zum Spielball ungeklärter Zuständigkeiten zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern werden. Dies sei besonders gravierend, wenn Patient/innen nach Hause entlassen werden, ohne dass die häusliche Situation geklärt ist, Hausärzte als Ansprechpartner/innen fehlen oder benötigte Medikamente nicht verschrieben werden. Dass diese Beispiele keine Einzelfälle sind, wird auch in der anschließenden Diskussion durch Beiträge der Teilnehmer/innen deutlich.

Prof. Dr. Johannes Korporal von der Alice-Salomon-Hochschule Berlin stellte die Perspektive der Versorgungsforschung auf die Schnittstellenproblematik im Gesundheitswesen dar.

Schnittstellen entstehen an den Sektorengrenzen zwischen Kuration, Prävention, Rehabilitation und Pflege. Aber auch zwischen den einzelnen Professionen, die für die Versorgung zuständig sind, kommt es zu Reibungsverlusten. Dies sei zum Teil dem Umstand geschuldet, dass das deutsche Gesundheitswesen wenige Berufsvorbehalte kennt; eine Ausnahme ist z.B. die Geburtshilfe durch Hebammen. Darunter ist zu

verstehen, dass bestimmte Tätigkeiten ausschließlich durch bestimmte Berufsgruppen ausgeübt werden dürfen. So muss oft ausgehandelt werden, wer welche Aufgaben zu übernehmen hat.

Ein weiteres Spannungsfeld öffne sich zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern. Die sozialrechtlichen Normen und Regelungen bedürfen in vielen Fällen einer gemeinsamen Auslegung, was nicht immer gelingt. Und schließlich kommt noch die föderale Untergliederung des Gesundheitswesens hinzu: So sind die Zuständigkeiten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verteilt.

Dieses hyperkomplexe System führe zu einer prekären Situation, zur Unterversorgung der Patient/innen. Die Situation verstärke sich, wenn die Betroffenen wenig Wissen über das Versorgungssystem und eingeschränkte gesundheitliche Kompetenzen haben. Ohne klare Zuständigkeiten, die im Bedarfsfall eine effektive und vernetzte Kommunikation zwischen den Akteuren ermöglichen, sind diese Probleme schwer in den Griff zu bekommen, so Prof. Korporal.

Zwei wesentliche Elemente zur Vermeidung solcher prekären Situationen für Patient/innen sind das Entlassungs- und Überweisungsmanagement sowie die Umsetzung des Sicherstellungsauftrags, wie die Moderatorin Karin Stötzner ausführte.

Bezüglich des Versorgungsmanagements der Krankenhäuser schilderte Dr. Sybille Kraus ihre Erfahrungen aus den St. Hedwig-Kliniken. Akut- und Rehabilitationskliniken sind gesetzlich verpflichtet, die (individuell) passgenaue Anschlussversorgung der Patient/innen sicherzustellen (§ 11 Abs. 4 SGB V). Dies beinhaltet die Organisation der erforderlichen Unterstützungsangebote der ambulanten Pflege inkl. der Hilfsmittel und der Antragsstellung zur Refinanzierung sowie die Vermittlung in teil-/stationäre bzw. Kurzzeitpflegeeinrichtungen, in die Rehabilitation (Frührehabilitation, Anschlussheilbehandlung, Geriatrische Rehabilitation, ambulante Rehabilitation) und zu Selbsthilfe- und spezifischen Beratungsangeboten. Die konkrete Umsetzung erfolgt im Rahmen der sog. Entlassungs-Management-Konzepte der Kliniken. Die Konzepte beinhalten in der Regel Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen Pflege, Sozialdienst und punktuell auch Ärzten, inkl. Zuordnung der Verantwortlichkeiten.

Die Organisation der erforderlichen nachstationären Versorgung würde gerade somatische Kliniken vor große Herausforderungen stellen, aufgrund der DRG (Diagnosis Related Groups) bedingten, sehr kurzen Verweildauern. Folgende Probleme seien dabei u.a. erkennbar:

- Multimorbide Patient/innen werden in der Regel nicht ausreichend durch die DRG's abgebildet (refinanziert), d.h. die Verweildauer reicht in der Regel nicht aus, um die komplexen Bedarfe zu erfassen und zu organisieren. Dadurch besteht die Gefahr der Fehleinschätzung des Bedarfes bzw. der Druck zu „schnellen Lösungen“ (z.B. die Verlegung in ein Pflegeheim statt die Organisation einer umfassenden ambulanten Versorgung) sowie Überforderung der Patient/innen und ihres sozialen Umfeldes bei Entscheidungen, die für das weitere Leben grundlegend sind.
- Fehlende bzw. unvollständig zur Verfügung stehende Versorgungsstrukturen, mangelnde Vernetzung und komplizierte, langwierige bürokratische Verfahren behindern die Sicherstellung der nachstationären Versorgung zusätzlich, z.B.:
- Finanzierungslücke bis zur Begutachtung bzgl. SGB XI-Leistungen
- Gesetzeslücke bei Bedarf an Haushaltshilfe und Grundpflege mit fehlendem Rechtsanspruch auf SGB XI Leistungen
- Umsetzung der Rehabilitation vor Pflege (langwierige Widerspruchsverfahren)

- schleppende Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gem. § 37a SGB V

Erforderlich sind nach Dr. Kraus daher u.a.:

- Funktionierende Kooperationen mit nachstationären Anbietern und Kostenträgern sowie vernetzte Strukturen mit konkreten Vereinbarungen zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung (inkl. Feedbacksystem).
- Refinanzierung der erforderlichen Personalanteile zur Sicherstellung des Versorgungsmanagements.
- Umsetzung der konkreten Übergabe zwischen Stationsarzt/-ärztin und weiterbehandelnden Ärzten/innen.



Ein Thema im Rahmen der Arbeitsgruppe um die Patientenbeauftragte war auch die Interpretation des Sicherstellungsauftrages, den die Kassenärztliche Vereinigung bei der Versorgung der gesetzlich versicherten Patient/innen übernommen hat.

Dazu führt die Vorstandsreferentin der Kassenärztlichen Vereinigung, Myra Kranz aus, dass der Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin im § 75 des SGB V geregelt ist. Allerdings würde dort in erster Linie das Rechtsverhältnis zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen geregelt, nicht das Rechtsverhältnis mit den Patient/innen. Dazu hat die Kassenärztliche Vereinigung ein Rechtsgutachten erstellen lassen. Myra Kranz verdeutlicht, dass die Kassenärztliche Vereinigung nicht in der Pflicht stehe, die Versicherten dahingehend zu beraten, einen geeigneten Arzt zu finden, da dies eine Aufgabe der Krankenkassen sei. Sie betont, dass die Kassenärztliche Vereinigung jedoch freiwillig einen Gesundheitsnutzendienst eingerichtet hat, um auf Patientenbeschwerden reagieren zu können. Hinsichtlich der Schnittstellenproblematik führt sie aus, dass die Probleme nicht allein in der Abstimmung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern liegen. Vielmehr seien auch die sozialen Dienste häufig nicht ausreichend über die gesetzlichen Grundlagen informiert.

Im Anschluss richtete die Patientenbeauftragte Frau Stötzner das Wort an die Seite der Kostenträger um zu klären, welche Position die Krankenkassen einnehmen, die ja ein individuelles Vertragsverhältnis mit ihren Versicherten unterhalten. Wie interpretieren Sie den Sicherstellungsauftrag, wenn es um die Schnittstellen und Versorgungsprobleme geht?

Harald Möhlmann von der AOK Berlin-Brandenburg betont, dass durch die Ausgestaltung des deutschen Gesundheitswesens sich die einzelnen Rechtspositionen voneinander unterscheiden können. Zur ärzt-

lichen Versorgung führt er aus, dass durch die Zwangsmitgliedschaft der approbierten Ärzte/innen in der Kassenärztlichen Vereinigung Rechte und Pflichten entstehen, die z.T. interpretationsbedürftig sind. Zunächst einmal bestehe für den Vertragsarzt eine Teilnahmeverpflichtung in einem Fachgebiet, die bedeutet, dass er wesentliche Leistungen seines Fachgebietes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch tatsächlich anbieten und erbringen muss. In diesem Zusammenhang, nach den §§ 11 und 27 SGB V, übernimmt der/die Vertragsarzt/ärztin mit der Zulassung die Pflicht, gesetzliche Leistungsansprüche der Versicherten auf ärztliche Behandlung zu befriedigen. Der konkrete Inhalt der ärztlichen Pflichten ist in einer gesamtvertraglichen Regelung festgehalten.

In konkreten Bedarfs- und Notsituationen entstehe aber die Frage nach der Durchsetzung solcher Paragraphen. Es gebe durchaus die Situation, dass engagierte Ärzte/innen mit vielen Patienten/innen keine neuen Fälle übernehmen können. Aus diesem Grund hat die AOK Berlin-Brandenburg für ihre Versicherten eine Telefonberatung geschaffen, durch die qualifizierte Mitarbeiter/innen in konkreten Fällen versuchen Lösungen zu organisieren. Positiv sieht er auch die neuen Pflegestützpunkte, da hier eine Struktur etabliert wird, die im Bereich der Pflegeberatung viel Aufklärung leisten kann.

Das nächste Themenfeld, das durch die Moderatorin angesprochen wird, ist das Problem, dass die ärztliche Versorgung in Berlin in einigen Bezirken als unzureichend wahrgenommen wird. Da die Ärzte nur in ihrem Einzugsgebiet zu Hausbesuchen verpflichtet sind, bleiben immobile Patient/innen zum Teil unterversorgt. Praxen sind aufgrund der großen Arbeitsbelastung oft nicht in der Lage, neue Patienten/innen zu betreuen, was vor allem für Menschen ohne festen Hausarzt problematisch ist. Daher seien neue Formen von Vernetzungsstrukturen gefragt. Mit den geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbänden besteht in Berlin ein solches Modell.

Über ihre Erfahrungen aus diesem Feld berichten Gabriela Seibt und Katja Dierich vom Qualitätsverbund Netzwerke im Alter Pankow. Der Qualitätsverbund ist ein gutes Beispiel dafür, wie sich Anbieter für eine verbesserte Versorgungssituation verbünden können. Der Verbund ist eine gute Antwort auf die Frage nach der Sicherstellung der Anschlussversorgung bei Übergängen im System für ältere Menschen, die akut oder chronisch krank, pflege- und/oder rehabilitationsbedürftig sind. Mithilfe von Modellförderungen wurden in Berlin seit 1995 Netzwerke aufgebaut, die inzwischen in jedem Bezirk etabliert sind. Der Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V. (QVNIA e.V.) ist ein solches ehemaliges Modellprojekt, das aus dem Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ hervorgegangen ist und sich über seine Mitglieder finanziert. Ihm gehören aktuell 47 Träger mit 56 Einrichtungen aus dem Gesundheits-, Pflege- und Altenhilfebereich in Pankow an. Es handelt sich dabei um Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, Altenpflegeheime, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen, Therapeutische Praxen, Betreute Wohnformen sowie die Koordinierungsstelle, die jetzt Pflegestützpunkt ist.

Den Mitgliedern des QVNIA e.V. geht es um Qualität, Transparenz und Verbindlichkeit in der wohnortnahen Vernetzung der vorhandenen Angebote. Gemeinsame Vorhaben werden über vereinsinterne Richtlinien umgesetzt und durch interne Fortbildungen und Maßnahmen einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. So setzt der QVNIA e.V. als einziger Verbund seit 2004 ein Überleitungsmanagement um, welches sowohl den Prozess vor der Einweisung und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus als auch zwischen den anderen Übergängen im Versorgungssystem qualitätsgesichert unterstützt.

Was fehlt, so die Referentinnen, ist eine Verknüpfung der regionalen Verbundstrukturen mit niedergelassenen Ärzten/innen und Ärztenetzwerken und Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation. Hier müssten systemische Anreize geschaffen werden, so dass Netzwerkarbeit sich für alle Beteiligten lohnt. Für Patient/innen lohnt sie sich immer – das würden die QVNIA Patientenbefragungen über die Zufriedenheit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unterstreichen, welche regelmäßig durchgeführt und ausgewertet werden. Eine kontinuierliche Begleitung sei jedoch erforderlich. Insofern unterstützt QVNIA den Aufbau von Pflegestützpunkten und wünscht, dass die Verknüpfung der Verbundstrukturen mit den alten und neuen Partnern im System gelingt.

Diskussion

In der Diskussion wurden einige der Punkte herausgegriffen, die in den Eingangsstatements angesprochen wurden.

Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung wurden die Versorgungsprobleme gerade im fachärztlichen Bereich unterstrichen. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass es gerade an Feiertagen verstärkt zu prekären Versorgungssituationen kommt. Auch im Bereich der Versorgung von Pflegeheimen mit benötigten Medikamenten treten immer wieder Probleme auf, weswegen eine Einbindung der Apotheken empfohlen wird.



Ein Schwerpunkt der Diskussion war die flächendeckende fachärztliche Versorgung. Hier wurde darauf hingewiesen, dass es ein einheitlicher Beschluss zwischen Politik, Kassenärzten und Krankenkassen gewesen sei, Berlin zu einem einheitlichen Planungsbezirk zusammenzufassen. Rein objektiv gäbe es keine Unterversorgung in Berlin, es kann lediglich von einer Ungleichverteilung zwischen den Bezirken gesprochen werden. Es fehle zudem die rechtliche Handhabe den Fachärzten vorzuschreiben, in welchem Bezirk sie tätig sind. Zur Klärung dieser Sachlage wird durch die Kassenärztliche Vereinigung eine kleinräumige Versorgungsanalyse erstellt. Es wurde betont, dass in Berlin im Vergleich zu vielen anderen Bundesländern eher von einer Überversorgung gesprochen werden kann. Die Frage der Bedarfsplanung ist zurzeit ein Thema im Landesausschuss, indem die Ärzte und Kassen über Versorgungsfragen beraten.

Ein weiterer Punkt der angesprochen wurde ist, dass zur Vernetzung und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auch Systemanreize gesetzt werden müssen, die den Akteuren diese Anstrengungen honorieren.

Die Arbeitsgruppe hatte im Vorfeld ein Diskussionspapier erarbeitet, welches sich noch in der Abstimmungsphase zwischen den Beteiligten befindet und das durch die Patientenbeauftragte vorgestellt wurde. Die darin enthaltenen Punkte sind:

1. Konstruktive Abstimmungen zwischen Leistungs- und Kostenträgern zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages zur ärztlichen Versorgung
2. Bereitstellung von umfassenden Beratungs- und Begleitangeboten für Patientinnen und Patienten, Implementierung von Case-Management-Strukturen (unter Berücksichtigung der Angebote der Pflegestützpunkte) zur Stärkung hilfebedürftiger Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmungsrechte und Versorgungsansprüche und in den Übergangsbereichen der Versorgung in kritischen Einzelfällen...
3. ...verbunden mit mehr Transparenz zu Versorgungsregelungen zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern, wie Angaben zu Vertragspartnern und qualitätsgesicherten Leistungen in Verträgen der Integrierten Versorgung, der hausärztlichen Versorgung, zur Hilfsmittelversorgung und der Bereitstellung von patientenverständlichen Informationen zur Qualitätssicherung der Leistungsanbieter an den jeweiligen Schnittstellen
4. Sicherstellung der Anschlussversorgung bei jedem institutionellen Übergang durch Konzepte einer neuen Verantwortungskultur verbunden mit Stärkung und Ausbau bestehender Strukturen, in Verbänden und Netzwerken im Sinne eines patientenorientierten Case-Managements
5. Implementierung einer zentralen „Meldestelle für Versorgungsprobleme“ zu Dokumentation und Auswertung von Defiziten in der Versorgung von Berliner Patientinnen und Patienten

Das Diskussionspapier wird Gegenstand der weiteren Beratungen im Steuerungsausschuss der Landesgesundheitskonferenz sein.

Fachforum II: Expertendialog „Versorgung an Demenz erkrankter, älterer Menschen im Akut-Krankenhaus“

Teilnehmer/innen:

Christa Matter und Andreas Rath, Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. / Prof. Dr. Albert Diefenbacher, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge / Prof. Dr. Hans Gutzman, Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe / PD Dr. Dr. Claus Köppel, Wenckebach-Klinikum-Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH / Andrea Lemke, Berliner Krankenhausgesellschaft/ Jüdisches Krankenhaus / Dr. Brigitte Schwalbe, DRK Kliniken Berlin Westend

Moderation: Helga Schneider-Schelke, Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.

Zusammenfassung

Das Fachforum „Versorgung an Demenz erkrankter, älterer Menschen im Akut-Krankenhaus“ wurde ebenfalls von einer Arbeitsgruppe um die Patientenbeauftragten von Berlin initiiert. Moderiert wurde das Fachforum von Helga Schneider-Schelke, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., die zunächst den Hintergrund zur Bildung der Arbeitsgruppe und dem Fachforum erläuterte.

Ende 2008 lebten in Berlin 644.673 Personen, die 65 Jahre und älter waren. Legt man die aktuellen Prävalenzraten zugrunde, ergibt sich für Berlin aktuell eine Zahl von 42.000 Demenzkranken und für 2050 von fast 105.000. Der Anteil älterer und hochaltriger Patienten/innen im Krankenhaus wächst stetig. Mit dieser Entwicklung geht auch eine Zunahme der Zahl demenziell erkrankter Patient/innen einher, die zu meist nicht aufgrund ihrer Demenz, sondern wegen anderer Erkrankungen stationär behandelt werden. Demenzkranke sind in der Regel in geriatrischen Krankenhäusern gut versorgt. Anders sieht die Situation aus, wenn demenzkranke Menschen in einem Akutkrankenhaus behandelt werden müssen, z.B. wegen eines Knochenbruches oder einer Organoperation. Angehörige und Mitarbeiter/innen von Pflegeeinrichtungen berichten, dass es in diesen Fällen zu massiven Problemen kommen kann.

Die Krankenhausversorgung ist in der Diskussion um Demenz und den damit verbundenen gesellschaftlichen Herausforderungen bislang wenig thematisiert worden. Es fehlt an Ansätzen einer systematischen Qualitätsentwicklung, die auf demenziell erkrankte Patient/innen zugeschnitten ist. Die Umgebungsbedingungen und Abläufe in den Krankenhäusern sind unzureichend auf die Problemlagen und Bedürfnisse demenziell Erkrankter eingestellt. Als ein großes Problem bei der Betreuung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus wird der Mangel an Pflegepersonal gesehen. Gerade deshalb ist eine verstärkte Kooperation mit Angehörigen, Selbsthilfeorganisationen von Angehörigen und Ehrenamtlichen wichtig. Berlin hat schon eine Fülle an Initiativen zur demenzfreundlichen Versorgung. Eine zielgerichtete Vernetzung der Akteure und Ansätze kann zu zusätzlichem Nutzen für die Betroffenen beitragen.



Zu Beginn des Fachforums verlas Andreas Rath, Pflegedienstleiter und seit vielen Jahren Mitglied der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V., einen Brief, der von einem Demenzkranken Patienten verfasst wurde:

Ich befinde mich im Stadium 6 der Reisbergskala dem Ende meiner Demenzerkrankung nahe. Die furchtbaren Zustände des Bemerkens des Verlustes meines einst prächtig funktionierenden Geistes habe ich durchlaufen. Dann verlor ich auch noch meine praktischen Fähigkeiten und konnte meinen Reißverschluss am Hosenstall nicht mehr hochziehen, das Brot nicht mehr schmieren und, und, und. Ich habe meine Frau beschimpft, weil ich anders dachte als sie. Beklaut hat sich mich, dachte ich. Ich würde nach Urin riechen, sagte sie und, und, und. Ich habe sie geschlagen. Das wollte ich eigentlich gar nicht. Ich spreche meistens sehr selten – eine andere Sprache dann. Dementisch heißt sie. Kauderwelsch, kreiselnde Gedanken, Wortfindungsstörungen, nie zum Ziel finden. So wurde ich in ein Heim gezogen. Allein wäre ich dort nie hingegangen. Es hat gedauert. Jetzt fühle ich mich dort wohl, – meistens. Sie sind freundlich und lachen viel. Das steckt an. Ich höre meine Musik, der Saft ist schön süß, sie lassen mich fühlen, sie lassen mich etliche Runden im Garten laufen, immer mal bekomme ich ein Stückchen Schokolade in den Mund. Was soll ich mit der Gabel? Die Hand funktioniert besser, wenn ich esse. Ich hasse baden. Lieber dusche ich. Das habe ich ihnen handgreiflich beigebracht. Gestern bin ich abgehauen und habe mich verlaufen und die ganze Nacht irgendwo gefroren. Dann fiel ich hin und brach mir den Arm. Das sollten Sie alles wissen, wenn Sie sich jetzt im Krankenhaus um mich kümmern. Noch können Sie es nicht wissen, ich bin ja auf der ersten Hilfe. Ich will hier nur weg – verfluchte Scheiße! Warum fummeln die da an mir herum? Ein Weißkittel fragt mich ständig Etwas, auf das ich antworte. Aber wir verstehen uns nicht. Immer wieder stehe ich auf und will gehen. Genervt halten mich Hände fest. Da sehe ich Marlies, meine Liebblingsschwester aus dem Heim. Sie kennt mich. Ich spüre ihre Wärme, ihren Geruch – ein tolles Parfüm – Ich bin irgendwie in Sicherheit. Jetzt geht alles besser. Die erste Hilfe kennt mich nun auch. Marlies ist immer bei mir. Sie sieht aber sehr müde aus. Ich wache nach der Operation in einem schrecklichen, hässlichen, weißen Zimmer auf. Neben mir schnarcht einer. Ein Glück, ich bin nicht allein. Eine Schwester kommt herein und fummelt an einem Schlauch, der in meinem Penis steckt. Ich will ihr eine Knallen, kann aber den Arm nicht anheben. Es schmerzt alles furchtbar. Sie spricht von Essen und Trinken, ich brubbele etwas, sie nickt und geht. Vor mir steht ein durchsichtiger Becher mit durchsichtigem Wasser. Wo ist denn mein bunter Becher mit dem süßen Saft? Ein Keks ist in Folie eingeschweißt. Da bleibt er auch drin. Stunden ist es still. Nicht einmal meine geliebte Volksmusik wird gespielt, keiner singt ein Lied.

