

Neunte Landesgesundheits- konferenz Berlin

17. Dezember 2012
Rathaus Schöneberg Berlin

Dokumentation



Impressum

Herausgeber

Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung
im Land Berlin
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (030) 44 31 90 60

Redaktion

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.)
Marion Amler, Olivia Baier, Konrad Breuer, Jennifer Dirks, Rike
Hertwig

Fachliche Auskunft

Rike Hertwig

Satz und Layout

Connye Wolf, www.connye.com

Druck

Laserline

Die Fachstelle wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit
und Soziales finanziert.

Träger ist Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Bildnachweise

Alle Fotos von Jan Röhl, www.janroehl.de, außer
S. 3 Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales Berlin
S. 41 Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales Berlin
S. 43: LAGetSi
S. 45 (links oben): Theater der Erfahrungen
S. 46 (unten): Verband für sozial-kulturelle Arbeit e.V.

Die vorliegenden Texte wurden im Kontext der Gender
Mainstreaming Beratung der LGK insbesondere auf der
sprachlichen Ebene einem Gender-Lektorat unterzogen
(Christiane Droste / gender+).

Inhaltsverzeichnis

Editorial

Stefan Pospiech,
Leiter der Fachstelle für Prävention und
Gesundheitsförderung im Land Berlin 2

Eröffnung

Eröffnungsbeitrag
Mario Czaja,
Senator für Gesundheit und Soziales & Vorsitzender
der Landesgesundheitskonferenz 3

„Wir sind da!“

Dr. Johanna Hambach,
Vorsitzende der Landesseniorenvertretung Berlin,
Seniorenvertreterin Treptow-Köpenick 5

Massoud Jamshidpour,
Vorsitzender der Seniorenvertretung Reinickendorf 6

Fachvortrag

Das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“
Rudolf Herweck 7

Forum I: „Gesund im Beruf – Aktiv in den Ruhestand“ 11

Forum II: „Teilhabe und Teilgabe im Ruhestand“ 16

Forum III: „Health Café – Dabei trotz Einschränkungen“ 21

Forum IV: „Gesundheitsförderung trotz
Pflegebedürftigkeit“ 25

Forum V: „Interkulturelle Öffnung für Ältere in allen
Lebenslagen“ 30

Abschlussplenum

„Mit Mitgliedern der LGK im Gespräch“ 33

Schlusswort

„Rückblick und Ausblick“
Emine Demirbüken-Wegner,
Staatssekretärin für Gesundheit 41

Rahmenprogramm

Projektmesse und Fotoausstellung 43

Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz Berlin 47

Über die Fachstelle 49

Editorial

Sehr geehrte Damen und Herren,

„Gemeinsam mehr bewegen“ – dies ist nicht nur Titel der zur Konferenz veröffentlichten Broschüre zur Bewegungsförderung im Alter, sondern kann auch als Motiv der Zusammenarbeit unter dem Dach der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin verstanden werden.

Die 2011 verabschiedeten Gesundheitsziele standen im Mittelpunkt der 9. öffentlichen Landesgesundheitskonferenz; „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ ist das formulierte Oberziel. Im Dialog zwischen Politik, Verwaltung, Versorgung, Praxisakteuren und Berliner Seniorinnen und Senioren wurden Strategien für drei Handlungsfelder definiert: Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe älterer Menschen zu stärken, Bewegung im Alltag zu fördern sowie die Versorgung und Teilhabe von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

Die 9. LGK nahm vor diesem Hintergrund eine detaillierte Analyse der unterschiedlichen individuellen Lebenssituationen und sozialen Lebenslagen im Alter vor. Denn die Lebensphase des Alter(n)s umfasst bis zu fünf Lebensjahrzehnte, in denen sich viel bewegt und verändert. Gleichzeitig prägen vielfältige Lebensentwürfe sowie unterschiedliche familiäre, soziale und kulturelle Hintergründe die Entwicklung der Menschen bis ins hohe Alter. Die positive Gestaltung und Bewältigung dieser Phasen und Übergänge ist für ein selbstbestimmtes Altern von zentraler Bedeutung. Betrachtet wurden etwa der Übergang vom Beruf in den Ruhestand, die Potenziale der Teilhabe und Teilgabe, das Leben mit chronischen Erkrankungen sowie Pflegesituationen. Unter dem Motto „Wir sind da“ wurden dabei die Perspektiven Älterer stets aktiv einbezogen.