Da kann man eigentlich nur abhauen.

Die Tür geht auf, und meine Frau kommt. Plötzlich gibt es süßen Saft, der Keks hat keine Folie mehr und wird im Kaffee eingetaucht, weil mein Gebiss verschwunden ist. Eine Schwestern-Schülerin kommt herein und summt mit rotem Kopf „Sah ein Knab“ ein Röslein steh“n.“ Den Text kann sie nicht, hat ihr keiner beigebracht. Macht nichts. Innerlich klatsche ich. Sie grinst auch und hat dabei ein freundliches Gesicht.

Mein Rat für die Zukunft, die heute beginnt:

Erarbeitet Anwendungsempfehlungen, schreibt Konzepte, führt Clinical-Pathways ein, macht Qualitätsmanagement, bildet euch fort, initiiert, bindet ein, unterstützt, redet und redet, vergisst aber das Handeln nicht.

Dies tut ihr auch für euch, da ihr die nächsten Demenzkranken sein werdet. Mein Rat für jetzt und sofort: Heute bin ich im Krankenhaus und heute brauche ich euch, euer Gefühl, euer Herz, euren Verstand. Habt doch einfach etwas Verständnis für mich. Seid kreativ. Springt doch einfach über euren Schatten. Das alles wünsche ich mir von Dreien – den Mitarbeitern des Krankenhauses, meiner Frau und meiner Heim-Marlies.

Hoppla, habt ihr gemerkt? Ihr seid schon vernetzt. Ihr unterstützt euch ja schon gegenseitig. Ihr liefert auch Qualität. Herzlichen Glückwunsch! Eurer Arm gebrochener, Demenz kranker Mensch.



Christa Matter, Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V., knüpfte an diesen Bericht eines Betroffenen an und hob die Wichtigkeit einer besseren Kooperation zwischen den Angehörigen Demenzkranker und den Mitarbeitern/innen im Akutkrankenhaus hervor.

Die Aufnahme in ein Akutkrankenhaus sei für viele Demenzkranke ein kritisches Ereignis, das zu einem zunehmendem Verwirrtheitsgrad oder trotzigen Verhaltensweisen führen kann. Angehörige von Demenzkranken berichten immer wieder über den unzureichenden Kenntnisstand vieler Krankenhausmitarbeiter/innen im Bereich der Demenzerkrankungen. Das Augenmerk der Krankenhausbehandlung sei im Grunde genommen immer ausschließlich auf die akute Erkrankung gerichtet und somit auch nur auf den körperlichen Versorgungs- und Pflegebedarf zentriert.

Angehörige würden bei der Gestaltung der Aufnahme sowie dem weiteren Krankenhausaufenthalt nur selten mit einbezogen. Dabei seien es gerade die Angehörigen, die für den Demenzkranken unverzichtbare Begleiter und Unterstützer darstellen. Als Expert/innen in eigener Sache und vor allem als wertvolle Partner sollten Angehörige als solche auch anerkannt und berücksichtigt werden, denn sie können wesentliche Informationen zu Vorerkrankungen, zu Medikamenten, zu Gewohnheiten, Essen, Ablauf der Körperpflege usw. geben.

Zum Schluss verwies Christa Matter auf ein Besuchsdienst-Konzept für Demenzkranke und deren Angehörige, das die Alzheimer-Gesellschaft Berlin in Kürze erarbeiten wird. Vorbild dafür seien die ehrenamtlichen Lotsen der Alzheimer-Gesellschaft Hamburg. Es ginge insbesondere darum, noch einmal aufzuzeigen, dass nicht nur die Angehörigen eine Entlastung erfahren können, sondern auch für das Pflegepersonal sichtbar gemacht wird, wie fruchtbar die Einbeziehung Angehöriger sein kann. Nur durch den Dialog zwischen den Professionellen und den Angehörigen könne eine optimale Versorgung gewährleistet werden.

Andrea Lemke, Pflegedirektorin im Jüdischen Krankenhaus Berlin, schilderte die zukünftigen Herausforderungen sowohl für die Krankenhäuser als betriebswirtschaftliche Organisationen als auch für die Krankenhausmitarbeiter/innen:

Sie weist daraufhin, dass es seit ca. 15 Jahren eine negative Entwicklung in der Besetzung von Altenpflegestellen und Krankenpflegern/innen gibt. So fehlen derzeit Schätzungen zufolge bundesweit etwa 22.000 Altenpfleger und 18.000 Krankenschwestern. Zukünftig werde eine ausreichende Zahl von Krankenhäusern und entsprechendem Personal benötigt, die sowohl in Qualität als auch Quantität den Herausforderungen einer alternden Bevölkerung gewachsen sind. Dies sei jedoch mit einem unvermeidbaren Kostenaufwand verbunden.

Neben der somatischen Medizin stehe bei demenziell erkrankten Patient/innen im Akutkrankenhaus die Pflege, Betreuung und Begleitung immer an allererster Stelle, die durch die Mitarbeiter/innen vor Ort geleistet werden muss. Aus diesem Grund sei eine ausreichende Qualifikation in den Bereichen Geriatrie und Geronto-Psychiatrie von besonderer Bedeutung. Darüber hinaus bedarf es einer personellen Ausstattung, die es den Pflegenden ermöglicht, für die Patient/innen eine Ablauforganisation zu gewährleisten, die nicht den Fokus auf die Funktionspflege legt, sondern ein Bezugspflegesystem ermöglicht und damit die individuelle Begleitung von Patient/innen in einer Klinik überhaupt erst möglich macht.

Andrea Lemke betont zudem die Bedeutung eines zentralen Überleitungsbogens zwischen Abteilungen, Einrichtungen und Versorgungsektoren. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf die Initiativen zu einem vereinheitlichten Überleitungsbogen, die bereits seit Jahren angestrebt werden. Hier ist noch kein Durchbruch gelungen, vielmehr sei zu beobachten, dass es immer wieder zu Einzellösungen komme und eine übergreifende Zusammenarbeit fehle.

Zu prüfen sei darüber hinaus, wie Fortbildungen für pflegerische Mitarbeiter/innen in Akutkrankenhäusern zur Pflegeanamnese für an Demenz erkrankte Patient/innen verstärkt werden könnten.

Über Versorgungsdefizite bei Demenzerkrankungen und der Notwendigkeit qualitätssichernder Maßnahmen, berichtete Prof. Dr. Dr. Claus Köppel, Chefarzt der Geriatriischen Abteilung im Wenckebach-Krankenhaus.

Trotz einer zunehmenden Lebenserwartung, die mit einem steigenden Anteil an Demenzerkrankungen einhergeht, sei die Wahrnehmung von Patient/innen, bei denen neben anderen gesundheitlichen Problemen auch eine Demenz besteht, in unserem medizinischen Versorgungssystem, insbesondere in den Rettungsstellen und generell an den „Eingangstüren“ von Kliniken, wenig professionell ausgebildet. Es ist nach Prof Köppel daher zu fordern, dass Maßnahmen und Instrumente der Qualitätssicherung eingesetzt werden, um eine angemessene Versorgung dementer Patient/innen unter Einbeziehung gerontopsychiatrischer und/oder geriatrischer Kompetenz sicherzustellen. Es gelte

klinische Pfade (Clinical Pathways) für die Versorgung Demenzkranker zu entwickeln, die es bereits mit Erfolg für die Versorgungsqualität für viele Krankheiten gibt. Grundsätzlich bedürfe es gerontopsychiatrischer/geriatrischer Kompetenz bei jeder Aufnahme älterer Patient/innen in jedem Krankenhaus, wie dies z. B. in Belgien ein Standard ist. Darüber hinaus bestehe Handlungsbedarf bei der Intensivierung der Kommunikation sowie dem Ausbau von Vernetzungen von Institutionen, die Demenzkranke betreuen (Sozialstationen, Pflegeheime, Tagesstätten, gerontopsychiatrische Verbände u. ä.).



Dr. Brigitte Schwalbe, Leiterin der Rettungsstelle im Westend Krankenhaus, schilderte die Probleme bei der Aufnahme von demenziell erkrankten Patient/innen:

Oftmals erlebt man in der Notaufnahme, dass Patient/innen aus Pflegeheimen gebracht werden, die zu keiner Kommunikation in der Lage sind. Der Überleitungsbogen – falls vorhanden – enthalte leider auch nicht immer die erforderlichen Informationen, die für eine medizinische Versorgung notwendig sind. Angehörige oder Betreuer/innen sind telefonisch nicht zu erreichen und so sind die Ärzteschaft und Pflegekräfte nicht selten ratlos, da der/die Patient/in seine/ihre Beschwerden nicht äußern kann. Eine adäquate Versorgung fange daher nicht erst an den Türen der Rettungsstellen an, sondern schon draußen in den Heimen mit der Fragestellung: Muss der oder die Betroffene überhaupt in ein Akut-Krankenhaus eingeliefert werden? Um den Informationsdefiziten entgegenzuwirken wurde zusammen mit den umliegenden Heimen ein einheitlich strukturierter Überleitungsbogen konzipiert.

Der Begleitung demenziell erkrankter Patient/innen durch ihre Angehörigen stehe man dankbar und offen gegenüber, so Dr. Schwalbe, da aufgrund der knappen Besetzung des Pflegepersonals und der Unruhe auf der Rettungsstelle eine optimale Aufsicht nicht immer gewährleistet werden könne.

Zur Verbesserung dieser misslichen Situation unterbreitet Dr. Schwalbe drei Vorschläge:

1. Die Indikation für eine Krankenseinweisung muss sehr streng gestellt werden, da sich der Zustand eines Demenzerkrankten durch Krankenhausaufenthalte verschlechtert. Die Versorgung der Pflegeheime durch niedergelassene Ärzte/innen sollte optimiert werden, bzw. unbedingt weitergeführt werden (Berliner Modell).
2. Es sollte unter Federführung des Senats ein einheitlicher Überleitungsbogen, der nur die für das Krankenhaus notwendigen Informationen enthält, entwickelt und implementiert werden.

3. Wenn eine Krankenhausbehandlung nicht zu umgehen ist, ist die Begleitung einer vertrauten Person aus dem Pflegeheim erstrebenswert, die dem Demenzkranken eine Orientierung bietet und den Ärzten/innen und Pflegekräften im Krankenhaus bei der Behandlung entscheidend helfen kann. Das könnte sogar die Verweildauer im Krankenhaus reduzieren und die Verschlechterung des Krankheitsbildes eindämmen.

Die Benachteiligung demenziell erkrankter Patient/innen im medizinischen Versorgungssystem thematisierte Prof. Dr. Hans Gutzmann, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung im Alexianer Krankenhaus:

Demenzkranken sind häufig in spezifischer Weise benachteiligt, da das medizinische Versorgungssystem auf Patient/innen ausgerichtet ist, die sagen können was sie haben und Durchsetzungsvermögen an den Tag legen. Dies sind Qualitäten, die demenziell erkrankte Personen hier weniger auszeichnen. Körperliche Erkrankungen von Demenzpatient/innen werden daher viel später erkannt. So erfolgt auch die Gabe von Schmerzmitteln deutlich seltener und später, was unter anderem auf eine andere Form der Schmerzäußerung zurückzuführen ist.

Eine gute Versorgung dieser Patient/innen könne daher eigentlich nur erzielt werden, wenn die unterschiedlichen Berufsgruppen in einem Krankenhaus enger zusammenrücken in der Wahrnehmung des Problems. Beste Erfahrungen seien bisher mit der Rotation von Pflegepersonal zwischen der Psychiatrie und der Somatik gemacht worden. Die somatischen Pflegekräfte, die für mehrere Wochen in der Geronto-Psychiatrie tätig waren und anschließend wieder in ihre Abteilung zurückgingen, hätten dabei viel an Erfahrung im Umgang mit Demenzkranken gewonnen, was auch ihren Patient/innen zu Gute kam. Das unmittelbare Erleben der Behandlung, die Wahrnehmung und Betreuung von Demenzpatient/innen werde durchaus positiver bewertet als ein fast 80-stündiger Kurs, wie er häufig für die spezifische Geronto-Psychiatrische Versorgung angeboten wird.

In diesem Zusammenhang stellte Prof. Dr. Gutzmann ein Modell der Delier-Prävention in Münster vor. Dort wurde in einem Krankenhaus eine zusätzliche Pflegekraft, eine ausgebildete Arzthelferin und Fachfrau für Demenzen, eingestellt. Diese lernt der Demenzpatient/in bereits bei der Krankenhausaufnahme kennen. Sie soll dabei helfen den Demenzkranken die anonyme Situation vor und nach der Operation vertrauter zu gestalten. So könne eine an den individuellen Bedürfnissen orientierte Betreuung und Pflege gewährleistet werden. Eine zusätzliche Pflegekraft sei zwar auch mit einem zusätzlichen Kostenaufwand verbunden, doch dies werde sich langfristig gesehen lohnen. So sei eine Verkürzung der Verweildauer demenziell erkrankter Patient/innen sowohl auf der Intensivstation als auch generell festgestellt worden.

Hervorgehoben wurde durch Prof. Gutzmann auch die Wichtigkeit des zivilgesellschaftlichen Engagements, durch das eine vernünftige „Krankenhausverhinderungs-Strategie“ und gleichzeitig eine „Behandlungsförderungs-Strategie“ überhaupt erst realisiert werden könne. Darüber hinaus wurde auf die Notwendigkeit von Demenzfreundlichen Kommunen verwiesen, in denen Demenzerkrankte auch mit Ihrer Erkrankung wohnen können und ihren Lebensmittelpunkt behalten.

Prof. Dr. Albert Diefenbacher, Leiter einer Abteilung für Psychiatrie und Somatik im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, berichtete über die medizinische Versorgung von Demenzkranken auf den somatischen Stationen:

Der Anteil der über 70 Jahre alten Patient/innen auf den somatischen Stationen der Allgemeinkrankenhäuser ist hoch: insbesondere in der

Inneren Medizin liegt er häufig bei über 50 Prozent. Studien zeigten, dass in dieser Altersgruppe gerade an Demenz erkrankte Menschen, die zur Behandlung einer körperlichen Krankheit aufgenommen worden waren, auf den Stationen häufiger „atmosphärische Spannungen“ auflösen, die dazu führen, dass die behandelnden Ärzte in ca. 70 Prozent eine Verlegung in die psychiatrische Abteilung wünschen. Die konsiliarisch (d.h. in beratender Funktion) hinzu gerufenen Psychiater sehen jedoch nur in ca. 13 Prozent die Indikation für eine Übernahme gegeben (vgl. Delius et. al 1993). Unterschätzt werde, dass gerade Demenzpatient/innen ein erhöhtes Risiko haben, durch ihre zusätzliche körperliche Erkrankung oder durch Behandlungsmaßnahmen einen akuten Verwirrtheitszustand (ICD-10 F05) zu entwickeln, der dann die durch die vorliegende Demenz eingeschränkte Orientierungsfähigkeit im fremden Milieu eines Krankenhauses noch weiter einschränkt. Dies sei leider bei vielen Ärzten und beim Pflegepersonal nicht ausreichend bekannt. Bedauerlicherweise gebe es für den Umgang mit solchen „akuten Verwirrtheitszuständen“ so gut wie keine Vorgaben. In Europa existieren lediglich 2 Leitlinien, die sich mit dem Thema Delir bei Demenz beschäftigen (Leentjens & Diefenbacher 2005). Immerhin wurden in einer der beiden Leitlinien, die von der britischen Gesellschaft für Geriatrie erstellt worden ist, auch Angehörige von Patient/innen, die ein Delir erlebt haben, mit eingebunden – ein wichtiger Schritt, um die Nutzerperspektive auch in das Krankenhausmilieu zu integrieren. In Deutschland hat bspw. die Initiative „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz im Krankenhaus“ versucht, dieses Thema einer breiteren Öffentlichkeit bewusst zu machen (http://www.sozialeprojekte.de/content/e334/e960/index_ger.html).

Sehr hilfreich könnte auch die von der Deutschen Alzheimergesellschaft herausgegebene Broschüre „Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus“ sein, die von der Web-Seite (http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37&no_cache=1&file=36&uid=224) herunter geladen werden kann. Dort werde ein Bogen vorgeschlagen, der von den Angehörigen ausgefüllt wird und dem Stationspersonal gegeben werden kann, so dass dieses Informationen bekommt, die der/die demenzkranke Patient/in nicht mehr selber mitteilen kann. Es erscheint nötig, so Prof. Diefenbacher, dass der Umgang mit demenzkranken Patient/innen im Allgemeinkrankenhaus den Professionellen sehr viel stärker ans Herz gelegt wird, als dies bislang der Fall ist. Es sollte nun darum gehen, vielleicht unter der Perspektive „Psychiatrie außerhalb der Psychiatrie“ sich mit dem Thema des/der verwirrten Patient/innen im Allgemeinkrankenhaus verstärkt zu beschäftigen (<http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/veroeffentlichungen>).

Diskussion

In der anschließenden Diskussionsrunde wurden die Versorgungsdefizite demenziell erkrankter Patient/innen hinsichtlich der Krankenhausaufnahme, Behandlung und des Entlassungsmanagements gemeinsam mit den Teilnehmer/innen diskutiert. In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage nach besseren Anpassungs- und Gestaltungsmöglichkeiten bei Krankenhausbehandlungen sowie der Entlassung zurück in die Häuslichkeit und Selbstständigkeit aufgegriffen. Einigkeit bestand dabei in der Dringlichkeit des Handlungsbedarfes angesichts einer zunehmenden Zahl an Patient/innen, die mit der Nebendiagnose Demenz in Akutkrankenhäusern versorgt werden müssten. Nach der umfangreichen Diskussion fasste die Moderatorin Helga Schneider-Schelte folgende Punkte zusammen, die bei einer landesweiten Initiative „Demenzfreundliches Krankenhaus“ Berücksichtigung finden sollten:

1. Sorgfältige Überprüfung und Abwägung im Einzelfall, inwieweit eine Aufnahme des Demenzerkrankten in ein Akutkrankenhaus notwendig und sinnvoll ist
2. Maßnahmen zur Sensibilisierung und Wahrnehmung für die Probleme an Demenz erkrankter Patienten
3. Die frühzeitige Erkennung von Demenz schon bei der Aufnahme des Patienten, z.B. durch die Entwicklung und Anwendungsempfehlungen für ein einheitliches Screening-Instrument für Akutkrankenhäuser
4. Informationen über den Patienten (Ressourcen und Defizite) durch einen landesweit einheitlichen Überleitungsbogen
5. Einführung spezieller Weiterbehandlungswege (Clinical Pathways) für Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus
6. Anstöße zur Weiterentwicklung von Pflegekonzepten, die eine geregelte Verantwortungskette für einen Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung schaffen sowie für eine bessere Vernetzung krankenhauserinterner und externer Dienste
7. Erhöhte Aufmerksamkeit und Entwicklung von Maßnahmen hinsichtlich der Vermeidung eines Delirs, da gerade Demenzkranke ein hohes Risiko haben, während eines Aufenthalts im Krankenhaus ein Delir zu entwickeln
8. Maßnahmen zur Qualifizierung, Unterstützung und Entlastung des Pflegepersonals
9. Maßnahmen zur Qualifizierung, Unterstützung und Entlastung von Ärzten
10. Konsequente Einbindung des Themas „Versorgung von Demenzpatienten“ in das Qualitätsmanagement. Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Sicherstellung einer verbindlichen Dokumentation und Vergleichbarkeit von Ergebnisqualität
11. Schaffung von Anreizsystemen, z.B. durch die Überarbeitung des DRG Kataloges für eine bessere und angemessene Behandlung von Patient/innen mit Demenz im Krankenhaus
12. Berücksichtigung der Erfordernisse der Akutversorgung von Demenzpatient/innen bei der Krankenhausplanung und von gerontopsychiatrischen Stationen/ Funktionsbereichen im Rahmen der psychiatrischen Regelversorgung
13. Erhaltung bewährter Modelle im Rahmen der Versorgung Demenzkranker, insbesondere des Berliner Modells
14. Maßnahmen zur breiteren Einbindung von gerontopsychiatrischen Fachkräften und des gesamten Teams in jedem Akutkrankenhaus
15. Konzepte für eine systematische Kooperation mit Angehörigen
16. Unterstützung und Förderung von Betreuungs- und Begleiddiensten von Angehörigen und Ehrenamtlichen
17. Initiierung und Unterstützung von Modellprojekten in ausgewählten Akutkrankenhäusern zur Zusammenarbeit von medizinischen Fachkräften, Pflegepersonal und Angehörigen. Notwendig sind Unterstützungskonzepte, die die Einbindung von Besuchsdiensten und Selbsthilfeorganisationen von Angehörigen voranbringen
18. Vernetzung der Berliner Initiativen z.B. demenzfreundliche Kommunen in den Bezirken mit Aktivitäten für eine demenzfreundliche Versorgung in Krankenhäusern.
19. Wo immer Demenzkranke versorgt werden, sind Mut, Kreativität und die Bereitschaft tätige Verantwortung zu übernehmen unverzichtbar

Fachforum III: Podiumsdiskussion „Geriatrische Versorgung und gerontologische Forschung: Standortbestimmung für Berlin

Teilnehmer/innen:

Dr. Marianne Heinemann-Knoch, Institut für gerontologische Forschung e.V. / Dr. Christina Mende, Krankenhaus für klinische Geriatrie, AWO Ida-Wolff-Geriatriezentrum Neukölln GmbH / Ulrich Söding, Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH / Prof. Dr. Karin Wolf- Ostermann, Alice-Salomon-Hochschule, Berlin / Prof. Dr. Isabella Heuser, Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité, Berlin / Dr. Eric Hilf, Evangelisches Geriatriezentrum, Berlin

Moderation: Dr. Benjamin Immanuel Hoff, Staatssekretär für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Zusammenfassung

Mit einer älter werdenden Bevölkerung steigt auch die Nachfrage an qualifizierter und spezialisierter geriatrischer Versorgung. Dies umfasst sowohl die medizinische Versorgung geriatrischer Patient/innen, als auch die präventiven, (früh-) rehabilitativen und pflegerischen Leistungen und Angebote. Krankheiten im Alter können sich differenzieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Dabei können sich mehrere chronische Erkrankungen nebeneinander in komplexer Weise gegenseitig verstärken. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach gleichzeitiger sozialer Unterstützung. Folglich liegt bei diesen Patient/innen ein erhöhtes Risiko des Verlustes an Autonomie und Lebensqualität vor. Geriatrische Patient/innen sind ältere Patient/innen (überwiegend 70 Jahre oder älter), die eine hohe Vulnerabilität aufweisen und an mehreren, oft chronischen Krankheiten (Multimorbidität) leiden. Zudem haben geriatrische Patient/innen neben körperlichen Erkrankungen auch häufig eine Demenz, was eine besondere Herausforderung darstellt. Deshalb sind geriatrische Patient/innen auf eine umfassende Behandlung angewiesen, die über einen organzentrierten Zugang hinaus geht und eine interdisziplinäre Betreuung bietet.



Auf der letzten Landesgesundheitskonferenz 2008 wurde die Forderung in den Raum gestellt, die geriatrische Fachkompetenz der verschiedenen Disziplinen sowie deren Zusammenarbeit zu stärken. Diesen Aspekt griff die 6. Landesgesundheitskonferenz 2009 im Rahmen einer Podiumsdiskussion unter Moderation des Staatssekretärs Dr. Benjamin Hoff auf.

In der Podiumsdiskussion wurden die Potenziale, Probleme und Anforderungen angesprochen, die aus Sicht der Podiumsteilnehmer/innen einen Beitrag zu einer Optimierung der Versorgungssituation geriatrischer Patient/innen in Berlin beitragen können.

Als ein wesentlicher Aspekt wurde das große Potenzial angesprochen, das in einem Ausbau der geriatrischen Fachkompetenz in den Berliner Krankenhäusern liegt. Der Ausbau sollte bereits in den Rettungsstellen der Kliniken beginnen. Bei der Aufnahme eines/einer Patient/innen/in unterstütze der geriatrische Sachverstand das Erkennen geriatrischer Krankheitsbilder, und es könne so die geeignete Behandlung des/der Patient/innen/in in die Wege geleitet werden. Damit muss nicht automatisch die Einweisung in eine geriatrische Fachabteilung oder Klinik verbunden sein, sondern dies kann auch über ein geriatrisches Konsil – d.h. die Hinzuziehung eines Geriaters – gelöst werden. Auf dem Podium bestand jedoch Einigkeit, dass trotz verschiedener positiver Ansätze und Modelle in den Kliniken es in der Breite an geriatrischer Fachkompetenz in den meisten Rettungsstellen in Berlin fehle.

Insgesamt wird viel Potenzial in der Verbesserung der Zusammenarbeit gesehen. Fachgruppen innerhalb der Kliniken stärken diese interdisziplinäre Kommunikation zwischen den medizinischen Fachrichtungen. Auch regelmäßige gemeinsame Visiten würden helfen geriatrische Kompetenz in den konservativen und operativen Disziplinen aufzubauen. Häufig stelle sich erst nach der Aufnahme heraus, dass ein Patient von dem multidimensionalen Therapieansatz in der Geriatrie profitieren könnte. In diesem Fall sollte eine Verlegung in eine geriatrische Fachbeteiligung frühzeitig erfolgen bzw. sollte bereits bei der Aufnahme eingeleitet werden. Es wird erwartet, dass langfristig die Zahl geriatrischer Abteilungen in den Kliniken der Regelversorgung steigen wird.

Doch nicht nur zwischen den medizinischen Fachabteilungen, sondern auch professionsübergreifend sollten die Kommunikationsstrukturen verbessert werden. Dazu gehöre auch ein Ausbau der gerontologischen (Versorgungs-) Forschung. Eine stärkere Vernetzung von Wissenschaft und Praxis verschiedener Disziplinen kann dabei einen entscheidenden Impuls geben. Hier sei es wichtig, nicht ausschließlich medizinisch-geriatrische Schwerpunkte zu setzen, sondern insbesondere auch die Situation im Bereich der Pflege und Altenpflege zu verbessern. Im Bereich der Forschung bestehen – neben vielen positiven Beispielen ei-



ner gelungenen Vernetzung – oft strukturelle Unterschiede, die eine gleichberechtigte und gleich gewichtete Forschung erschweren. Für den Bereich der Praxis gelte dies sicher ebenso. Dabei ist auch an Aus- und Weiterbildungsstrukturen zu erinnern, die es der Pflege und insbesondere der Altenpflege erschweren, als gleichberechtigter Partner in der Forschungs- und Versorgungslandschaft wahrgenommen zu werden. Ohne eine weiter voranschreitende Akademisierung dieser Berufe und verbesserten beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten werde es auch zukünftig schwierig bleiben, hoch motivierte und hoch qualifizierte Mitarbeiter/innen für diese Berufsfelder zu gewinnen.

Erfahrungen aus Studiengängen für gerontologische Pflege liegen international und national vor, haben aber noch ungenügend Eingang in die akademische Pflegeausbildung in Berlin gefunden. Auch die Fortbildung zur geriatrischen Fachschwester konnte noch nicht bundeseinheitlich geregelt werden. Ein großes Problem der Altenpflege seien daher die Qualifizierungsdefizite in dieser Berufsgruppe. Hinzu komme, dass diese Berufe aufgrund einer hohen Arbeitsintensität bei schlechter Bezahlung sehr unattraktiv sind. Dies drücke sich auch in den geringen Bewerbungszahlen, im Vergleich zu anderen nichtmedizinischen Ausbildungsgängen, aus.

Auch für das Medizinstudium wird festgehalten, dass die Vermittlung geriatrischen Wissens noch ausbaufähig sei. Seit 2003 ist die Geriatrie ein integraler Bestandteil des Medizinstudiums im Reform- und Regelstudiengang an der Charité Berlin. An der Charité sind die Diskussionen rund um den medizinischen Reform- und Regelstudiengang momentan sehr aktuell. Das Problem im Regelstudiengang wird darin gesehen, dass der dort praktizierte Unterricht am Krankenbett die geriatrischen Inhalte nicht angemessen vermitteln kann. Das Modell im Reformstudiengang, bei dem die Student/innen vier Wochen auf der



Station ein Blockpraktikum absolvieren, habe sich als ein guter Ansatz erwiesen. Dies habe auch den Vorteil, dass das geriatrische Fachprofil besser zu vermitteln sei und so angehende Ärzt/innen für eine Spezialisierung zum/zur Geriater/in gewonnen werden könnten. Insgesamt sollte nicht nur in Studium und Ausbildung mehr geriatrische Kompetenz vermittelt werden, sondern auch die Weiterbildung der Professionellen gefördert werden. Hier gibt es bereits zertifizierte Kurse, wie z.B. Zercur, der auch von Pflegekräften und Ärzten besucht werden kann. Es handelt sich um einen zweiwöchigen Kurs, bei dem geriatrisches Know-How auch einem breiteren professionellen oder interessierten Publikum vermittelt wird. Es ist insbesondere für Therapeuten und Pflegekräfte hilfreich, die vermehrt mit geriatrischen Patient/innen arbeiten, aber bislang wenig Kompetenz in Bereichen, wie mannigfaltige Symptomatik, Demenz, Gebrechlichkeit, Ernährung etc. haben. Des



Weiteren gibt es seit September für Internisten eine zweijährige Zusatz-Ausbildung zum Facharzt bzw. Fachärztin für Geriatrie.

Aus- oder Fortbildung sei ein wichtiger Baustein beim Ausbau der geriatrischen Kompetenzen im Gesundheitswesen, besonders dann, wenn die Kommunikation an den Versorgungsschnittstellen nicht ausreichend vorhanden ist. Auf dem Weg des Patienten vom Krankenhaus in eine Akutbehandlung und eine Weiterbehandlung beim Hausarzt, bestehe noch ein enormer Bedarf bezüglich der gezielten Therapie für ältere geriatrische Patient/innen. Es wird hervorgehoben, dass dieses Wissen erlebt und vermittelt werden müsse, auch den Hausärzt/innen, damit integrierte Versorgungsformen gewährleistet werden können.

Es fehle in Deutschland in Teilen noch an einer suffizienten ambulanten Geriatrie. Unklarheit bestehe auch häufig bei der Entlassung aus dem Krankenhaus: Wer betreut den/die Patienten/in nach seiner Entlassung aus einer Tagesklinik, in der er über einen längeren Zeitraum hinweg behandelt wurde? Hier seien Strukturen von Nöten, die solche Krankenhausüberweisungen überprüfen, damit das Ineinandergreifen von Akut-Krankenhaus, Frührehabilitation, Tagesklinik und ambulante Geriatrie besser fasst. Dabei sollte die Einbindung der Angehörigen ein elementarer Bestandteil des Entlassungsmanagements und des weiteren Versorgungsmanagements sein. Denn die Vernetzung der Versorgungsstrukturen wird allgemein als wichtiger Aspekt, gerade bei der Versorgung und Betreuung geriatrischer Patient/innen gesehen. Dies beuge auch Fällen vor, dass ältere Patient/innen aufgrund mangelnder Hilfen in Pflegeheime eingewiesen würden. Der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege werde bei geriatrischen Patient/innen häufig nicht umgesetzt. Betreute in Pflegeheimen bekommen z. T. nicht die benötigten geriatrischen Konzile. Es sei hier Aufgabe der Leistungserbringer und der Kostenträger, diese Schnittstellenproblematiken zu beheben.

Abschließend würdigte Staatssekretär Dr. Hoff die Arbeit, die im Feld der geriatrischen Versorgung und gerontologischen Forschung in Berlin geleistet wird. Doch auch die Herausforderungen wurden deutlich. Für die Zukunft hält er vier Aspekte fest, in denen ein zentraler Handlungsbedarf benannt wurde:

- Die verstärkte Verankerung geriatrischer Inhalte in die ärztliche, therapeutische und pflegerische Aus- und Fortbildung
- Eine optimierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen und professionell Tätigen
- Den Stellenwert der Altenpflege als Berufsfeld aufzuwerten und die Arbeitsbedingungen zu verbessern
- Geriatrische Versorgungsketten auszubauen und Schnittstellenprom

Fachforum IV: Workshop „Stadtteilzentren als Orte der Gesundheitsförderung und Teilhabe von und für ältere Menschen“

Teilnehmer/innen:

Jochen Reibeling, Kiezspinne Lichtenberg / Angelika Benzin, Nachbarschafts- und Selbsthilfe-Zentrum e.V., UFA-Fabrik Berlin / Christof Lewek, Frei-Zeit-Haus e.V. Nachbarschaftshaus und Selbsthilfetreff, Weißensee / Eva Bittner, Nachbarschaftsheim Schöneberg, Theater der Erfahrung / Michael von Jan, Nachbarschaftsheim Schöneberg / Hannelore Tretter-Bechstein, Caritas Mehr-Generationen Haus Alt-Lietzow / Michael Räßler-Wolff, Gesundheitsstadtrat, Bezirksamt Lichtenberg / Ulrika Zabel, Kompetenz-Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe
Moderation: Katrin Falk, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)

Zusammenfassung

Im Gesundheitszielprozess ist der Ausbau von Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen an gesundheitsförderlichen, sozialen und kulturellen Angeboten ein wichtiges Anliegen. Nachbarschaftshäuser, Stadtteilzentren, Begegnungsräume oder Beratungszentren können dazu beitragen, insbesondere älteren Menschen bis ins hohe Alter ein selbständiges Leben zu ermöglichen, Selbsthilfepotenziale zu fördern und bürgerschaftliches Engagement zu unterstützen. Die Gesundheitsförderung älterer Menschen ist dabei implizit und explizit gelebte Praxis. In Berlin gibt es eine große Vielfalt entsprechender Einrichtungen und Träger mit unterschiedlichen Konzepten und Angeboten.

Moderiert von Katrin Falk von der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin stand im Mittelpunkt der angeregten Diskussion mit zahlreichen Teilnehmer/innen: Was können diese Einrichtungen leisten, was tun sie bereits erfolgreich und welche Ressourcen sind notwendig?

Zu Beginn stellte Jochen Reibeling von der Kiezspinne FAS (Frankfurter Allee Süd) Lichtenberg ein Projekt vor, das den Verbleib in der Selbstständigkeit älterer Menschen im Kiez unterstützt:

Der Kiez Frankfurter Allee Süd ist als Heimat für junge und alte Menschen vieler Nationalitäten sehr lebendig. Wie im Kern alle Kommunen, stehe auch der Kiez FAS vor der großen Herausforderung, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Anforderungen der Jungen und der Älteren auszugleichen und anzupassen, so dass ein gemeinsames Leben möglich sei. Als neues Projekt, angesiedelt am Nachbarschaftshaus Orangerie des Vereins Kiezspinne FAS, möchte das Projekt „HilDie – Hilfe und Dienstleistungen für ein selbstständiges Leben im Kiez“ den demografischen Wandel als Chance nutzen. Es verknüpft ambulante Familien- und Seniorenbetreuung und bietet kurzfristig unterstützende Dienstleistungen all denen, die diese benötigen. HilDie stehe damit für eine neue Form des Miteinanders, denn es sollen miteinander

und füreinander Angebote gemacht werden, die das Zusammenleben für alle Menschen im Kiez zum Gewinn machen. So begleitet HilDie im Alltag durch Beratungs- und Betreuungsangebote, durch fleißige Helfer/innen im Haushalt oder beim Weg zum Arzt, ins Konzert, zur Bibliothek oder auch beim Einkauf. Zugleich biete HilDie Arbeit für Menschen aller Nationalitäten – für ein gemeinsames Leben im Kiez. Interessierte wies Jochen Reibeling auch auf die Webseite www.hildie-lichtenberg.de hin.

Die Aktivitäten aus einer anderen Einrichtung, dem Nachbarschaftszentrum ufafabrik in Tempelhof, schilderte Angelika Benzin:

Im Nachbarschaftszentrum sei neben der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/innen die Öffnung des Nachbarschaftszentrums für die Gesundheitsthemen der Nutzer/innen, hier speziell älterer Menschen, seit vielen Jahren eine gelebte Praxis. Der Auftrag bestehe darin, die bestehenden Gruppen kontinuierlich zu prüfen und – entsprechend der Nachfrage älterer Menschen – anzupassen. Oberstes Ziel sei auch hier Hilfe zur Selbsthilfe.



Aktuell teile sich das Angebot für ältere Menschen wie folgt auf:

- Ambulanter Pflegedienst: Seit 18 Jahren gibt es fest installierte Einrichtungen auf dem Gelände der ufafabrik. Diese beinhalten die Hauspflege und Hauskrankenpflege. (8 examinierte Pflegekräfte, 3 Familienpflegehelfer/innen)
- Sprachangebot: Seit 3 Jahren wird Englisch 60+ und seit 5 Jahren Spanisch 60+ (einmal wöchentlich für 1,5 Std.) angeboten
- Kreativität: Hier gibt es die Angebote Patchwork (seit einem Jahr) und einen Schneiderkurs (Generationenübergreifend seit 5 Jahren)
- Kommunikation: Es gibt einen Bauernhofclub, seit 11 Jahren treffen sich ältere Menschen und kochen für jüngere. In einem Generationengarten bauen ältere und jüngere Menschen zusammen einen Garten auf
- Gesundheits- und Präventionskurse: Angeboten wird Hatha-Yoga 55+, Rückenfit 50+, Qi Gong, Tai Chi Chuan, Gymnastik bei rheumatischen Beschwerden, Progressive Muskelentspannung, Nordic Walking sowie Autogenes Training.
- Selbsthilfe: Es hat sich seit 12 Jahren ein Tauschring etabliert, es finden Treffen von Angehörigen Demenzkranker, Menschen mit Depressionen und sowie GIST- Selbsthilfegruppen (Gastrointestinale Stromatumore) statt
- Beratung: Ein vielfältiges Beratungsangebot zur Lebens- und psychosozialen Beratung, Rechtsberatung, zweisprachigen Sozial- und Ernährungsberatung älterer Menschen wird angeboten

Darüber hinaus werde das ehrenamtliche Engagement im Stadtteil unterstützt.

Aus dem Stadtteilzentrum „Frei-Zeit-Haus Weißensee“ Pankow berichtete Christof Lewek:

Das Frei-Zeit-Haus ist vor 20 Jahren in der Wendezeit aus einer Initiative von Senior/innen entstanden. Insofern spiele die Arbeit mit Senior/innen seitdem eine große Rolle. Schwerpunkte sind kreative Angebote, der Gesundheits- und Selbsthilfebereich und die Familienbildungsstrecke. Wobei die Altersgruppen immer nur eine „vorläufige“ Rolle spielten, denn eines der wichtigsten Ziele sei es, die Generationen zusammenzubringen.

Christof Lewek nannte einige zentrale Aspekte, die die Arbeit des Frei-Zeit-Haus Weißensee bestimmen:

1. Man hat es heute deutlich mit zwei Generationen von Seniorinnen und Senioren zu tun. In der Unterscheidung geht es weniger um konkrete Altersangaben, sondern um Lebensgefühle, um Bedürfnisse, um das Selbstverständnis der Älteren, um das Wohlfühlen. Die meist jüngeren Senioren sind geprägt von dem Bedürfnis nach Bewegung, Kreativität, Lust auf Neues, Teilhabe an der Gesellschaft. Bei der älteren Seniorengeneration ist ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Mitteilung, Weitergabe von Informationen, Erfahrungen zu spüren, und oftmals komme dazu das Bedürfnis nach Wärme und Nähe. Das Bedürfnis nach Teilhabe besteht auch hier, doch eher konkreter – an Familie, an Gruppen (Familienersatz), am und im Freundeskreis.
2. Eine weitere Voraussetzung der Arbeit ist, dass das Bewusstsein um die Ganzheit des eigenen Daseins wächst (bzw. bei den Älteren angekommen ist). Das Bewusstsein darum, dass die Dinge zusammengehören – Psyche und Körper, der Gemütszustand und die Grippe usw. Dies ist in den Teilnehmerzahlen zu spüren: Bei der Ernährungsberatung, bei Vorträgen wie „Was macht uns sauer?“ oder „Positiv denken“. Vor zwei bis drei Jahren wurden diese Vortrags- und Gesprächsrunden ausschließlich von Jüngeren (meist Müttern in der Erziehungszeit) besucht, inzwischen gehören ca. 30 – 50% der Interessierter der Altersgruppe 45 – 60 Jährigen an.
3. Unmittelbar in der Arbeit mit Senior/innen wird der Part des Freizeithauses in der niedrigschwelligen Information und Aufklärung gesehen. Die Besucher und Nutzer der Angebote können sich in kleinen Gesprächsrunden mit Fachleuten kundig machen und werden in Gesundheitsfragen selbstständig: Der Optiker, der neue Entwicklungen vorstellt. Impfen ja oder nein? Wie wichtig sind Nahrungsergänzungstoffe? Vitamine per Tablette? – und andere Themen. Die Aufgabe als Organisatoren besteht hierbei insbesondere in der Vernetzung zwischen den Fachleuten und den Stadtteilbewohnern.