Auf Landesebene und in den Bezirken wird bereits viel erfolgreiche Arbeit geleistet, die aufgegriffen werden kann. Für das Handlungsfeld Bewegung etwa, das die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz über das Jahr 2012 in den Mittelpunkt gerückt hatten, konnte die Broschüre „Gemeinsam mehr bewegen“ vorgestellt werden. Mit bewährten Beispielen und praktischen Informationen zur Bewegungsförderung sollen damit Anregungen für die Umsetzung gegeben werden.

Für 2013 haben die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz beschlossen, auch die Lebenswelt Betrieb stärker zu berücksichtigen. Das Fachforum „Gesund im Beruf – Aktiv in den Ruhestand“ auf dieser Landesgesundheitskonferenz gab dazu den Einstieg.

In der hier vorliegenden Dokumentation finden Sie die Inhalte der fachlichen Beiträge, Reden und Gesprächsrunden. Über 300 Teilnehmende aus Verwaltung, Politik, Wissenschaft, Alten- und Nachbarschaftshilfe, Versorgung und Pflege haben am 17. Dezember 2012 im Berliner Rathaus Schöneberg ihre Erfahrungen und Perspektiven in die Diskussionen eingebracht und Expertise für die Weiterentwicklung und Umsetzung der Gesundheitsziele gebündelt.

Wir hoffen, dass Sie aus den Ergebnissen wertvolle Anregungen für Ihre Arbeit ziehen können und laden Sie herzlich dazu ein, sich auch künftig mit Ideen, Anregungen und Aktivitäten einzubringen.

Stefan Pospiech

Leiter der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin

Rike Hertwig

Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz

Eröffnung

Eröffnungsbeitrag

Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales & Vorsitzender der Landesgesundheitskonferenz

Sehr geehrte Damen und Herren,

die diesjährige Landesgesundheitskonferenz widmet sich den verschiedenen Übergängen und Lebenslagen des Alter(n)s. Dies umfasst auch kritische Lebenslagen, die das Leben verändern und deren positive Bewältigung für ein aktives Altern von zentraler Bedeutung sind. Dabei orientieren sich die Themenfelder der LGK an den Lebensphasen des Alterns:

- Frühes Gesundheitsbewusstsein bereits beim Einstieg in des Berufsleben
- Organisation des Übergangs Berufsleben – Ruhestand
- Ruhestand weiter aktiv gestalten
- Aktivität trotz gesundheitlicher Einschränkungen
- Aktivität im Fall des Eintritts von Pflegebedürftigkeit

Damit führt die Landesgesundheitskonferenz ihren Leitgedanken fort: Prävention als Profil. Bereits 2009 wurde die Diskussion um den Gesundheitszielprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ auf der 6. LGK begonnen. Dabei standen die Themen „Geriatrische Versorgungsprobleme alter kranker Menschen an den Schnittstellen im Gesundheitswesen“, insbesondere die Probleme der an Demenz erkrankten Menschen, „Orte der Gesundheitsförderung“ sowie die „Teilhabe für ältere Menschen“ im Mittelpunkt. Die 7. LGK im Jahr 2010 setzte weitere Schwerpunkte in der Diskussion psychotherapeutischer und geschlechtsspezifischer Aspekte von Gesundheit im Alter.

Mitte 2011 wurde das Strategiepapier zur Entwicklung von Gesundheitszielen beschlossen, in dem Handlungsfelder und -bedarf festgelegt wurden.

Nun befinden wir uns im Prozess der Zielkonkretisierung und der kontinuierlichen Überprüfung bewährter bzw. noch zu entwickelnder Umsetzungskonzepte für die Zielgruppe der Älteren. Hierbei wird die Heranziehung von Indikatoren für ein begleitendes Monitoring des Berliner Gesundheitszielprozesses „Gesund



im Alter“ sowie eine notwendige Konkretisierung der Zielgruppen eine große Rolle spielen. Um dieses Ziel zu erreichen, hat sich die LGK-Arbeitsgruppe „Gesundheitsziele für Ältere“ im September 2012 konstituiert. Sie wird den Zielprozess begleiten, die Kooperationen fördern und ihre Ergebnisse und Maßnahmen einbringen.