Daraus ergebe sich ein weiterer Punkt: Als ein wichtiges Ziel der Arbeit wird im näheren und weiteren Sinn die Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. Das gehe in diesem Bereich damit los, dass die Besucher/innen und Nutzer/innen selber über die Inhalte, auch für Vorträge und Gesprächsrunden, mitentscheiden. Unter Umständen übernehmen sie selber die Organisation mit Unterstützung des Freizeithauses. Die Gesprächsrunden sind klein und damit informativer. In diesen Zusammenhang gehöre auch der große Bereich der Selbsthilfegruppen, die an die Stadtteilzentren angegliedert sind.

Eva Bittner vom Nachbarschaftsheim Schöneberg stellte unter anderem das dort angesiedelte Projekt „Theater der Erfahrung“ vor: Das Theater der Erfahrung ist ein EU-Projekt und wendet sich an Ältere,



die relativ fit und unternehmungslustig sind. Es wird versucht in verschiedenen Berliner Stadtteilzentren Gruppen aufzubauen, die dann ortsnah in dem Kiez aktiv werden. Eine Aufführung des Theaters beendete auch die diesjährige Landesgesundheitskonferenz. Eva Bittner betont, dass es nicht nur darum ginge Theater zu spielen. Im Nachbarschaftsheim am Lietzensee hat sich z.B. eine Drum-Circle-Gruppe entwickelt, also 25 – 30 ältere Menschen, die zusammen mit großer Leidenschaft trommeln. Alles – die Themen, das Genre usw. – werden von den älteren Menschen selber entwickelt und zusammengestellt. Das sei der wichtigste Grundbaustein in dieser Arbeit. Dabei werde auch die Nähe zur Ausbildung gesucht: Eine Kollegin von Eva Bittner ist Dozentin an der Alice-Salomon-Hochschule, wo sie versucht die Student/innen dafür zu sensibilisieren sich auf ältere Menschen einzustellen und sie wichtig zu nehmen.

Ein weiteres generationsübergreifendes Projekt ist „Schule des Lebens“. Hier gehen die Mitarbeiter des Projektes mit den älteren Menschen in die Schulen und versuchen dort Projektwochen mit Kindern und Jugendlichen zu machen. Generell sei dabei zu beobachten, dass die kreative Betätigung eine enorme gesundheitsförderliche Wirkung habe. Theater spielen, trommeln oder singen halte den Geist und den Körper fit und bereite Freude. Daher betreiben die Stadtteilzentren, die in dem Verbund „Kreative Potenziale des Alters“ beteiligt sind, seit drei Jahren auch ein Netzwerk, in dem dieser Bereich der neuen Seniorenarbeit ausgetauscht wird.

Michael von Jan, ebenfalls vom Nachbarschaftsheim Schöneberg, berichtete über ehrenamtliche Besuchsdienste. Einer dieser Besuchsdienste richtet sich an demenzkranke Menschen, der andere an ältere und pflegebedürftige Menschen. Bedürftige Menschen die besucht werden wollen, können dort anfragen und ihre Erwartungen und Wünsche äußern. Während der Besuche werden überwiegend Spaziergänge gemacht, manchmal auch Bewegungsübungen, wodurch auch das soziale Zusammensein gefördert werde. Auch für die Ehrenamtlichen sei es eine sehr bestätigende Angelegenheit, sie fühlten sich psychisch, körperlich und sozial aufgewertet.

Michael von Jan koordiniert zudem den Treffpunkt 50 plus, bei dem sich Gruppen von Älteren zu Kursen und Veranstaltungen treffen, welche z. T. auch von Älteren angeboten werden. Die 20 Gruppen die sich bereits gebildet haben, sind alle selbstverwaltet, d.h. sie organisieren sich selbst, meist indem sich Ehrenamtliche finden, die einen bestimmten Kurs anbieten möchten, z. B. eine Wandergruppe. Es gebe auch Kreativgruppen, von Basteln über Malen und Schreiben, die z. T. auch in die Öffentlichkeit gehen. Michael von Jan betont die Bedeutung der Einbeziehung von Demenzkranken und plant daher im Nachbarschaftsheim Schöneberg Demenzgruppen anzubieten. Bislang gebe es nur wenige

Beispiele, bei den Demenzkranke tatsächlich in das öffentliche Leben integriert sind.

Von den Erfahrungen aus einem Mehrgenerationenhaus berichtete die Leiterin des Caritas Mehr-Generationen Hauses in Charlottenburg, Hannelore Tretter-Bechstein:

Allein im Jahr 2009 wurden im Caritas Mehr-Generationen Haus in Charlottenburg 166 Kurse für die Generation 50 plus angeboten. Die Hälfte der Kurse befasst sich mit der Vermittlung von Computerkenntnissen. Die andere Hälfte sind Kurse, wie Sport, Sprache, Nähen, Kunst oder Kochen. Der sportliche Bereich besteht aus Gymnastik, Tai Chi, Nordic-Walking und Rückenschule. Das Angebot hängt immer sehr stark von den Kenntnissen, Fähigkeiten und Kompetenzen der Ehrenamtlichen ab, welche diese Kurse anleiten. Hannelore Tretter-Bechstein betonte, dass ein großes Problem darin bestehe, dass mehr Personal im hauptamtlichen Bereich notwendig sei. Bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit oder Gewinnung von Teilnehmer/innen sei es hilfreich, sich nach bestehenden Arbeitskreisen des Bezirksamts zu erkundigen. Charlottenburg habe z.B. den Arbeitskreis „Altersfragen“, der ein gutes Vernetzungsgremium sei. Außerdem könnten die kostenlosen Kiezzeitungen dafür genutzt werden, um Artikel zu veröffentlichen, die von sehr vielen Leuten auch gelesen werden.



Aus der bezirklichen Perspektive berichtete Michael Räßler-Wolff, Gesundheitsstadtrat im Bezirksamt Lichtenberg:

Das Bezirksamt Lichtenberg hat sich in den vergangenen Jahren mit dem Thema Seniorengesundheit auf verschiedenen Konferenzen beschäftigt, darunter auch eine Männergesundheitskonferenz 55 plus. In Lichtenberg gibt es die soziokulturellen Zentren, welche in ehemaligen Kindertagesstätten und Schulen angesiedelt sind und in die der Bezirk einige einhunderttausend Euro im Jahr investiert, um eine Grundausstattung an personellen Ressourcen zu gewährleisten.

Im Bereich der Männergesundheit gibt es in Lichtenberg Angebote, wie z.B. Rückenschule oder Wassergymnastik, die aber leider viel zu wenig von Männern wahrgenommen würden. Diese Inanspruchnahme zu verbessern sei ein Bereich, den der Bezirk in Zukunft verstärkt angehen werde. Zudem bestünden Überlegungen, wie in den soziokulturellen Zentren auch Menschen mit Beeinträchtigungen in die ganz normalen Angebote mit einbezogen werden könnten, so z.B. Patient/innen, die nach einer psychiatrischen Behandlung nach Hause entlassen werden und die wieder in den Alltag integriert werden sollen.

Zur Finanzierung werden neben einer Grundfinanzierung für Personal und Immobilien durch den Bezirk auch andere Geldquellen, wie z.B.

Mittel aus dem Jugendamt genutzt, die Angebote für junge Leute in den Zentren finanzieren. Daneben gebe es die Möglichkeit, im Rahmen von MAE-Anträgen (Mehraufwandsentschädigung) zusätzliche Ressourcen zu akquirieren. Verstärkt genutzt würde auch die Bereitschaft von Wohnungsbaugesellschaften oder Einkaufszentren sich finanziell zu beteiligen. Für diese Geldgeber eröffne sich durch die Finanzierungshilfe die Möglichkeit ein gutes Image zu pflegen, sich in der Nachbarschaft zu verwurzeln und im Kiez gut anerkannt zu sein.

Schließlich weist Michael Räßler-Wolff auf den Tag des Ehrenamtes hin, der seit sechs Jahren in Lichtenberg durchgeführt werde. Hier empfängt die Bezirksbürgermeisterin Ehrenamtliche und überreicht diesen Ehrenurkunden oder die Bürgermedaille. So werde eine gute Wertschätzung und Anerkennungskultur des Ehrenamtes geschaffen.

Im Anschluss ging Ulrika Zabel vom Kompetenz Zentrum „Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ (AWO+Caritas), auf die sehr heterogene Gruppe der älteren Migrant/innen ein:

Die Gesundheit von Zuwanderer/innen der ersten Generation erscheint in unterschiedlicher Befindlichkeit. So nähmen diese beispielsweise Rehabilitationsmaßnahmen in deutlich geringerem Maße in Anspruch als die einheimische ältere Bevölkerung. Angesichts der Heterogenität der zugewanderten Menschen müsse eigenverantwortliches Mitwirken für die Gesundheit unter vielen Aspekten gesehen werden. In entsprechend zielgruppenspezifischen Einrichtungen im direkten Wohnumfeld nähmen ältere zugewanderte Menschen Gesundheitsangebote in Anspruch. Dies könne dann nachhaltigen Erfolg haben, wenn die zugewanderten Menschen selbst ihre Rolle bei der Verbesserung von gesunderhaltenden Maßnahmen einnehmen könnten und die Möglichkeit erhielten, eigene Erfahrungen einzubringen. Auch für die Zuwanderer/innen gelte, dass eine aktive und eigenverantwortliche Mitwirkung an ihrer gesundheitlichen Versorgung für sie selbst einen ganz wesentlichen Gesundheitsfaktor darstellt. Sie möchten nicht nur Objekte der Gesundheitsbemühungen der Aufnahmegesellschaft sein, sondern auch Subjekte ihres eigenen, auf Gesundheit bezogenen Handelns. Nicht zuletzt könne eine geschlechter- und bedarfsgerechte Versorgung älterer zugewandeter Menschen durch nachgehende und aufsuchende Angebote erreicht werden.

Diskussion

Als eine besondere Herausforderung wird benannt, dass die Mitgliederzahlen in den einzelnen Angeboten zum Teil schwinden. Die nachrückende Generation, also die sogenannten jüngeren Alten, nehmen die bestehenden Angebote oftmals nicht an. Ein Diskutant drückte dies so aus:

„Sie kommen nicht zu Gesellschaftsspielen, oder sie kommen nicht zu Osteoporose-Gymnastik. Wir haben eine kleine Lücke. Das haben wir in den schwindenden Teilnehmerzahlen gemerkt. Da müssen wir neue Angebote machen“.

Diese Erfahrungen machen viele Einrichtungen. Ein anderer Teilnehmer schildert:

„Eine Erfahrung ist sogar, dass es wieder von vorne losgehen muss. Das Alte fällt zum Teil hinten runter, weil die Generation immer weniger wird. Es ist nicht so, dass das bestehende Angebot von der jüngeren Generation der Älteren übernommen werde. Das funktioniert nicht. Das sind andere Lebensgefühle, andere Lebenserfahrungen. Das ist hart und bitter für die Älteren, denn z. T. ist es so, dass die Gründergeneration, die vor 20 Jahren dieses Haus aufgebaut hat und sehr

damit verbunden ist, zusehen muss, wie es einfach abstirbt. Was über 20 Jahre gut und richtig gelaufen ist wollen und können die Jüngeren nicht übernehmen. Was bei uns in der jüngeren Generation ganz gut läuft sind kreative Angebote, wie Chorsingen oder Gesellschaftstanz. Ich würde es dann nicht mehr Seniorenangebote nennen, das findet keine große Akzeptanz, sondern es sind eben bestimmte Angebote an jene, die so etwas suchen, z. B. die Aquarellmalgruppe.“

Ein Schlüssel für die Akzeptanz der Angebote ist, dass die Teilnehmer/innen diese selber entwickeln. Hier haben die meisten Stadtteilzentren und Projekte sehr gute Erfahrungen gemacht.

Doch nicht nur die Angebote an neue, nachwachsende Zielgruppen zu richten ist eine Herausforderung, sondern auch ältere Menschen zu erreichen, die die Angebote nicht kennen oder zunächst Motivationshilfe brauchen um diese zu nutzen. Es wird die Frage aufgeworfen wie diejenigen erreicht werden können, die schon eine Idee im Kopf haben, aber nicht das Selbstmanagement haben, schon mit einem Konzept in eine Einrichtung zu gehen und zu sagen: Das will ich!

Eine Möglichkeit diese Menschen einzubinden schilderte eine Teilnehmerin, wie folgt:

„Ich denke, das Zauberwort, das dazu gesprochen worden ist, heißt „zugehende Art“. Nur so sind jene zu erreichen, die irgendwo bescheiden auf einem Einkaufszentrumsplatz sitzen. Wenn man mal in die Einkaufszentren geht, da sitzen viele. Wenn man sich einfach dazu setzt – ich habe das einfach mal im Märkischen Viertel gemacht und habe einfach mal ein bisschen abgefragt: Wie geht es denn so? Was wissen Sie von hier? Was wissen Sie von der Nachbarschaftsetage im GESO-Bau? Dann haben einige gesagt: „Ja, wir haben schon gehört – Nachbarschaftsetage, aber wie und wo kann man mitmachen?“

Von ähnlichen Erfahrungen berichtete eine andere DiskutantIn aus einem Stadtteilzentrum:

„Wir sind dazu übergegangen „Seniorenstreet-Work“ zu machen. Das heißt, dass wir wirklich in die Parks gegangen sind und in die Einkaufszentren und Leute angesprochen haben. Es hört sich ein bisschen komisch an, aber es hat wunderbar funktioniert. Das hat einladend gewirkt, wenn Ältere losmarschieren und andere Ältere ansprechen und sie damit vertraut machen, dass um die Ecke ein Haus ist, wo man das und das vor hat. Man darf sich einfach nicht komisch vorkommen, wenn man etwas ausschwärmt in dem Bezirk.“

Ein weiterer Lösungsansatz liegt in der Vernetzung der Angebote und Einrichtungen mit anderen Akteuren aus dem Stadtteil. Vernetzung darf jedoch nicht zum Selbstzweck werden, um mit den eigenen personellen und zeitlichen Ressourcen zu haushalten, dies betonte die Mehrzahl der Teilnehmer/innen.

„In vielen anderen Netzwerken hat man das Gefühl, sie bestehen um ihrer selbst Willen und nicht, um irgendwie etwas Praktisches zu bewegen. Daher muss es eine Vernetzung mit Multiplikatoren sein, so dass es dann weiter wirkt, und ich mit einem größeren Kreis von Menschen mehr erreichen kann. Oder ich nehme Netzwerke wahr, wenn es wirklich um fachliche Dinge geht, die mir selber in der Arbeit helfen. Dann bin ich auch bereit, in so ein neues Netzwerk einzusteigen – wie auch immer.“

Dennoch wird in einer besseren Vernetzung mit anderen Strukturen ein hohes Potenzial gesehen neue Menschen anzusprechen aber auch gute Erfahrungen untereinander auszutauschen, was auch als „eine Art

interner Weiterbildung“ verstanden wird.

Eine Empfehlung war, dass sich die Nachbarschaftszentren mit den neu errichteten Pflegestützpunkten, die aus den Koordinierungsstellen „Rund um das Alter“ hervorgehen, stärker vernetzten, bzw. besonders vernetzt werden. Gleichzeitig sollte man auch die bezirklichen Ehrenamtbüros einbeziehen, da diese von einer großen Zahl von Menschen aufgesucht werden, die auf der Suche nach einer ehrenamtlichen Tätigkeit sind.

Ein anderer Hinweis zielte auf das stark ausgeprägte Vereinswesen in Berlin. Auf die Vereine zuzugehen, die eigene Arbeit vorzustellen, sich gegenseitig zu unterstützen sei für beide Seiten gewinnbringend. Zudem wurde die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Trägern und Bezirksämtern hervorgehoben.

Thema der Diskussion waren auch finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten für bedürftige Teilnehmer/innen oder selbstinitiierte Projekte, Aufwandsentschädigungen und die Förderung einer Annerkennungskultur für die große Zahl der Ehrenamtlichen, die in die Arbeit der Einrichtungen eingebunden sind. Insgesamt können in der Regel nur geringe Aufwandsentschädigungen gezahlt werden. Meist ist dies die Erstattung des Fahrtgeldes oder eine Pauschale für Ehrenamtliche in Besuchsdiensten.

Zentral wird eine wertschätzende Annerkennungskultur betrachtet: Dies könne die Einladung zu einem Essen mit dem Bezirksbürgermeister oder Stadtrat sein, die Möglichkeit Fortbildungen anzunehmen oder dass über die ehrenamtliche Arbeit in der Zeitung berichtet wird. Ehrenamtliche Arbeit einzubinden, auch das wurde betont, bedeute auch, dass diese Personen durch Hauptamtliche begleitet und unterstützt werden. Gerade bei den geringeren Personalressourcen ist dies eine große Herausforderung, bei der die Akteure sich auch mehr finanzielle Unterstützung für die Arbeit in den Einrichtungen wünschen würden. So fehle auch häufig das Geld um die Menschen, die über wenig monetäre Mittel verfügen, finanziell bei der Wahrnehmung der Angebote zu unterstützen. blematiken für geriatrische Patient/innen am Übergang von Versorgungs- und Betreuungsangeboten abzubauen.

Fachforum V: Workshop „Berlin bewegen – Bewegungsförderung als Ressource für ein gesundes Altern“

Teilnehmer/innen:

Annett Biernath, degewo AG (Wohnungsgesellschaft)/ Dr. Sandra Born, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin/ Bernd Holm, Senatsverwaltung für Inneres und Sport/ Dr. Brigitte Jammer, Altenzentrum „Erfülltes Leben“/ Gabriele Wrede, Landessportbund Berlin e. V./ Holger Kühne, Victor-Gollancz-VHS Steglitz-Zehlendorf/ Annett Schmok, Zentrum für Bewegungsförderung Berlin-Brandenburg/ Dr. Jürgen Wismach, Berliner Sportärztebund e.V.

Hintergrund

Im Jahr 2009 hat eine Arbeitsgruppe der Landesgesundheitskonferenz Berlin damit begonnen, Gesundheitsziele für ältere Menschen zu erarbeiten. Die Förderung körperlicher Aktivität wurde in diesem Prozess als eines der Themenfelder benannt, das vertiefend bearbeitet werden soll. Dazu wurde bereits im Oktober 2009 unter Moderation des Zentrums für Bewegungsförderung Berlin ein Roundtable-Gespräch mit Akteuren aus dem Handlungsfeld Bewegung und Sport durchgeführt. Im Ergebnis dieses Treffens wurde deutlich, dass bereits viele Bewegungsangebote in Berlin existieren, es z. T. jedoch an der Vernetzung zwischen den Anbietern mangelt und die Angebote bei einigen Zielgruppen nicht bekannt sind. Einigkeit bestand darin, dass der weitere Fokus auf den Zielgruppen liegen sollte, die bisher noch nicht von Bewegungsangeboten erreicht wurden.

Auf der 6. Landesgesundheitskonferenz Berlin „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter“ wurde wiederum unter Moderation des Zentrums für Bewegungsförderung Berlin-Brandenburg das Fachforum V „Berlin bewegen – Bewegungsförderung als Ressource für ein gesundes Altern“ durchgeführt. Ziel war, die bisherigen Ergebnisse aus dem Gesundheitszielprozess mit vielen weiteren engagierten Akteuren zu diskutieren.

Ergebnisse

Zu Beginn des Fachforums gab Dr. Jürgen Wismach vom Berliner Sportärztebund einen Überblick über die Bedeutung von Sport und Bewegung für die Gesundheit im Alter. In seinen Ausführungen machte der Referent deutlich, dass Bewegung aus medizinischer Sicht grundsätzlich in jeder Form sinnvoll und auch gesundheitsförderlich ist. Im Hinblick auf die Zunahme von Erkrankungen mit steigendem Lebensalter haben entsprechende Präventionsmaßnahmen einen positiven Einfluss auf den Entstehungszeitpunkt typischer Alterserkrankungen, wie Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Rückenbeschwerden. In diesem Zusammenhang werden Bewegungsarmut und Übergewicht als wesentliche Risikofaktoren angesehen. Um diesen Risikofaktoren entgegen zu wirken, werden wiederum Sport- und Bewegungsangebote durch Dr. Wismach als bedeutsame Präventionsmaßnahmen hervorgehoben. Die Kampagne „Berlin kommt auf die Beine“ greift diesen Gedanken auf, in dem Ärzte auf die Gesundheit und die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmte Rezepte

für Bewegung ausstellen. Diesbezüglich macht der Referent ausdrücklich darauf aufmerksam, dass es effizienter sei, nach den Wünschen und Vorstellungen der Menschen zu fragen, als ihnen ungefragt etwas zu diktieren.

Grundsätzlich wird die Erreichbarkeit von sozial Benachteiligten für Sport- und Bewegungsangebote von Turn- und Sportvereinen als schwierig eingestuft. Um Menschen in schwierigen sozialen Lagen für Bewegung und Sport zu motivieren, arbeitet der Landessportbund (LSB) u. a. mit Akteuren aus dem Kiez (z. B. Seniorenresidenzen), niedergelassenen Ärzten/innen und Bürgern/innen vor Ort zusammen. Insgesamt werden aufsuchende Strategien im Hinblick auf die Erreichbarkeit von älteren Menschen als zunehmend effektiver wahrgenommen und auch umgesetzt.



Bernd Holm aus der Senatsverwaltung für Inneres und Sport gab in seinem Beitrag einen Einblick in das Sportverhalten der Berliner Bevölkerung. Datengrundlage der Ausführungen ist eine groß angelegte repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Sportverhalten, die im Jahr 2006 im Auftrag der Senatsverwaltung für Inneres und Sport vom Amt für Statistik Berlin/ Brandenburg durchgeführt wurde. In die Stichprobe gingen Berlinerinnen und Berliner ab dem 10. Lebensjahr ein. Der Begriff „Sport“ wurde in der Befragung sehr breit gefasst. Alle Formen von Bewegungsaktivitäten wurden unter dem Terminus „Sport“ subsumiert.

Nachfolgend werden zunächst die allgemeinen Ergebnisse der Studie genannt und anschließend das Sportverhalten der älteren Menschen dargestellt.

Wie hoch ist der Anteil der Sportaktiven?

- Regelmäßig treiben 61 Prozent der Berlinerinnen und Berliner Sport. Männer etwas mehr als Frauen.
- Die Sportaktivität ist am höchsten bei den 10 – 18-Jährigen und nimmt mit zunehmendem Lebensalter allmählich ab. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen sinkt die Quote dann mit einem deutlichen Sprung. Interessant ist dabei, dass die männliche Sportaktivität in den Altersgruppen bis 30 Jahre höher ist, und danach die weibliche Aktivität überwiegt. Bei den über 65-Jährigen wiederum, gibt es einen Vorsprung bei den Männern.



Welche Sportformen sind am beliebtesten?

■ In der Hitliste der Berlinerinnen und Berliner liegen vorn:

- Rad fahren
- Schwimmen
- Laufen/Joggen
- Fitness
- Fußball

■ Eine Betrachtung der beliebtesten Sportformen der Älteren zeigt zunächst dasselbe Bild: Bei den über 40-Jährigen fällt der Fußball zurück und den Platz nimmt das Wandern ein.

Bei den über 65-Jährigen wird dann das Fitnesstraining durch Gymnastik verdrängt und vor das Laufen/Joggen schiebt sich das Spazierengehen. Wenn wir nun die Geschlechter genauer betrachten, sehen wir in der Altersgruppe von 41 bis 65 Jahren keine Besonderheiten bei den Top-5-Sportformen. Wenn wir den Blick auf die 10 beliebtesten Sportformen weiten, dann gibt es in dieser Altersgruppe klare Präferenzen bei den Frauen für Gymnastik, Nordic Walking und Spazierengehen, während der Fußball – wenn auch nur noch auf Platz 9 – eine Männerdomäne ist. Ab einem Alter von über 65 Jahren zeigen sich bei den Frauen starke Präferenzen für Gymnastik, Schwimmen, Wassergymnastik und Tanzen, während Männer mehr als die Frauen das Wandern und das Laufen bevorzugen.

Wo wird Sport getrieben?

■ Bei den Orten der Sportausübung ist festzustellen, dass die weitaus meisten Aktivitäten draußen in der Natur, in Parks oder auf Straßen und Plätzen stattfinden, nämlich fast 50 Prozent aller Aktivitäten. Die andere knappe Hälfte der Aktivitäten findet in extra für Sport vorgehaltenen Anlagen statt (Sportplätze, Hallen, Bäder, Fitnesscenter etc). Gut 11 Prozent der Aktivitäten werden zu Hause durchgeführt.

■ In der näheren Betrachtung sehen wir, dass die Altersgruppen ab 41 Jahren in der Natur überdurchschnittlich und auf der Straße unterdurchschnittlich vertreten sind.

Bei den über 65-Jährigen wurden darüber hinaus folgende Orte als sehr wichtig genannt: das Zuhause und das Schwimmbad – dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen.

Im Sportverein oder woanders?

■ Etwa zwei Drittel aller Aktivitäten werden nicht vom Verein oder vom Fitnesscenter angeboten, sondern erfolgen in Form der Selbstorganisation. Die kommerziellen Anbieter organisieren ca. 15 Prozent

und die Sportvereine 12 Prozent aller Aktivitäten. Alles andere sind Restgrößen.

■ Bei der Betrachtung der Älteren stellen wir fest, dass in der Gruppe der 41 – 65-Jährigen die Verteilung der, der Gesamtbevölkerung entspricht. Bei den über 65-Jährigen kehren sich die Anteile von Sportvereinen und kommerziellen Anbietern um. Der Verein ist derzeit noch wichtiger. Bei der Betrachtung nach Geschlecht lohnt es sich, wiederum auf die Verteilung zwischen Vereinen und kommerziellen Anbietern zu achten. Bei Männern wie bei Frauen nimmt der Anteil der Vereinsaktivitäten mit zunehmendem Alter zu und der Anteil der kommerziellen Anbieter ab. Während bei den Männern über 65 der Sportverein vor dem Fitnesscenter liegt, haben Frauen jeden Alters (mit Ausnahme der Mädchen bis 18) eine Präferenz für das kommerzielle Angebot

Warum treiben wir Sport?

■ Bei Männern wie bei Frauen dominierten die Motive „Gesundheit/Fitness“. Danach folgt als Begründung für das Sporttreiben „Spaß“. Erst am Ende der Skala findet man das Motiv Leistung/Wettkampf!“ – noch am ehesten beim männlichen Geschlecht.

■ Die Motive ändern sich mit den Lebensphasen. Bei Kindern und Jugendlichen spielen insbesondere der Leistungs- und Wettkampfgedanke und das Zusammensein mit anderen eine herausragende Rolle. Mit zunehmendem Alter geht dieser Grund zugunsten der anderen Motive zurück. Bei den über 65-Jährigen ist eine Krankheit die vorherrschende Begründung, keinen Sport zu treiben.

Berlinerinnen und Berliner mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit?¹

■ Insgesamt ist die Sportaktivität der nichtdeutschen Bevölkerung erkennbar geringer. Das zeigt sich nicht nur an der Quote der regelmäßig sporttreibenden Menschen, sondern auch im für den Sport aufgewendeten Stundenbudget.

■ Während das Aktivitätsniveau bei den Kindern und Jugendlichen noch annähernd vergleichbar zur Gesamtbevölkerung ist, wird der Abstand mit zunehmendem Alter größer. Er beträgt bei den über 65-Jährigen rund 8 Prozent.

■ Ein weiterer erkennbarer Unterschied besteht bei der Organisationsform. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist der Anteil des privat organisierten Sports größer als der, der im Verein organisiert wird.

■ Altersspezifische Aussagen liegen uns hier nicht vor.

Zusammenfassung:

■ Die Hälfte der älteren Berlinerinnen und Berliner sind sportlich nicht aktiv, diese gilt es zu gewinnen!

■ Besondere Zielgruppe sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund, deren Sportaktivität weit hinter der Gesamtbevölkerung zurückbleibt.

■ Da das Gesundheitsbewusstsein das Hauptmotiv der älteren Menschen ist, sind entsprechend ausgerichtete Angebote besonders erfolgreich. Sport- und Gesundheitsverwaltung sollten hier zusammenarbeiten.

¹ Zum Zeitpunkt der Befragung war das statistische Merkmal „Migrationshintergrund“ noch nicht auswertbar

- Sportvereine und öffentliche Sportanlagen sind für ein vielfältiges und anspruchsvolles Angebot wichtig, aber für die Mehrheit scheint ein privates Sportengagement im öffentlichen Raum, in Stadt und Natur ausreichend zu sein.

Bei den Sportanlagen sind für die älteren Menschen die Bäder am wichtigsten. Diese sollten also nicht nur am Spaßbedürfnis der jungen Familien ausgerichtet werden.

Nach der vorausgegangenen Einführung in die Thematik richtet die Moderatorin das Wort an die Akteure, um Einblicke in die Praxis zu geben. Zu diesem Zweck werden konkrete Bewegungsangebote dargestellt und darüber hinaus über die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und der Zielgruppe berichtet.

Dr. Sandra Born vom Bezirksamt Lichtenberg stellte in ihrem Beitrag zunächst die Studie „Sturzprävention von Senioren – Ergebnisse einer Fragebogenerhebung im Bezirk Lichtenberg“ vor und ging anschließend näher auf das Projekt der Spaziergangspaten ein. Im Bezirk Lichtenberg leben derzeit 50.225 Menschen, die 65 Jahre und älter sind. Das entspricht einem Anteil von 20 Prozent von der Gesamteinwohnerzahl. Eine Zahl, die in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird.



Auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wurde im Jahr 2008 die Studie „Sturzprävention für Senioren – Ergebnisse einer Fragebogenerhebung im Bezirk Lichtenberg“ durchgeführt. Im Fokus der Untersuchung stand die Frage, welche Angebote der Bezirk für die Gruppe der Senioren schaffen kann, insbesondere zur Sturzprävention. Auch wenn 44 Prozent der 400 befragten Seniorinnen und Senioren Angst vor einem Sturz haben, sind sie an körperlicher Bewegung interessiert. Fast 90 Prozent gehen gern spazieren. Spazierengehen fördert Körper und Geist, schult die Gangsicherheit, stärkt die Halte- und Stütz Muskulatur und begünstigt gesellschaftliche Kontakte, wirkt somit auch gegen Vereinsamungstendenzen im Alter.

Das Bedürfnis aufgreifend, dass sich fast die Hälfte der Befragten „Spaziergangsgruppen“ wünschen, entwickelte die Planungs- und Koordinierungsstelle zusammen mit dem Krankenhaus Elisabeth Herzberge, dem Sana-Klinikum Lichtenberg und der Hohenschönhauser Wohnungsbaugesellschaft ein Spaziergangspatenprogramm. Ziel ist es, aktive Seniorinnen und Senioren im dritten Lebensabschnitt als ehrenamtliche Spaziergangspaten zu gewinnen. Sie sollten in der Lage sein, Kleingruppen von max. 10 spaziergangswilligen Senioren/innen in einem kleinen Aktionsradius zu führen. Alle Spaziergangspaten/innen erhalten vor Beginn einen kostenlosen Basiskurs, in dem sie auf die Risikogruppe eingestellt werden. Um das Gesamtprojekt auf

eine breite Basis zu stellen, wurden auch alle Lichtenberger Soziokulturellen Zentren ins Boot geholt, die die Koordination der Laufgruppen vor Ort sicherstellen. Ziel ist es, Lichtenberger Spaziergangsgruppen als ein festes Bezirksangebot zu etablieren. Die Gruppen werden wohnortnah und kostenlos angeboten.

Weitere Einblicke in die Praxis lieferte der Beitrag von Dr. Brigitte Jammer vom Altenzentrum „Erfülltes Leben“. Grundsätzlich geht die Referentin davon aus, dass Bewegungsangebote den älteren Menschen mehr ermöglichen können, als nur reine physische Aktivität. Hinzu kommen kognitive Anregungen und soziale Kontakte. Von diesem Verständnis ausgehend, ist es leichter ältere Menschen für regelmäßige Bewegung zu motivieren.

Die Vernetzung der für Bewegungsangebote relevanten Akteure im Stadtteil spielt in der Tätigkeit der Referentin eine entscheidende Rolle. Krankenkassen, Apotheken, das Bezirksamt und die Soziokulturellen Zentren im Stadtteil Lichtenberg werden als Beispiele wichtiger Netzwerkpartner benannt. Aus der Kooperation der AOK und dem Seniorenheim „Abendsonne“ ist beispielsweise ein Projekt zur Sturzprävention entstanden.

Der kommunal-politischen Akzeptanz von Gesundheitsförderung und damit auch von Bewegungsförderung schreibt Frau Dr. Jammer eine essentielle Bedeutung zu. Diese bestimmt wesentlich den Erfolg und auch die Nachhaltigkeit von entsprechenden Projekten mit. In Lichtenberg ist es beispielsweise gelungen Gesundheitsförderung in die bezirkliche Altenhilfeplanung aufzunehmen.

Grundsätzlich und vor allem im Vergleich zur Zielgruppe der Kinder ist die Bewegungsförderung älterer Menschen noch zu wenig verortet und zu selten Inhalt von bezirklichen Analysen.

In Lichtenberg haben bislang viele Feste und Veranstaltungen stattgefunden, die Bewegung bei älteren Menschen in den Fokus genommen haben. Als ein Beispiel sind die Friedrichsfelder Gesundheitstage zu nennen. Öffentliche und „grüne“ Orte haben sich bei der Durchführung derartiger Veranstaltungen besonders bewährt. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Feste wohnortnah und praxisorientiert ausgerichtet sind.

Diese Anforderungen erfüllen auch Aktivspielplätze. In Lichtenberg wurden in Kooperation mit dem LSB und unter Bürgerbeteiligung zwei Aktivspielplätze aufgestellt. Die gesundheitswirksame und bewegungsförderliche Nutzung wird durch geschultes Personal sichergestellt. Zudem werden die Aktivspielplätze generationsübergreifend genutzt.

In diesem Zusammenhang weist Frau Dr. Born auf die geringen Teilnehmeraten von älteren Männern an den beschriebenen Bewegungsprojekten hin. Aus diesem Grund ruft die Referentin dazu auf, sich stärker damit zu beschäftigen, wie auch ältere Männer durch gesundheitsförderliche Maßnahmen erreicht werden können.

Christoph Stegemann vom Landessportbund Berlin bestätigt, dass die gesundheitsorientierten Bewegungsangebote eher Frauen als Männer ansprechen. Um mehr ältere Männer für die Angebote des Gesundheitssports zu motivieren, wurden ausgewählte Sportarten, wie z. B. Tischtennis altersgerecht und gesundheitswirksam modifiziert.

Annett Biernath von der degewo, einer Wohnungsbaugesellschaft in Berlin, stellte in ihrem Beitrag das Projekt der „Gropiusmeile“ genauer vor. Die Gropiusmeile ist ein Bewegungsparcour in der Gropiusstadt und entstand auf Grundlage der Idee, einen öffentlichen Raum der

Begegnung und Bewegung zu schaffen. Zu diesem Zweck kooperierte das Bezirksamt von Neukölln mit verschiedenen Wohnungsunternehmen und Sportvereinen. Die Finanzierung wurde von der degewo Berlin in Kooperation mit einer Projektagentur, die aus öffentlichen Geldern subventioniert wurde, geleistet.

Die Gropiusmeile besteht aus verschiedenen Stationen, die die unterschiedlichen Wohnungsunternehmen miteinander verbindet. Darüber hinaus wurden an zwei Standorten Sportgeräte aufgestellt, die die Mobilisierung verschiedener Körperbereiche ermöglichen. Für die Zukunft ist geplant, Angebote rund um den Parcours zu etablieren, wie z. B. Ernährungs- und gezielte Bewegungsangebote.

Das Projekt der Gropiusmeile befindet sich erst am Anfang. Die Umsetzung gestaltet sich nicht immer einfach und ist langwieriger als angenommen. Mängel in der Vernetzung und unzureichende Resonanz auf konkrete Angebote erschweren bislang die Etablierung des Bewegungs- und Begegnungsraums der Gropiusmeile.

Die Angebote der Gropiusmeile werden in der hiesigen Kiezzeitung, den Schaukästen der jeweiligen Wohnungsunternehmen und durch Flyer in den einzelnen Häusern der Gropiusstadt beworben.

Gabriele Wrede vom Landessportbund Berlin (LSB) stellte in ihrem Beitrag Bewegungsangebote und -projekte für ältere Menschen, die der LSB durchführt, vor.

Im Konzept des LSB stellen die „Bewegungsaktivplätze“ einen wesentlichen Baustein zur Bewegung älterer Menschen dar. Die Referentin weist darauf hin, dass es in Berlin bereits acht Bewegungsplätze dieser Art gibt, an deren Aufbau der LSB mitgewirkt hat.

Um die Erreichbarkeit von Angeboten der Sportvereine zu verbessern, weist die Referentin auf die Notwendigkeit der stärkeren Differenzierung der Alters- und Zielgruppen innerhalb der älteren Menschen (ab 50 Jahren) hin. Darüber hinaus betont Frau Wrede die Wichtigkeit von Netzwerken, um ältere Menschen zu erreichen. So gehen Übungsleiter des LSB in Senioreneinrichtungen und bieten dort Sport- und Bewegungskurse an.

Ein weiteres Beispiel ist das Projekt „Sport vor Ort“. Hier nutzen Sportvereine vor Ort leer stehende Räume, um ihre Sportangebote durchzuführen. Dazu gehen die Vereine u. a. Kooperationen mit Wohnungsbaugesellschaften ein. Die altersgerechte Adaptation von Sportspielarten soll ebenfalls dazu beitragen, ältere und bewegungsmotivierte Menschen die Ausübung von Sport und Bewegung zu ermöglichen. Das erfordert allerdings ein Umdenken und eine Relativierung des Leistungsgedankens in den Sportvereinen.

Ein weiteres Angebot des LSB für ältere Menschen sind Informationsveranstaltungen, auf denen sowohl ein fachlicher Input gegeben als auch ein Bewegungsangebot praktisch durchgeführt wird.

Holger Kühne, Programmbereichsleiter in der Victor-Gollancz-Volkshochschule Steglitz-Zehlendorf und Sprecher der Fachkommission Gesundheit der Berliner Volkshochschulen Zehlendorf, thematisierte in seinem Beitrag die Gesundheitsbildung an den Berliner Volkshochschulen.

Es gibt in Deutschland 1.000 Volkshochschulen, in Berlin eine pro Bezirk, also insgesamt zwölf. Fast 20 Prozent aller Kurse und Belegungen entfallen auf den Bereich Gesundheitsbildung, der damit in Berlin wie auch im übrigen Deutschland der zweitgrößte Programmbereich nach den Sprachkursen ist. Im Jahr 2008 haben die 12 Berliner Volkshochschulen im Bereich Gesundheitsbildung 3.120 Kurse durch-

geführt, die Anzahl der Belegungen betrug dabei 44.442. Volkshochschulen bieten eine breite Palette von Themen an: Gymnastik / Bewegung, Entspannung / Körpererfahrung, Ernährung / Kochen / Backen, Psychische Stabilität, Erkrankungen / Heilmethoden, Gesundheitspflege / Gesundheitswesen.

Der Bereich Gymnastik / Bewegung stellt dabei den größten Teilbereich dar und verzeichnete im Jahr 2008 in Berlin ca. 1.500 Kurse mit über 22.000 Belegungen. Angeboten werden: Wirbelsäulengymnastik und Rückenschule, Fitness-Kurse, Herz-Kreislauf-Training, Pilates, Sanfte Gymnastik, Aqua-Fitness, Walking und Nordic-Walking usw. Etwa ein Drittel dieser Angebote wird im Rahmen der Primärprävention (§ 20 SGB V) von den Krankenkassen bezuschusst.

Volkshochschulen sind allgemein und auch im Bereich der Gesundheitsbildung weiblich dominiert. 75 – 80 Prozent der Teilnehmenden sind Frauen. Als Einrichtungen der Erwachsenenbildung richten sich die Angebote der Volkshochschulen an Männer und Frauen ab den 15. Lebensjahr und erreichen insbesondere viele ältere und alte Menschen. Im Schnitt ist jede/r zweite Teilnehmer/in über 50 Jahre alt. Es gibt aber auch Kurse im Gesundheitsbereich, bei denen das Durchschnittsalter der Teilnehmer/innen weit über 70 Jahren liegt und die ältesten dabei durchaus Mitte 80 sind.

Volkshochschulen sind preisgünstig; das Kurssystem mit Kursen für meistens 8 bis 12 Termine hat zur Folge, dass man keine langfristigen Verpflichtungen oder Verträge eingehen muss. Trotzdem kommen viele Teilnehmende seit Jahren zur VHS. Preisbeispiel: Ein Gymnastikkurs mit 10 x 60 Minuten kostet 32,50 Euro. Es gibt Ermäßigungen für BerlinPass-Inhaber/innen (Sozialhilfeempfänger/innen, Hartz IV) sowie Auszubildende und Studenten.

Neben dem Preis ist aber auch die Leistung, d.h. die Qualität wichtig. Bereits im Jahr 1985 haben die Volkshochschulen den Rahmenplan Gesundheitsbildung vorgelegt und damit richtungweisende Konzepte formuliert. Die Berliner Volkshochschulen betreiben ein systematisches Qualitätsmanagement und sind zertifiziert nach der Methode LQW, der „Lernerorientierten Qualitätstestierung in der Weiterbildung“. Die Qualität der Angebote wird regelmäßig in Teilnehmerbefragungen evaluiert.

Volkshochschule macht gesünder! Ein Beleg für diese Behauptung ist die aktuelle Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) aus dem Jahr 2009. Im Auftrag des Deutschen Volkshochschulverbandes (DVV) und mit finanzieller Förderung des Bundesverbandes der Ersatzkassen (vdek) wurde die Wirksamkeit von Entspannungsangeboten in 132 Kursen mit über 1.000 Teilnehmenden überprüft. Die Befragung fand am Beginn, am Ende und 3 Monate nach Abschluss des Kurses statt.

Das erfreuliche Ergebnis war, dass die Kurse nachweislich die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessern sowie psychische und körperliche Beschwerden erheblich vermindern. Die Studie ist im Internet veröffentlicht unter www.dvv-vhs.de (Stichwort Abschlussbericht).