Berlins Bevölkerung wächst in den nächsten Jahren weiter an. Das verlangsamt den Wandlungsprozess, kann ihn aber auch nicht umkehren. Die Bevölkerung der Stadt wird insgesamt älter.

Mit der Alterung wird sich der Bedarf an Infrastrukturleistungen verändern und sich stärker an den Bedürfnissen Älterer orientieren müssen. Dabei stehen vor allem Gesundheitsdienst- und Pflegeleistungen, die ärztliche Versorgung, alters- und familien-gerechtes Wohnen und altersspezifische soziale Infrastrukturen im Vordergrund. Aufgrund der steigenden Vielfalt von unterschiedlichen Lebensentwürfen ist ein differenzierter Blick gefragt, will man dem Altern in seiner Diversität der sozialen Rollen und im physiologischen Alterungsprozess gerecht werden.

Dadurch ergibt sich die Herausforderung, vorhandene Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung anzupassen, aber auch die geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgung und

aktivierende Pflege darauf einzustellen. Die diesjährige Konferenz fokussiert sich deshalb auf ressourcenorientierte Ansätze für das gesunde Altern.

Im Forum „Gesund im Beruf – Aktiv in den Ruhestand“ werden die Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement thematisiert. Die Struktur der Arbeitswelt unterliegt einer beschleunigten Veränderung. Arbeitsverdichtung kann zu erhöhtem Druck führen.

Wie lässt sich unter diesen Rahmenbedingungen ein gesundes Arbeitsumfeld gestalten. Dabei ist vor allem interessant, wie der Übergang zwischen den verschiedenen Altersstufen gestaltet werden kann. Während des Berufseinstiegs müssen Präventionsangebote die entsprechende Doppelbelastung aus Beruf und Familie berücksichtigen. Später geht es um die Gestaltung des Ausscheidens aus dem Berufsleben. In höherem Alter gilt es, den Übergang nach dem Ausstieg zu organisieren und einen aktiven Ruhestand vorzubereiten.

Dieser Herausforderung nehmen sich mehrere Foren der Landesgesundheitskonferenz in diesem Jahr an. Nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben müssen unterschiedliche Lebenslagen der Menschen Berücksichtigung finden und attraktive Angebote für unterschiedliche Zielgruppen bereitgestellt werden. Dazu zählen auch die interkulturelle Öffnung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten und die damit verbundene zielgruppenspezifische Ansprache.

Hierfür sind eine transparente Angebotsübersicht und die Verbesserung der Kommunikationsstrukturen im Stadtteil notwendig. Dabei ist die Einbindung von Seniorenvertretungen und Pflegestützpunkten, von Altenhilfekordinatoren und Beratungsstellen, von gesundheitlichen und sozialen Leistungserbringern und Krankenkassen, von Quartiers- bzw. Stadtteilmanagement und Wohnungsunternehmen, von lokaler Wirtschaft und Politik von besonderer Bedeutung.

Entsprechend den Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur ist damit zu rechnen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen stetig zunimmt. Derzeit beziehen in Berlin mehr als 100.000 Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Diese Zahl wird bis zum Jahr 2030 auf 170.000 Pflegebedürftige ansteigen. Daher widmet sich auch ein Forum der Landesgesundheitskonferenz explizit der Vereinbarkeit von Gesundheitsförderung und Pflegebedürftigkeit. Dabei reicht das Spektrum von einer transparenten Angebotsübersicht über die Unterstützungsmöglichkeiten bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit über die Organisation des Übergangs in die Pflegebedürftigkeit.

Der Aufbau der fünf Diskussionsforen entlang des Lebensverlaufs verdeutlicht die Bedeutung der Vernetzung von Angeboten und des Aufbaus von Angebotsketten, um dem spezifischen Handlungsbedarf entlang der Lebensphasen des Alterns gerecht zu werden. Das gemeinsame Engagement muss darauf ausgerichtet sein, die Selbständigkeit und Lebensqualität auch im Alter zu erhalten.

Wir sind da!

Dr. Johanna Hambach
Landesseniorenvertretung Berlin



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich soll eigentlich berichten über Teilhabe in der Phase des Älterwerdens, aber ...

Das Thema dieser Veranstaltung „Wir sind da!“ reizt zum Nachdenken in die unterschiedlichsten Richtungen.