Abschließend hielt Herr Kühne fest, dass Volkshochschulen qualitativ hohe und trotzdem preisgünstige Angebote machen, die gut nachgefragt sind. Erreicht werden vor allem Frauen, insbesondere ältere und alte Menschen. Schlechter erreicht werden Männer und auch Menschen nichtdeutscher Herkunft. Hier haben die Volkshochschulen durchaus Nachholbedarf. Bereits heute arbeiten die Volkshochschulen mit vielen Kooperationspartnern zusammen und sind sehr interessiert an gemeinsamen Aktionen mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung.



Diskussion

In der Diskussion wurden Punkte herausgegriffen, die in den vorangegangenen Beiträgen der Referenten als Problembereiche identifiziert wurden.

■ Raumsituation in Berlin

Von mehreren Referent/innen und Teilnehmer/innen aus dem Publikum wurde ein Mangel an für Bewegung geeigneten Räumen benannt. Teilweise kommt erschwerend hinzu, dass die Kosten für vorhandene Räume steigen. Davon ausgehend regt Frau Schmok zu einem Austausch über positive Beispiele der Raumnutzung an.

Daraufhin wird auf die Wohnungsbaugenossenschaften Berlins hingewiesen, die traditionell über Gemeinschaftsräume verfügen und dadurch geeignete Ansprechpartner sind, um an geeignete Bewegungsräume zu gelangen. Das bestätigt auch Frau Biernath. Die degewo kann im Rahmen ihrer Möglichkeiten Räume zur Verfügung stellen, für die ggf. nur die Betriebskosten übernommen werden müssen. Einschränkung fügt die Referentin hinzu, dass in der Gropiusstadt zurzeit kaum leerstehende Räume existieren.

■ Einbindung von mehr älteren Migrant/innen

Die Einbindung von älteren Migranten gelingt mit Angeboten, wie z.B. Frauenfrühstück oder Bauchtanzabend. An dem Angebot der Spaziergangsgruppen haben bisher noch keine Migrant/innen teilgenommen. Die Volkshochschulen haben ebenfalls Probleme ältere Migrant/innen mit ihren Bewegungsangeboten zu erreichen. Aus diesem Grund erscheint die Auseinandersetzung zur Erstellung eines ansprechenden Bewegungsangebotes für Migrant/innen von großer Wichtigkeit.

■ Einbindung von mehr Männern

Die Einbindung von mehr Männern erscheint den Diskutant/innen schon deshalb als wichtig, da sie im Durchschnitt eine geringere Lebenserwartung als Frauen haben. Frau Dr. Born stellt in diesem Zusammenhang heraus, dass ältere Männer auf kommunaler Ebene noch zu wenig im Fokus stehen. In Lichtenberg wird deshalb demnächst ein lokaler Männer-Gesundheitsbericht erstellt.

Herr Dr. Wismach weist darauf hin, dass Männer vor allem über Ball- und Spielsportarten zu erreichen sind. Um der Verletzungsgefahr dieser Sportarten im Alter entgegen zu wirken, kann das Regelwerk entsprechend abgeändert werden.

Das Zurückgreifen auf klassische Instrumente, um ältere Männer zu erreichen, wird als möglicher Grund für die geringe oder fehlende Teilnahme von dieser Zielgruppe an Bewegungsangeboten aufgeführt.

■ Gesundheitsziele für ältere Menschen im Themenfeld Bewegung

Als Empfehlung für den weiteren Zielprozess werden genannt:

- Bewusstmachung persönlicher Ressourcen und Nutzung dieser zum Erhalt der eigenen Autonomie
- Aktivierung von älteren Menschen zur Vermeidung von Vereinsamung
- Motivation der Hälfte der nicht aktiven Berliner Seniorinnen und Senioren zur freudvollen Bewegung
- Schaffung von Bewegungsräumen für und Durchführung von generationsübergreifenden Sport- und Bewegungsangeboten
- Erhöhung der Bewegungsmöglichkeiten älterer Menschen im öffentlichen Raum

Abschlussdiskussion

Offene Abschlussdiskussion: „Demografischer Wandel, Migration, Gesundheit“

Podium:

Rainer-Maria Fritsch, Staatssekretär für Integration, Arbeit und Soziales / Meltem Baskaya, Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (AWO und Caritas) / Regina Saeger, Vorsitzende des Landessenorenbeirat Berlin / Martina Schmiedhofer, Gesundheitsstadträtin Charlottenburg-Wilmersdorf

Moderation: Carola Gold, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin

Zusammenfassung

Die Abschlussdiskussion zeigte, aufbauend auf die Diskussionen der Fachforen, die Herausforderungen auf, die sich für Berlin angesichts einer älter werdenden Bevölkerungsgruppe der Migrant/innen ergeben.

Die Moderatorin Carola Gold, Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin-Brandenburg führte mit leitenden Diskussionsfragen in die Runde ein:

- Welche Herausforderungen stellen sich in Berlin angesichts einer älter werdenden Migrantenpopulation?
- Was sind wichtige Aspekte, die bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch bei der Förderung von Gesundheit und Teilhabe berücksichtigt werden sollten?
- Welche gelungenen Beispiele einer kultursensiblen Versorgung/Gesundheitsförderung und Teilhabe gibt es bereits? Wie können diese in die Fläche gebracht werden?
- In welchen Handlungsfeldern hat Berlin den größten Entwicklungsbedarf? Welche (ressortübergreifenden) Strategien und Maßnahmen wären hier notwendig?



Martina Schmiedhofer, Stadträtin für Soziales und Gesundheit, Umwelt und Verkehr im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf lenkte den Blick zunächst auf das Wissen, dass wir über die gesundheitliche Situation von Migrant/innen haben. So sei die Zielgruppe der älteren Migrant/innen eine relativ „unsichtbare Zielgruppe“, d.h. es fehlt an vielen Stellen an Wissen über konkrete Lebenssituationen oder Unterstützungsbedarfe. Migrant/innen würden häufig einseitig als eine Bevölkerungsgruppe betrachtet, die aufgrund eines durchschnittlich niedrigeren sozioökonomischen Niveaus besonders von gesundheitlichen Problemlagen betroffen sei. Daher läge die Vermutung nahe, dass aufgrund des Zusammenhangs von sozialen Determinanten und dem Auftreten gesundheitlicher Ungleichheiten sie statistisch gesehen auch eine niedrigere Lebenserwartung haben. Die Gesundheitsberichterstattung zeichnet hier ein widersprüchliches Bild: So liegt die Sterblichkeit von Migrant/innen der ersten Generation niedriger als die von Deutschen gleichen Alters und Geschlechts. Allerdings spielten hier auch Faktoren eine Rolle wie die Verlegung des Lebensabends in das Herkunftsland oder der durchschnittlich gute Gesundheitszustand der ersten Gastarbeitergeneration. Das Beispiel verdeutlichte aber, dass sich mit den bisherigen Methoden kein angemessenes Bild der gesundheitlichen Lage von Migrant/innen zeichnen lasse und daher noch ein großer Bedarf an belastbaren Daten besteht.

Denn trotz dieser, in diesem Punkt widersprüchlichen Datenlage, sei es unbestritten, dass es im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und der Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote Migrant/innen immer noch Barrieren z.B. in Form von Kommunikationsproblemen oder unterschiedlichen kulturellen Zugängen zu den Themen Gesundheit und Krankheit gibt, die häufig einer angemessenen Versorgung entgegenstehen.

Neben dem Erwerb von Kompetenzen, die eine differenzierte Erfassung der medizinischen Aspekte der Erkrankung von Migrant/innen erlauben, müssten daher auch die relevanten kulturellen, sozialen und ethischen Dimensionen mit berücksichtigt werden. Dabei sei entscheidend, dass Migrant/innen auf Akteure treffen, die mit der Bedeutung von kulturspezifischen Merkmalen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Diagnostik, Behandlung und Pflege kompetent umgehen können. Dies bleibe eine große Herausforderung für die Ausgestaltung einer kultursensiblen Altenhilfe.

Stadträtin Schmiedhofer betonte, dass der Rückschluss daraus nicht sein sollte für jede ethnische Gruppe jeweils spezifische Angebote zu entwickeln. Dies wäre nur in einigen Fällen zielführend und umsetzbar. Vielmehr müssten die bestehenden Regelangebote so ausgestaltet werden, dass sie auf die Vielfältigkeit von Menschen adäquat eingestellt sind. Besonders die Einbindung von Multiplikator/innen, die in den Lebenswelten der Migrant/innen anerkannt sind, könnte zum Abbau von Zugangsbarrieren beitragen. Auch die Eröffnung von Teilhabemöglichkeiten und Formen der Wertschätzung anderer kultureller Gewohnheiten würde die Akzeptanz von Angeboten erhöhen. Dazu gehöre auch, dass sich verschiedene Kulturen beispielsweise in den sozialen Einrichtungen der Bezirke wiederfinden und präsentieren können. Hier wurden auch im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf gute Erfahrungen gemacht.

Die Vorsitzende des Landesseniorenbeirates Berlin, Regina Saeger, unterstrich, dass die Belange von Migrant/innen in den Konzepten des Landes Berlin ein integraler Bestandteil sind. Sie verweist auf das Demografiekonzept Berlin und die Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik. In beiden Konzepten werde ausdrücklich auf die Bedeutung der interkulturellen Öffnung und der kultursensiblen Arbeit hingewiesen, um gerade für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund eine bedarfsgerechte Versorgung und Betreuung sicherzustellen. Kultursensibel bedeute, dass die individuellen Prägungen und Bedürfnissen berücksichtigt und spezifische kulturelle, religiöse und soziale Werte und Orientierungen beachtet werden. Zentral sei zudem, dass so weit wie möglich auch eine sprachliche Verständigung stattfinden kann.

Es müsse genau geschaut werden, welche Barrieren bestehen, die eine Inanspruchnahme von Diensten und Angeboten erschweren. Fragt man direkt bei den Migrant/innen nach, so werde deutlich, dass häufig Unsicherheit im Umgang mit dem Versorgungssystem und Unwissenheit über Versorgungsangebote bestehen. So fehle z.B. in Arztpraxen oder Apotheken häufig die Zeit, um ältere Migrant/innen mit sprachlichen Barrieren adäquat zu betreuen und zu beraten. In der kultursensiblen Ausrichtung sieht Regina Saeger auch eine große Herausforderung für die neuen Pflegestützpunkte in Berlin. Eine Ausrichtung der Versorgungs- und Angebotstrukturen an die Bedürfnisse von Migrant/innen sei nur möglich, wenn diese als Nutzer entsprechend in die Ausgestaltung der Angebote einbezogen werden.

Der Landesseniorenbeirat hat daher eine Arbeitsgruppe zusammen mit den bezirklichen Seniorenvertretungen und dem Kompetenzzentrum



interkulturelle Öffnung der Altenhilfe eingerichtet, deren Arbeit darauf zielt, die bezirklichen Strukturen und Angebote offener und transparenter für Migrant/innen zu gestalten. Dazu gehört auch, diese Zielgruppen stärker in die bestehenden Interessenvertretungen älterer Menschen einzubinden, da die Präsenz in den seniorenpolitischen Strukturen bisher nicht repräsentativ zum Anteil an der Berliner Bevölkerung sei. Daher werde viel Aufklärungsarbeit über die Funktion und Arbeit der seniorenpolitischen Vertretungen im Land Berlin betrieben und dies auch in einem sehr praktischen Sinne: So wurde beispielsweise in Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum eine Bezirksverordnetenversammlung durchgespielt und konkret erörtert, wie man Bürgersprechstunden nutzen kann. Oftmals fehle es nicht an Angeboten, sondern diese seien bei der Zielgruppe nicht ausreichend bekannt oder es bestehen andere Zugangsbarrieren z.B. in Form von Mitgliedsbeiträgen oder Gebühren, die nicht bezahlt werden können.

Meltem Baskaya, Mitarbeiterin im Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, betonte die Bedeutung von Prozessen der interkulturellen Öffnung, aber auch die Herausforderungen, die mit der kultursensiblen Ausgestaltung der Altenhilfe verbunden sind. Sie verdeutlicht diese Herausforderungen am Beispiel einer Kooperation im Märkischen Viertel, bei der einer der größten privaten Pflegeheimbetreiber in Deutschland mithilfe der Unterstützung des Kompetenzzentrums damit begonnen hat, ein interkulturelles und gemeinwesenorientiertes Pflegekonzept umzusetzen.

Einen großen Entwicklungsbedarf sieht Baskaya darin, dass die Biografien der einzelnen Menschen oft unbekannt sind. Das Wissen über Biografien, Lebensumstände und Einwanderungsgeschichte sei jedoch häufig elementar für die pflegerische Betreuung und medizinische Versorgung. Hier genüge eine reine Wissensvermittlung beispielsweise über kulturspezifische Ernährungsgewohnheiten nicht aus. Es sei daher wichtig, sich mit unterschiedlichen, kulturbedingten Gesundheitskonzepten auseinanderzusetzen: In vielen Kulturen ist eine Trennung zwischen somatischen und psychosomatischen Beschwerden schwieriger.

Ein wichtiger Aspekt sei darüber hinaus die Vernetzung der Akteure: Nur wenn die Kranken- und Pflegekassen, die kassenärztliche Vereinigung und die Leistungsanbieter gemeinsam mit den Akteuren vor Ort Konzepte entwickelten, könne auch die Transparenz und die Inanspruchnahme verbessert werden. In der kultursensiblen Öffentlichkeitsarbeit, z.B. in Form der Einbindung von Multiplikator/innen aus ethischen Gemeinschaften oder mehrsprachigen Flyern liege noch viel Potenzial.

Staatssekretär Rainer-Maria Fritsch aus der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales verwies auf den intensiven Dialogprozess des Berliner Senats über die Frage, wie strukturell, konzeptionell und personell noch viel mehr als bisher geschehen kann, um die Angebote auf ein unterschiedliches, kulturelles, soziales und ökonomisches geprägtes Klientel auszurichten. Berlin sei in dieser Frage konzeptionell im bundesweiten Vergleich sehr gut aufgestellt. Im Integrationskonzept „Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken“ wurden die Handlungsstränge zusammengefasst, Schwerpunkte benannt und 45 Leitprojekte der Integrationspolitik festgelegt. Der Leitsatz stehe hierbei stellvertretend nicht nur für die Anforderungen, die sich im Hinblick auf die Versorgung älterer Migrant/innen stellen, sondern auch im Hinblick auf Anforderungen, die sich aus der zunehmenden Ausdifferenzierung und Individualisierung von Lebensverhältnissen und im Gefolge damit von Versorgungsbedarfen und -erwartungen ergeben.

Staatssekretär Fritsch betonte, dass sich die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales insbesondere unter Integrationsgesichtspunkten in der Vergangenheit immer eine Versorgung im Rahmen der sog. Regelversorgung nach dem Grundsatz präferiert hat: soviel Regelangebote wie möglich – spezifische Angebote nur, soweit nötig. In den Jahren 2003ff hat die Senatsverwaltung Umfragen in Pflegeheimen, Tagespflegen, Kurzzeitpflegen und ambulanten Pflegediensten durchgeführt bzw. initiiert, die dann zeigten, dass die Migrant/innen die Pflegeangebote nicht in dem Umfang nutzen wie es ihrem Bevölkerungsanteil entsprechen würde. Nur bei den ambulanten Diensten und der Tagespflege kam ihr Anteil dem in der Gesamtbevölkerung nahe; wobei die Daten der ambulanten Dienste nicht repräsentativ waren. Die Umfragen zeigten auch: Vollstationäre Pflege wird weniger genutzt als ambulante und teilstationäre Pflege. Wo es spezialisierte Angebote gibt, steigt auch der Migrantanteil. Anhand dieser Ergebnisse zeichnet sich immer mehr ab, dass es für größere Bevölkerungsgruppen spezifische Angebote geben wird.

Im Bereich der ambulanten Pflege nehmen Migrant/innen in erster Linie migrantenspezifische und von Migrant/innen geleitete Angebote wahr. Klassisch deutsche Anbieter beklagen, dass ihr Angebot nicht die erhoffte Resonanz findet, trotz mitunter sogar intensiver Bemühungen. Dies gilt auch für die Tages- und Kurzzeitpflege. Einzelmaßnahmen (wie Einstellung von Mitarbeitern/innen mit Migrationshintergrund, muttersprachliche Flyer, Schulungen zu Waschrouten etc.) helfen, reichen aber offensichtlich allein nicht aus, um Migrant/innen zu bewegen, „deutsche“ Dienste und Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Nötig sind grundlegende mehrjährige Aktivitäten, die „dokumentieren“, dass sich Aufgaben – und Selbstverständnis tatsächlich gewandelt haben (z.B. Migrant/innen in Leitungspositionen, Nutzung von Migrant-Medien, Zusammenarbeit mit Migrantorganisationen). Dies erfordert mittelfristige strategische Investitionen, die in der Praxis oft mit aktuellen Rentabilitätswängen kollidieren.

Für den Bereich der Altenhilfe gelte es, im Hinblick auf die Zielgruppe ältere Menschen mit Migrationshintergrund, den Prozess der Interkulturellen Öffnung, der sich in Berlin gut entwickelt hat und durch die bundesweite Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe befördert wurde, noch weiter zu intensivieren und zu verselbständigen.

Als wichtige erforderliche Schritte für die Zukunft benennt der Staatssekretär u.a.

- Die Aufnahme der Zielgruppe älterer Migrant/innen in die Altenhilfeplanung aller Bezirke.
 - Den Bedarf an zielgenauem Datenmaterial
 - Die Fortsetzung des Erfahrungsaustausches zwischen Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales mit dem Kompetenzzentrum und den Bezirken zur Beförderung der interkulturellen Öffnung der Altenhilfe: In allen Bezirken gibt es beachtliches Engagement, gute und ggf. auch nicht so gelungene Beispiele, Erfolge und Misserfolge, kurzum vielfältige Erfahrungen, was kultursensible Arbeit und interkulturelle Öffnung befördern oder hemmen kann. Hier gilt es, sich noch stärker zu thematischen Schwerpunkten anhand konkreter Beispiele auszutauschen, Good Practice weiterzugeben und gemeinsam Perspektiven zu entwickeln
 - Die Stärkung und Förderung von mehr gemeinsamen Formen ehrenamtlichen Engagements. Wichtig sei, in den Stadtteilen wohnortnah in Zusammenarbeit mit den bestehenden Angeboten zur Unterstützung von ehrenamtlichen Engagement und Selbsthilfe, Seniorenorganisationen, Migrantorganisationen und freigemeinnützigen Trägern und Verbänden geeignete Angebote für und mit Senior/innen mit Migrationshintergrund zu entwickeln (z.B. in den Sozialkommissionen, niedrigschwelligen Betreuungsangeboten).
 - Die Fortsetzung der Interkulturellen Öffnung im Rahmen des LIGA-Vertrags: Orientiert am Berliner Integrationskonzept arbeiten die Verbände und Projekte zielgerichtet daran, die Angebote den Berliner/innen mit Migrationshintergrund chancengleich zugänglich zu machen. Das Querschnittsthema Interkulturelle Öffnung war deshalb der inhaltliche Schwerpunkt der 2008 vorgestellten Leistungsbilanz 2007. Hier wurde exemplarisch über die Arbeit dreier für die Interkulturelle Öffnung bedeutender Projekte berichtet, darunter das Kompetenz Zentrum zur Interkulturellen Öffnung der Altenhilfe. Die Interkulturelle Öffnung wurde 2009 durch eine Fachtagung sowie eine Abfrage zum Migrationshintergrund der Mitarbeiter/innen auf freiwilliger Grundlage unterstützt. Den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege komme als Multiplikatoren und Beförderern der fachlichen und organisatorischen Entwicklung ihrer Mitgliedsorganisationen eine wichtige Funktion zu.
 - Für die Arbeit der Pflegestützpunkte wurde Anfang Mai 2009 zwischen den Landesverbänden der Pflege- und der Krankenkassen und dem Land Berlin ein Landesrahmenvertrag gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte abgeschlossen.
- Bei den Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“, die in die Struktur integriert werden, sind „Interkulturelle Öffnung“ und „Kultursensible Pflege“ seit Jahren ein Thema. So haben diese bereits ihr Symposium im Oktober 2004 unter das Thema „Gemeinsam alt werden in Berlin – wir zeigen Wege“ gestellt und dieses gemeinsam mit Vertreter/innen von Migrant-Eigenorganisationen durchgeführt. Es sei daher Optimismus angebracht, dass die in den Koordinierungsstellen vorhandene Expertise auch in die künftigen Pflegestützpunkte einfließen wird. Die Beratung hat sich an dem Grundsatz „so viel Normalität wie möglich, so viel Besonderheit wie nötig“ zu orientieren und ist nicht nur in diesem Bereich, sondern auch bei anderen Personengruppen mit speziellem Beratungsbedarf entsprechend sensibel zu führen. Dies sei bei der Konzeptentwicklung für die Pflegestützpunkte unbedingt zu beachten.

Die Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2009/2010 und Ausblick auf die künftige Tätigkeit



**Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Staatssekretär für
Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vielen Dank, insbesondere an das Podium und an diejenigen, die seit heute Vormittag bei dieser – wie ich finde – ganz außerordentlich gelungenen Landesgesundheitskonferenz dabei sind und auch dieser abschließenden Darstellung noch folgen möchten.

Diejenigen, die sich erinnern, wie vor zwei oder drei Jahren die Landesgesundheitskonferenzen im Wissenschaftszentrum Berlin mit einer deutlich geringeren Teilnehmerzahl durchgeführt wurden, werden schon im letzten Jahr den in der Landesgesundheitskonferenz verabredeten Quantensprung in der Durchführung verfolgt haben. Und auch dieses Jahr ist noch einmal zu sehen, wie diese Landesgesundheitskonferenz auf jeden Fall gewachsen ist, mit den Worten der Senatorin, erwachsen geworden ist.

Wenn wir die heutige Landesgesundheitskonferenz nun in gewisser Hinsicht als Endzustand des Wachstums sehen, dann will ich gar nicht, dass die Landesgesundheitskonferenz irgendwann erwachsen wird. Ich will, dass sie immer weiter wachsen und sich entwickeln kann. Es ist bei der Einführung gesagt worden, dass es dieses Mal 350 Anmeldungen waren. Es ist uns gelungen noch wesentlich stärker Akteure aus dem

gesellschaftlichen Umfeld in diese Landesgesundheitskonferenz mit einzubeziehen, das heißt, aus dem Kreis der üblichen Verdächtigen auszubrechen und zu zeigen, wie Vernetzung tatsächlich aussehen kann.

Der Markt der Möglichkeiten, den es draußen gibt, der Film, der heute gezeigt wurde, die Theaterveranstaltung, zu der ich Sie ganz herzlich im Anschluss an diese Veranstaltung einladen möchte, zeigen, dass wir uns als Landesgesundheitskonferenz öffnen wollten und auch geöffnet haben; öffnet zu Akteuren, die in speziellen Themen tätig sind und wo wir den Link zum Bereich Gesundheit setzen möchten. Ich habe im letzten Jahr einen Rückblick/ Ausblick auf die Tätigkeit der Landesgesundheitskonferenz gegeben. Wir haben gesagt, dass wir das in diesem Jahr gerne fortsetzen möchten und schauen uns deshalb noch einmal die Ausgangspunkte an.

Im Jahre 2007 gab es den Beschluss der Landesgesundheitskonferenz über Gesundheitsziele für Kinder. Im Jahre 2011 soll geschaut werden, wie diese Gesundheitsziele bearbeitet wurden und welche Ergebnisse sich dabei gezeigt haben. Aus diesem Grunde hatten wir uns gemeinsam im Steuerungsausschuss der Landesgesundheitskonferenz den Auftrag gegeben, an den Verfahren zur Konzeption von Monitoring und Evaluation des Gesundheitszielprozesses für Kinder zu arbeiten.

Kurz vor der letzten Landesgesundheitskonferenz ist die Berliner Initiative für Gesunde Arbeit (BIGA) ins Leben gerufen worden, eine



Ausgangspunkte

- Monitoring und Evaluation des Gesundheitszielprozess für Kinder
- Berliner Initiative Gesunde Arbeit
- Gesundheitszielprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter“
- Öffentlichkeitsarbeit der LGK
- Arbeitsschwerpunkte 2010

kampagnenförmige Zusammenarbeit zwischen den Sozialpartnern, das heißt dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Unternehmervereinigung Berlin-Brandenburg, gleichzeitig aber auch begleitet von der Industrie- und Handelskammer Berlin und der Handwerkskammer Berlin und unterstützt von uns als Senatsverwaltung und einer Vielzahl von Unfallversicherungen, Berufsgenossenschaften, Krankenversicherungen etc. Ziel dieser Berliner Initiative war, dass sich Akteure mit eigenen Vorschlägen einbringen. Dies hat unsere Arbeit als Ausgangspunkt bestimmt.

Gesundheitszielprozess, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter oder kurz gesagt Gesundes Altern war ein Themenschwerpunkt, den wir uns in diesem Jahre gesetzt haben, an dem wir arbeiten wollten, zu dem wir die Akteure zusammenbringen wollten und uns vorgenommen hatten, den Schwerpunkt dieser Landesgesundheitskonferenz an diesem Thema auszurichten. Ich glaube, dass uns dies für die heutige Landesgesundheitskonferenz auf jeden Fall gelungen ist. Zu den einzelnen Arbeitsschritten sage ich gleich noch zwei, drei Stichpunkte mehr.

Die Landesgesundheitskonferenz, dass war die Vereinbarung im letzten Jahr, sollte in der Öffentlichkeit besser wahrgenommen werden. Wir haben uns vorgenommen, dass mehr darüber informiert werden soll, was in der Landesgesundheitskonferenz passiert. Wir wollten die Diskussion öffnen, wir hatten uns deshalb ein neues Format vorgenommen: die Gesundheitsforen.



Gesundheitsziele für Kinder

- Zusammenarbeit zwischen Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, LGK und Bezirken ist etabliert
- Monitoringkonzept vom Steuerungsausschuss im Juli 2009 beschlossen
- Datenbank zur Abbildung von Qualitätserfordernissen und Projekterfahrungen wird Anfang 2010 freigeschaltet
- Maßnahmen zur Umsetzung wurden angestrengt

Zusammengefasst kann man schon eines sagen: Dieses Ziel, mehr Öffentlichkeitsarbeit, mehr Diskussion über diese Gesundheitsforen herzustellen, ist uns gelungen. Was ich Ihnen gleich noch einmal im Anschluss darstellen werde, sind die Arbeitsschwerpunkte 2010.

Gesundheitsziele für Kinder: So werden auch diejenigen, die unsere Landesgesundheitskonferenz schon etwas länger begleiten, festgestellt haben, dass wir den Auftrag an die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung gegeben haben, die Organisation und Bearbeitung der Landesgesundheitskonferenz mit zu übernehmen. Die Fachstelle ist in einer öffentlichen Ausschreibung vergeben worden. Damals hatte sich Gesundheit Berlin, heute Gesundheit Berlin-Brandenburg, bereit erklärt, diese Aufgabe zu übernehmen und hat sich auch in dem entsprechenden Verfahren durchgesetzt. Insofern hat also die Fachstelle die Aufgabe, sozusagen als Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz und gleichzeitig als Institution zur Koordinierung von Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu fungieren. Diese Aufgabe verstehen wir eben nicht nur als eine rein ministerielle Aufgabe sondern als Aufgabe, bei der wir Akteure suchen,

die schon als Netzwerk tätig sind, um diejenigen zusammenzuführen, die uns als Senatsverwaltung beraten und unterstützen wollen. Aus diesem Grunde also die Zusammenarbeit zwischen Fachstelle der Landesgesundheitskonferenz und den Akteuren, den Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz und den Bezirken. Das war einer der Punkte, die wir uns vorgenommen haben in diesem Jahr, insbesondere an diesem Themenfeld Gesundheitsziele für Kinder. Ich denke, dass es gelungen ist, diese Form der Kommunikation, die wir gleich an ein paar Veranstaltungsaspekten sehen werden, zu etablieren.

Der Steuerungsausschuss der Landesgesundheitskonferenz ist sozusagen ein Lenkungsorgan dieser Landesgesundheitskonferenz, bei der es darum geht, zwischen den großen Konferenzen die organisatorische Arbeit zu gestalten.



Gesundheitsziele für Kinder

Ausgewählte Maßnahmen von Mitgliedern der LGK

- *Gesunde Kita in Friedrichshain-Kreuzberg* (Bezirksamt, DAK, IKK, TK ...)
- *„Kitas bewegen! für die gute gesunde Kita“ in Berlin Mitte* (Bezirksamt, AOK, SenBildung ...)
- *BLIQ – Bewegtes Leben im Quartier – Bündnisse für Kinder und ihre Familien* (Gesundheit Berlin-Brandenburg, Bezirksämter F-K und M-H)
- *Lokales Bündnis für Familie Reinickendorf-Ost, Setting-Projekt Stadtteil (DAK...)*

Wir haben uns vorgenommen, dass wir das nicht in einem kleinen Team machen wollen, sondern wir wollen die Mitglieder und Akteure der Landesgesundheitskonferenz mit einbeziehen, weil nur so eine Landesgesundheitskonferenz funktioniert. Wir haben uns natürlich auch mit dem Monitoringkonzept auseinandergesetzt, das erarbeitet worden ist. Wir haben es diskutiert, wir haben es im Juni 2009 auf einer entsprechenden Sitzung beschlossen. Es wird eine Datenbank zur Abbildung von Qualitätserfordernissen und Projekterfahrungen geben, die zurzeit aufgebaut wird. Damit wollten wir an sich schon ein bisschen schneller sein. Es ist ja im Jahre 2007 in der Landesgesundheitskonferenz schon diskutiert worden, dass man so etwas haben möchte. Es wurde sich im Jahre 2008 darüber verständigt, dass wir das tun wollen und im Jahre 2009 hat man intensiv daran gearbeitet. Diese Webseite soll nun im 2. Quartal 2010 frei geschaltet werden, und soll zweierlei sein: Auf der einen Seite zeigen, was in Berlin alles passiert, zum anderen aber auch aufzeigen, welche Qualitätskriterien sich entwickelt haben. Diese Datenbank wird daher als ein Instrument fungieren, welches verhindern soll, dass das Rad immer wieder neu erfunden werden muss. Auf diese Weise kann vermieden werden, dass die verschiedenen Akteure immer wieder die gleichen Fehler machen. Sie soll auch zeigen, dass man sich in einem kollektiven Lernprozess weiterentwickeln kann.

Zudem wurden Maßnahmen zur Umsetzung von Gesundheitszielen für Kinder diskutiert. Da sind wir bei ausgewählten Maßnahmen bei Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz.

Wir haben uns im Steuerungsausschuss der Landesgesundheitskonferenz damit befasst, an Hand von Praxisbeispielen zu schauen, was funk-

tioniert denn eigentlich und was funktioniert nicht so gut? Dabei ist spannend gewesen, dass bei dieser Diskussion eine Befürchtung, die im Anfangsstadium der Landesgesundheitskonferenz immer wieder geäußert worden war, nämlich dass die Akteure in gewisser Hinsicht in Konkurrenz zueinander stehen, ganz schnell überwunden wurde. Konkurrenz nicht nur im Sinne um die beste Idee, sondern auch um Fördermittel, bei den Krankenkassen auch um Mitglieder. Natürlich gab es auch die Befürchtung, das man über Fehler, sagen wir mal so, nicht so gerne öffentlich redet. Aber wir haben es geschafft uns darüber zu verständigen, was eigentlich gut gelungen ist, und was nicht so gut gelungen ist. Was würde man empfehlen, wenn man das Gleiche noch einmal beginnen würde?

Diese Projektdarstellungen, diese Projektdebatten haben uns im Steuerungsausschuss ein ganzes Stück weitergebracht. Das sind die Erfahrungen, auf denen wir ja auch aufbauen, weil wir diese Beispiele auch als eine Form von Best-Practice-Beispielen verstehen wollen. Vor allem aber auch, weil sie eben zeigen, wie Akteure in unterschiedlichen Rollen in solchen Projekten zusammenarbeiten. Im nächsten, aber insbesondere im übernächsten Jahr werden wir uns natürlich auch damit beschäftigen, was von den Gesundheitszielen, die wir definiert haben, eigentlich realistisch und tatsächlich umsetzbar ist.

Wo haben wir Gesundheitsziele definiert?

Weil wir das erste Mal für Berlin solche Gesundheitsziele definiert haben, stellten sich verschiedene Fragen: In welchem Zeitraum sind die Ziele möglicherweise erreichbar? Oder muss man sich gegebenenfalls von dieser Form von Zielen verabschieden? Denn, wenn bestimmte Gesundheitsziele eigentlich eine Überwindung bestimmter Strukturen sozialer Ungleichheit voraussetzen, dann ist die Frage: Ist es einer Landesgesundheitskonferenz – und in besonderer Form Projekt-



Gesundheitsziele für Kinder

Monitoring – Ausblick

- **Wie kann der Gesundheitszielprozess auf Landesebene Impulse für die Umsetzung in den Bezirken geben?**
- **Was für Effekte können - neben den summativen Indikatoren zur Zielerreichung – bestimmt werden, die sich auf die Arbeit der LGK zurückführen lassen?**
- **Welche Maßnahmen haben sich bewährt und wie können sie in die Fläche gebracht werden?**

strukturen, wie wir sie haben – eigentlich möglich, einen solchen umfassenden Ansatz wie die Überwindung sozialer Ungleichheit zu bearbeiten? Das zu diskutieren dürfte ein ganz spannender Punkt sein, und das werden wir auf der nächsten Landesgesundheitskonferenz auch tun.

Damit habe ich Ihnen den Monitoring-Aspekt ein bisschen näher gebracht, kommen wir nun zu der bereits erwähnten Berliner Initiative Gesunde Arbeit.

Die Grundidee der Berliner Initiative Gesunde Arbeit war die Feststellung: Wir haben ein Problem bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, und zwar bei den Arbeitsbelastungen.

Alle wissen: es ist ein wichtiges Thema. Aber keiner nimmt es hinreichend ernst, und wir wissen eigentlich auch in diesem Bereich zu wenig,



**BIGA –
Berliner Initiative Gesunde Arbeit**


- **Aufbau der Internetplattform**
<http://www.berlin.de/biga/>
- **17. Juni 2009, BIGA-Workshop**
- **3. September 2009, 1. Berliner Kongress „Betriebliches Gesundheitsmanagement“**
- **10. Dezember 2009, Preisverleihung zum IHK Wettbewerb**

welche Kompetenzen in der Stadt eigentlich vorhanden sind. Aus diesem Grund haben wir gesagt, dass wir erstens die aktiven Akteure zusammenfassen wollen, und zweitens die Institutionen und Unternehmen motivieren wollen, sich mit eigenen Beiträgen und mit einer Beteiligung an dieser Berliner Initiative auch öffentlich zu verpflichten in einem bestimmten Bereich etwas zu tun. Dazu gehört beispielsweise ein ganz spannendes Projekt, was aus dem Krankenhausbereich gekommen ist, bei dem es um die Arbeits- und Gesundheitsbedingungen von 1-Euro-Jobbern geht. Wir haben uns mit den Arbeits- und Gesundheitsstrukturen von Menschen im sogenannten New Economy-Bereich, im Kultursektor beschäftigt, also mit Berufsgruppen, die einen hohen Anteil von Selbstständigen, eine hohe Rate an Selbstausbeutung auszeichnet, kurz gesagt mit jenen, die man als Arbeitskraft-Unternehmer bezeichnet.

Wir haben dazu das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und Technische Sicherheit (LAGeTSi) als Geschäftsstelle gewinnen können, das sich dabei nicht auf eine rein organisatorische Tätigkeit beschränkt, sondern auch als Mitgestalter in der BIGA auftritt. Ich bin sehr froh, dass die IHK und der DGB als Träger dieser Initiative regelmäßig auch im Steuerungsausschuss über den Fortgang dieser Berlin-Initiative berichtet haben.

Am 3. September fand der erste Berliner Kongress statt. Am 10. Dezember gibt es eine Preisverleihung eines schon seit Jahren laufenden Wettbewerbes dazu. Sie sind ganz herzlich eingeladen, erstens, sich das auf der Internetseite mal anzuschauen, was die Berliner Initiative für Gesunde Arbeit tut und darüber hinaus aber auch in Ihren eigenen Unternehmen, in Ihren eigenen Institutionen, in denen Sie möglicherweise selbst Arbeitgeber und Arbeitgeberin sind, sich darüber Gedanken zu machen, mit welchen Beiträgen Sie sich an der Initiative beteiligen können.

Ich will mich aber auch noch einmal ganz herzlich bei den Krankenkassen, die hier sind, für die vielen Anregungen bedanken. Auch die



Gesundheitszielprozess für Ältere

- **Arbeitsgruppe der LGK seit März 2009**
- **Bestimmung von prioritären Handlungsfeldern**
- **Einbeziehung externer Expert/innen und Experten durch Roundtable-Gespräche**
- **Schwerpunkt „Gesundheit im Alter“ auf sechster Landesgesundheitskonferenz**

Daten, die Sie in dieses Projekt mit eingespeist haben, haben uns noch einmal ein starkes Bewusstsein dafür gegeben, was wir hier tun wollen. Der Gesundheitszielprozess für Ältere, ich hatte das angesprochen, ist ein Themenfeld, das wir uns in diesem Jahr als Schwerpunkt gesetzt haben.

Ich bin ja schon auf ein paar dieser Aspekte eingegangen. Aspekt eins: Wir haben gesagt, diese Landesgesundheitskonferenz wird einen Schwerpunkt im Bereich Gesundheit für ältere Menschen haben. Wir haben, glaube ich, eine große Bandbreite von Themen hier angesprochen, haben diskutiert und etwa in dem Forum, das ich moderiert habe, auch Schritte festgestellt, was getan werden muss in der Ausbildung, in der Versorgungskette von der ambulanten Behandlung bis zur stationären und ambulanten Rehabilitation. Das sind Aspekte, die uns weiter beschäftigen werden.

Wir wollten zweitens aus dem Kreis der unmittelbaren Gesundheitsakteure ausbrechen und weitere Akteure in dieses Themenfeld einbeziehen. Daran, dass der Landesseniorenbeirat heute hier auf der Podiumsdiskussion vertreten ist und sich auch immer wieder in die Diskussion mit eingebracht hat, haben wir gemerkt, dass es ein hohes Interesse daran gibt, mit uns diese Diskussion auch zu führen. Dass es seitens der Bezirke ganz spannende Beiträge aus der kommunalen, lokalen Praxis gegeben hat, machte die Diskussion für uns sehr produktiv. Wir haben eine Arbeitsgruppe etabliert, die seit März dieses Jahres an diesem Gesundheitszielprozess arbeitet.

An den einzelnen Foren dieser Veranstaltung haben Sie auch gemerkt, mit welchen Themenschwerpunkten wir es eigentlich bei den Gesundheitszielen für Ältere zu tun haben. Das heißt, wenn Sie in die Veranstaltungsplanung dieser heutigen Landesgesundheitskonferenz schauen, wenn Sie sich die Podiumsdiskussionen und die Fachforen anschauen, dann werden Sie feststellen, was wir bei diesem breiten Feld „Gesundes Altern“ in den Gesundheitszielen an Schwerpunkten gesetzt haben.



Gesundheitszielprozess für Ältere

Themenfelder des Zielprozesses

- Bewegungsförderung
- Psychische Erkrankungen
- Gesundheitsförderung und Teilhabe
- Wohnen, altersgerechte Produkte, altersgerechte Lebensumwelt

Das ist uns nicht immer leicht gefallen. Wir haben in einer Steuerungsausschuss-Sitzung eine Diskussion darüber geführt, was denn Schwerpunkte sein könnten. Wir haben uns auf die Schwerpunkte, die sie auf der Folie sehen, bezogen und das wird uns natürlich auch in den nächsten Monaten beschäftigen, weil wir damit sozusagen den Vorlauf zu den Gesundheitszielen gehabt haben.

Nun wird der nächste Schritt vorgenommen – die Gesundheitsziele selbst zu definieren und dabei – dritter und abschließender Punkt dazu – auch den Bogen zu schlagen zu der Auswertung der Gesundheitsziele für Kinder und den Schlussfolgerungen, die wir daraus ziehen. Diese Schlussfolgerungen geben uns ja auch Hinweise für die Definition von Gesundheitszielen und die Formulierung entsprechender Gesundheits-

ziele für ältere Menschen, nämlich: Was ist eigentlich erreichbar? Wo sind Grenzen? Wo sind aber auch die Möglichkeiten und Potenziale bei solchen Gesundheitszielen?

Das wurde heute in den einzelnen Foren thematisiert, etwa mit der Berlin School of Public Health, die ich mal beispielhaft herausziehen möchte, und vielleicht auch der Alice-Salomon-Hochschule, die ich parallel nennen möchte. Es gibt also Akteure im wissenschaftlichen Bereich die unglaublich daran interessiert sind, eine solche Institution wie die Landesgesundheitskonferenz zu begleiten. Die Berlin School of Public Health tut dies nun auch als Mitglied der Landesgesundheitskonferenz, aber auch durch die wissenschaftliche Netzwerkdebatte, durch die Forschungsergebnisse, durch das Engagement von Studierenden, die im Prinzip für uns eine Win-win-Situation herstellen, nämlich sich mit Engagement in bestimmte Projekt-Debatten einbringen, und andererseits auch damit einen Teil ihres Studiums bewältigen können. Dass die Berlin School of Public Health dieses Angebot zur Verfügung stellt, finde ich sehr wichtig. Dies nur als einen kleinen Ausschnitt aus den unglaublich vielen Kooperationspartnern, die wir haben.

Die Themenfelder des Zielprozesses sind angesprochen worden: Bewegungsförderung, psychische Erkrankungen, Gesundheitsförderung und Teilhabe, Wohnen, altersgerechte Produkte, altersgerechte Lebensumwelt, also ein Ausschnitt aus den Themenfeldern, die wir in dieser Landesgesundheitskonferenz heute auch diskutiert haben.



Gesundheitszielprozess für Ältere

Querschnittsziele der Arbeitsgruppe

- Die Querschnittsziele Kultur- und Gendersensibilität sowie soziale Lage sind konsequent zu berücksichtigen.
- Die Vernetzung zwischen und innerhalb der einzelnen Themenfelder sollte sich in den ausformulierten Zielen wiederfinden.
- Die Messbarkeit und Umsetzbarkeit der Ziele sind entscheidende Kriterien bei der Zielformulierung.

Querschnittsziele – da will ich vielleicht noch einen Wink aufgreifen. Wir haben bei dieser Abschlusspodiums-Diskussion gesehen: Insbesondere die Kultursensibilität, aber auch die Gendersensibilität war ein Faden, der im Prinzip das gesamte Jahr 2009 durch die Landesgesundheitskonferenz gezogen wurde. Wir hatten uns dafür Begleitung geholt. Frau Droste von gender+, die an Steuerungsausschuss-Sitzungen teilgenommen hatte, die uns über ein Jahr begleitet hat und uns gezeigt hat: Was ist eigentlich, wenn man Gendersensibilität ernst nimmt, wenn man den Diversity-Ansatz ernst nimmt? Was heißt das eigentlich für die Diskussion? Was heißt das für die Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen und den gesamten Auftritt einer solchen Landesgesundheitskonferenz?

Das mit zu berücksichtigen, hatte sich die Arbeitsgruppe vorgenommen. Die Soziallagenorientierung ist etwas, was uns als Landesgesundheitskonferenz eigentlich schon seit Beginn an immer wieder auch strukturiert hatte.

Die Öffentlichkeitsarbeit der Landesgesundheitskonferenz ist ein weiteres Themenfeld. Die Internetplattform www.berlin.de/agk werden Sie kennen, weil Sie vermutlich erstens Interneterfahren sind und zweitens

Berlin  Senatverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
GESUNDHEIT

Öffentlichkeitsarbeit der LGK

- Internetplattform auf www.berlin.de
- Durchführung von zwei Gesundheitsforen am 23. 03 und 15.06.09 und in der Urania Berlin:
- *„Wer ist verantwortlich? Staat – Gesellschaft – Schule – Eltern? Das Ernährungsverhalten Berliner Kinder und Jugendlicher im Lichte der Ergebnisse der HBSC-Studie“*
- *„Gut versorgt? Zur medizinischen Situation in Berliner Pflegeheimen“*

ein regelmäßiger Besucher oder regelmäßige Besucherin der Internetseite der Landesgesundheitskonferenz. Wir haben zwei Gesundheitsforen durchgeführt, auf die ich schon eingegangen bin. Das Ziel ist, in einer populären Form Themen der Berliner Gesundheitspolitik diskussionsfähig zu machen, dafür Öffentlichkeit zu schaffen, aber auch Ideen mitzuentwickeln.

Das erste Forum fand am 23. März unter dem Titel „Wer ist verantwortlich für gesunde Ernährung – Staat, Gesellschaft, Schule, Eltern?“ zum Ernährungsverhalten von Berliner Schulkindern statt. Und die zweite Veranstaltung – die Senatorin ist darauf schon eingegangen – fragte „Gut versorgt? Zur medizinischen Situation in Berliner Pflegeheimen“.

Aus der Sicht desjenigen, der den Steuerungsausschuss der Landesgesundheitskonferenz leitet, ganz herzlichen Dank auch an die Senatorin, dass sie nicht nur diese Foren mit ihrer eigenen Person an Bedeutung bereichert hat, sondern auch dass es gelungen ist, hier mit Frau Pohn von der Kassenärztlichen Vereinigung, die ich hier beispielhaft nennen möchte, mit uns spannend zu diskutieren. Ebenfalls genannt sei die Bildungsverwaltung, die zum Thema Ernährungsverhalten mit uns gemeinsam diskutiert hat. Die Gesundheitsforen haben auch gezeigt, dass wir natürlich auch ganz stark mit den Akteuren im ambulanten und stationären Sektor im Rahmen dieser Landesgesundheitskonferenz diskutieren. Die Kassenärztliche Vereinigung ist dort ein ganz engagierter Akteur, aber auch die Bildungsverwaltung, weil wir ganz, ganz viel von diesen Gesundheitszielen für Kinder nicht diskutieren könnten, wenn sich Schule und Jugendverwaltung hier nicht mit eigenen Ideen und eigenen Potenzial einbringen würden.

Zur Öffentlichkeitsarbeit der Landesgesundheitskonferenz gehört aber auch, dass wir versucht haben, den Link in Richtung des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, dort insbesondere ins Handlungsfeld 9 – Ernährung, Bewegung etc. – zu schlagen, und diese Aspekte, die dort auch unter gesundheitswirtschaftlichen Aspekten debattiert werden in unsere Diskussion mit einzubeziehen. Wir haben auch im Steuerungsausschuss versucht, mit regelmäßiger Berichterstattung über Herrn Mall von der AOK als regelmäßigem Berichterstatter darzustellen, was in diesem Themenfeld passiert.

Es gibt des Weiteren einen Newsletter der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, in dem nicht nur dargestellt wird, was im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz erfolgt, sondern auch, was in den Arbeitsfeldern der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz passiert.

Ich denke, diese Newsletter sind hilfreich und sollen natürlich auch fortgeführt werden. Die Fachstelle selbst hat mit Kooperationspartnern

Berlin  Senatverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
GESUNDHEIT

Öffentlichkeitsarbeit der LGK

Newsletter der Fachstelle



Tagungen durchgeführt, etwa die Tagung „Für einen guten und gesunden Start ins Leben!“ zur Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder mit 400 Teilnehmer und Teilnehmerinnen im November 2008 und zudem eine Tagung im Juni 2009 zu „Gesunde Lebenswelten im Quartier Prävention und Gesundheitsförderung partizipativ entwickeln“.

Berlin  Senatverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
GESUNDHEIT

Öffentlichkeitsarbeit der LGK

Tagungen der Fachstelle mit Kooperationspartnern

- *„Für einen guten und gesunden Start ins Leben“* am 20.11.08 (400 TN)
- *„Gesunde Lebenswelten im Quartier – Prävention und Gesundheitsförderung partizipativ entwickeln“* am 6.2.09 (450 TN)
- *„Gesund von Anfang an!“* am 9.6.09 (200 TN)
- *„Gesundheit im Alter fördern – Eine Zukunftsaufgabe der Kommunen“* am 15.10.09 (220 TN)
- *„Gesunde Stadt Berlin. Bezirkliche Gesundheitskonferenzen – Ein Weg zur Vernetzung und Partizipation“* am 5.11.09 (150 TN)

Ich nenne wieder die Stichworte: Diversity-Ansatz, Kultursensibilisierung, lokale Orientierung. Keine Landesgesundheitskonferenz könnte funktionieren, wenn sich die Bezirke nicht einbringen würden. Vieles von dem, was wir auf Landesebene diskutieren, wird in bezirklichen Gesundheitskonferenzen auch weiter diskutiert. Auch bei der Tagung „Gesundheit im Alter fördern – Eine Zukunftsaufgabe der Kommunen“ vom 15. Oktober 2009 sehen Sie, wie nahe wir an den Themenfeldern der Landesgesundheitskonferenz sind. Und vor kurzem erst, am 5. November 2009 fand mit „Gesunde Stadt Berlin. Bezirkliche Gesundheitskonferenzen – Ein Weg zur Vernetzung und Partizipation“ eine weitere Fachtagung statt. Ich denke, diese flankierenden Veranstaltungen haben auch eine Funktion ähnlich wie Satelliten um die Landesgesundheitskonferenz.

Schwerpunkt im Jahr 2010 ist quasi die Summe dessen, was ich Ihnen als Rück- und Ausblick in den bisherigen Darstellungen schon gezeigt habe: Die Intensivierung von Monitoring, Evaluation, die Formulierung von Gesundheitszielen für ältere Menschen auf Basis der heutigen Konferenz, auch die Zusammenarbeit mit den Public Health-Studiengängen in Berlin und die Fortführung der Gesundheitsforen als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit und Beteiligung.



Schwerpunkte 2010

- Intensivierung von Monitoring und Evaluation zur Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder
- Formulierung von Gesundheitszielen für ältere Menschen auf Basis der Konferenz heute
- Ausbau der Zusammenarbeit mit den Public Health Studiengängen in Berlin
- Fortführung der Gesundheitsforen als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit und -beteiligung

Wir wollen die Berliner Initiative Gesunde Arbeit weiter ausbauen und eine erste Zwischenbilanz im Herbst 2010 ziehen. Wir wollen das, was ich hinsichtlich der Gender- und Kultursensibilität schon angesprochen habe, als Themenfeld weiter entwickeln, und wir wollen die Zusammenarbeit mit Brandenburg stärken.

Dass Gesundheit Berlin mittlerweile Gesundheit Berlin-Brandenburg ist, hilft uns sehr an dieser Stelle, da so wichtige Akteure bereits über Gesundheit Berlin-Brandenburg mit dabei sind. Es gibt mit der erst seit kurzem amtierenden Brandenburger Landesregierung, dort mit dem neugebildeten quasi Zwillings-Ressort – Umwelt, Gesundheit, Verbraucherschutz – wir hier in Berlin heißen Gesundheit, Umwelt, Verbraucherschutz –, die klare Verabredung, dass wir in diesem Bereich der Landesgesundheitskonferenz die Kooperation mit Brandenburg intensivieren wollen, dass wir auch schauen wollen, wie es uns zunehmend mehr gelingen kann, die Gesamtregion Berlin-Brandenburg bei Diskussionen mit in den Blick zu nehmen, auch, wenn wir natürlich immer wieder feststellen müssen, dass es Unterschiede in der Diskussion – bleiben wir mal bei dem Beispiel fachärztliche Versorgung und hausärztliche Versorgung – gibt.

Wie die Senatorin in ihrem Einführungsbeitrag heute angesprochen hat, gibt es auch in Berlin, also einer an sich aus Sicht der Statistik überversorgten Region, trotzdem lokale Unterversorgung. Dennoch ist das immer noch eine ganz andere Ausgangslage als in einzelnen Regionen Brandenburgs. Trotz dieser Differenzen sollten wir schauen, was wir gemeinsam in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg auch im Bereich Prävention tun können. Das wird uns beschäftigen. Damit bin ich am Ende angelangt, und wie im letzten Jahr heißt die Folie: Unterstützung, Hinweise, Lob, ja auch Kritik sind herzlich willkommen.

Ich bedanke mich bei Ihnen für die Aufmerksamkeit.

Senatorin Katrin Lompscher

Es steht zwar nicht auf der Tagesordnung, aber ich denke es ist trotzdem angemessen, dass wir den offiziellen Teil der Landesgesundheitskonferenz jetzt hier abschließen.

Ich habe ja die Fachforen und einen Teil der Diskussionen leider nicht erlebt, aber ich bin mir sicher, dass wir in den Foren, die sich sicher sehr qualifiziert und sehr vielfältig mit dem Thema „Gesund altern“ beschäftigt haben, eine Menge Anregungen bekommen haben für die weitere Arbeit der Landesgesundheitskonferenz und auch für unsere einzelnen Institutionen, in die wir ja nach dem heutigen Tag zurückgehen und wo wir spezifische Verantwortung wahrnehmen.

Ich bedanke mich bei allen, die für diese aktive und inhaltsreiche Ausgestaltung der Landesgesundheitskonferenz 2009 Beiträge übernommen und Verantwortung getragen haben und wünsche jetzt bei der Theatervorführung denjenigen, die noch bleiben können, alles Gute. Ich sage herzlichen Dank und bis zur nächsten Veranstaltung der Landesgesundheitskonferenz im Herbst 2010.

Vielen Dank.

Rahmenprogramm der 6. Landesgesundheits- konferenz Berlin

Zur der sechsten Landesgesundheitskonferenz wurde ein umfangreiches Rahmenprogramm organisiert. Die Teilnehmer/innen konnten in Form einer Bilderausstellung, einer Filmvorführung sowie einer Theatervorstellung einen Einblick in die angesprochenen Themenbereiche erhalten und sich auf einer Projektmesse informieren.

Bilderausstellung

Die vom Landesverband Angehörige Psychisch Kranker Berlin e.V. (apk) sowie der Deutschen Rheuma-Liga organisierte Bilderausstellung bot den Teilnehmern/innen einen Einblick in die Arbeiten der Malgruppe. Die ausgestellten Bilder des apk Berlin entstanden im Rahmen eines Aquarell-Kurses für Betroffene und ihre Angehörigen, welcher seit dem Jahr 2002 ein Mal wöchentlich angeboten wird. Gegründet wurde der Landesverband Berlin der Angehörigen psychisch Kranker e.V. im Jahr 1989. Der Verein bemüht sich um gemeinsame solidarische Anstrengungen und will mithilfe von Aufklärung und Selbsthilfe die Lebensbedingungen der Familien und ihrer erkrankten Angehörigen verbessern. Die Eigenverantwortung der Familien sollen gestärkt werden, damit sie in der Lage sind, sich die erforderlichen Hilfen und Rechte einzufordern.

Die Bilder der Deutschen Rheuma-Liga, vertreten durch Frau Senftleben, wurden von ihr selbst und ihrer Malergruppe der Selbsthilfegemeinschaft Lupus erythematodes kreiert. Die Deutsche Rheuma-Liga vertritt aktiv die Interessen von ca. 9 Millionen chronisch Rheumakranken. Zweck des Verbandes ist eine Verbesserung der medizinischen Versorgung und die soziale Sicherung der Betroffenen, zum Beispiel im Bereich der Erwerbsminderungsrente, zu erzielen.

Filmvorführung „Pflege und Karriere“

Dr. Andrea Mischker von der BIG Die Direktkrankenkasse, die den Film gefördert hat, führte in den Inhalt ein: Hinter der Entscheidung für einen Pflegeberuf steckt meist eine zutiefst hilfsbereite und soziale Lebenseinstellung. Die Arbeitsbedingungen führen jedoch häufig zu Frustrationen: der durchschnittliche Verbleib im Beruf von vier Jahren spiegelt dies wieder. Im Rahmen einer kurzen Version der Dokumentation „Pflege und Karriere?“ konnten die Zuschauer/innen einen

Einblick in die Arbeitswelt von Pflegekräften erhalten. In der Dokumentation berichteten ehemalige und aktive Pflegekräfte über ihren Karriereverlauf im deutschen Gesundheitswesen und gaben Ratschläge aus eigener Erfahrung an junge Auszubildende in der Pflege weiter. Mit der Dokumentation wollen die Autorinnen Andrea Mischker und Ilona Hanuschke junge Pflegekräfte motivieren und im Gesundheitswesen halten.

Theater der Erfahrungen – „Blauer Büffel“

Das Theater der Erfahrungen ist ein fahrendes Laientheater unter dessen Dach sich die drei Seniorentheatergruppen Spätzünder, Bunte Zellen und OstSchwung vereinigt haben. Männer und Frauen ab 50 Jahren kreieren ihre Stücke selbst und bedienen sich dabei eigener Erfahrungen aus dem Leben. Mit frecher Schnauze und Jargon, mit Tragik und Komik bringen sie Geschichten, die das Leben schreibt, auf die Theaterbühne.

Das Stück Blauer Büffel handelt von einer gestressten Frau Pumperding, die von einer Ärztin in Hypnose versetzt wird und aus deren Körper Organarbeiter hervortreten. Da wären die zickige Gallenköchin, der saure Magenpfortner, die inzwischen arbeitslos gewordene Gebä-



mutter Ovula und die beiden Herzdamen Libido und Platonica zu erwähnen, die im Stück ihre Sicht der Dinge wiedergeben. Neben all der Komik kommt aber auch die Liebe in diesem musikalischen Kabarettstück nicht zu kurz.

Projektmesse

Volkshochschulen Berlin

Die Berliner Volkshochschulen sind Weiterbildungseinrichtungen auf kommunaler Ebene. In jedem der zwölf Bezirke bieten sie umfassende Weiterbildungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfes an. Der Zugang ist offen für alle Interessierte ab 15 Jahren, unabhängig von Geschlecht, Religion, Herkunft und Weltanschauung.

Kontakt:

Eine Volkshochschule gibt es in jeden Berliner Bezirk.

Die einzelnen Standorte mit Anschrift und Telefonnummer finden Sie unter: <http://www.berlin.de/vhs/struktur/index.html>

Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe

Das Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe in gemeinsamer Trägerschaft von AWO und Caritas stellt das Referenzmodell Berlins zum Thema „Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ dar. Es gibt Anstöße für Diskussionsrunden in Fachkreisen und fungiert als Schnittstelle für die Bereiche Altenhilfe, Migration sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Kontakt:

Simplonstraße 27

10245 Berlin

Telefon: (030) 319 891 630

Fax: (030) 319 891 640

E-Mail: info@kom-zen.de

www.kom-zen.de



SEKIS

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle

SEKIS ist Zentrum und Mittler für Selbsthilfe sowie Selbstorganisation und unterstützt sowohl Einzelpersonen, Gruppen als auch Organisationen. SEKIS versteht sich als Schnittstelle der Engagementförderung und verfolgt das Ziel Selbsthilfeeinrichtungen, Nachbarschaftsarbeit sowie die Arbeit mit Familien, Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen zu unterstützen und weiter zu entwickeln.

Kontakt:

Albrecht-Achilles Straße 65

10709 Berlin

Telefon: (030) 892 660 2

Fax: (030) 890 285 40

E-Mail: sekis@sekis-berlin.de

www.sekis-berlin.de

Landessportbund Berlin (LSB)

Der Landessportbund Berlin ist eine gemeinnützige Organisation, in der Fachverbände des Amateursports, der bezirklichen Sportarbeitsgemeinschaften, der Bezirkssportbünde und sonstige Institutionen des sportlichen Bereiches zusammengeschlossen sind. Der LSB agiert als Repräsentant und Impulsgeber des Berliner Sports.

Kontakt:

Landessportbund Berlin e.V.

Jesse-Owens-Allee 2

14053 Berlin

Telefon: (030) 300 0 20

Fax: (030) 300 021 07

<http://www.lsb-berlin.de/30.o.html>

Alzheimergesellschaft Berlin e.V.

Die Alzheimergesellschaft Berlin e.V. ist ein Verein, der sich für die Förderung des Wohlbefindens an Alzheimer oder ähnlichen Leiden erkrankten Menschen und deren Angehörige engagiert. Im Rahmen seiner Möglichkeiten unterstützt der Verein Hilfeleistungen für die Betroffenen, bemüht sich um Anerkennung dieser Erkrankung in der Gesellschaft und leistet einen Beitrag zu wissenschaftlicher Forschung in diesem Bereich.

Kontakt:

Friedrichstraße 236

10969 Berlin

Telefon: (030) 89 09 43 57

Fax: (030) 25 79 66 96

E-Mail: info@alzheimer-berlin.de





Berliner Initiative Gesunde Arbeit (BIGA)

Die BIGA ist eine Gemeinschaftsinitiative von DGB, der HWK Berlin, der Senatsgesundheitsverwaltung sowie der Vereinigung der Unternehmensverbände Berlin und Brandenburg. Die Initiative bietet ein umfassendes Forum für alle, die sich für nachhaltigen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz interessieren und einen Beitrag dazu leisten wollen.

Kontakt:

Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin

Turmstraße 21

10559 Berlin

Tel. (030) 902545 -555

Fax. (030) 902545 -301

E-Mail: biga@lagetsi.berlin.de

Qualitätsverbund Netzwerk im Alter

Pankow e.V. (QVNIA e.V.)

Der Verein QVNIA engagiert sich für eine verbesserte Versorgung chronisch Kranker sowie pflege- und/oder rehabilitationsbedürftiger Menschen im Bezirk Berlin-Pankow. Schwerpunkt der Vereinsarbeit ist insbesondere die wohnortnahe und verbindliche Vernetzung der Angebote und Möglichkeiten der verschiedenen Akteure des Sozial- und Gesundheitsbereiches.

Kontakt:

Schönhauser Allee 59 b

10437 Berlin

Tel.: (030) 4748877-0

Fax: (030) 4748877-2

E-Mail: kontakt@qvnia.de

Albatros GmbH „mobidat“

Die Albatros GmbH ist ein gemeinnütziger Träger in Berlin, der unter anderem die Datenbank HILFELOTSEN, die von den Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ eingesetzt wird, konzipiert hat. Informationen zu professionellen und alltagstauglichen Hilfeangeboten für ältere Menschen werden darin bereit gestellt.

Kontakt:

Langhansstraße 64

13086 Berlin

Tel.: (030) 747771-15

Fax: (030) 747771-20

E-Mail: kontakt@mobidat.net

Unabhängige Patientenberatung Berlin

Die Unabhängige Patientenberatung Berlin ist ein Projekt des Sozialverbandes VdK Berlin-Brandenburg e.V. in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale Berlin e.V. Sie ist Teil des Modellverbundes „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ und wird durch die Spitzenverbände der Krankenkassen gefördert. Die Beratungsstelle bietet allen Interessierten unabhängige und kostenlose Informationen und Beratungen zu allen Fragen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Kontakt:

Rubensstraße 84

12157 Berlin-Schöneberg

Tel.: 80 10 78 -25 /-26

Fax: 85 62 95 87

E-Mail: berlin@upd-online.de