Könnte bedeuten: Wir sind angekommen! Auf mich bezogen heißt es vielleicht: angekommen im Rentenbezug oder angekommen im Ehrenamt als Vollzeitjob oder einfach angekommen in einem anderen Lebensabschnitt.

Könnte bedeuten: Wir sind schon immer hier! Ihr habt uns nur nicht so richtig wahrgenommen oder für voll genommen, ihr müsst mit uns rechnen, müsst euch auf uns einlassen.

Es könnte bedeuten: Wir sind viele! Der Anteil der über 60-Jährigen wächst weiter.

Könnte bedeuten: Wir sind wer! Wir sind nicht zu übersehen, wir mischen uns ein mit unserem Wissen, unseren Erfahrungen, haben unseren eigenen Willen, der in jeder Lebensphase respektiert werden muss, aber störrische Alte sind wir auf keinen Fall!

Und noch etwas:

Die Aussage „Wir sind da!“ endet mit einem Ausrufezeichen, könnte also auch bedeuten: Achtung, „Wir sind da!“, im Sinne von Hochachtung oder Achtung: da sind die Alten mit ihren Potenzialen, ihrem eigenen Willen, ihren Forderungen, ihrem immer Mitmischen wollen oder auch Achtung – die machen Arbeit, die sind krank, müssen gepflegt werden.

Sind wir gar eine Bedrohung? Für was und wen auch immer, ich sage: nein!

Ich vertrete die Auffassung, dass wir, ganz gleich in welcher Phase des Älterwerdens wir uns befinden, Berlin bereichern. Ich meine aber auch, dass Potenziale für ein gesundes und aktives Altern täglich neu erstritten werden müssen. Dazu sind in der Vergangenheit zwar schon etliche Rahmenbedingungen geschaffen worden, aber sie müssen weiterentwickelt werden. Da ich Mitglied der Seniorenvertretung Treptow-Köpenick und damit der Landesseniorenvertretung bin und außerdem deren

Vorsitzende, liegt mir das Seniorenmitwirkungsgesetz besonders am Herzen. Inzwischen gibt es vier Länder, die ein solches Gesetz haben, aber Berlin ist diesbezüglich Vorreiter in der Bundesrepublik.

Das Gesetz ist eine gute Grundlage für die Interessenvertretung der Älteren durch die Älteren selbst. An Gesetzen kann keiner so leicht vorbei. Obwohl ich erst seit der letzten Wahl die Arbeit der Seniorenvertretung persönlich erlebe, kann ich sagen: Die Seniorenvertretungen sind eine sehr gute Möglichkeit der Teilhabe, der Mitwirkung und Mitbestimmung an den Geschicken des Bezirkes für die konkrete Umsetzung der Interessen der Älteren.

Das ist von Bezirk zu Bezirk durchaus unterschiedlich. Auch der Bekanntheitsgrad der Seniorenvertretungen ist noch sehr gering. Aber trotzdem ist es eine gute Möglichkeit unserer Generation, sich aktiv zu beteiligen. Einige Beispiele aus unserer lokalen Seniorenvertretung: Wir haben uns im Bezirk zum Haushalt positioniert, haben in einem Schreiben an Herrn Czaja konkrete Positionen zu den Kosten der Unterkunft formuliert, sind in den Beiräten der Senioren- und Pflegeheime aktiv, setzen uns aktiv für den Erhalt und die Weiterentwicklung unserer Begegnungsstätten ein, haben uns wegen des drastischen Stellenabbaus an die Abgeordneten gewandt und ... Wir sind aktiv!

Seit Jahren sind in den Bezirken leise, aber auch laute und immer lauter werdende Proteste der Seniorinnen und Senioren hörbar. Sie treten für ihre Interessen ein, aber damit gleichzeitig für die jüngere Generation. Alle werden älter.

Gestatten Sie mir auf einen anderen Aspekt aufmerksam zu machen. Es ist das Bild, das Jüngere vom Alter und den Alten haben. Ganz gleich, ob Schülerinnen und Schüler, die Politik oder die Medien oder andere sich äußern – meist wird Alter immer noch mit Verfall, mit Pflegebedürftigkeit identifiziert.

Ein Beispiel: Vor wenigen Tagen rief eine Journalistin an und wollte im Zusammenhang mit der Veröffentlichung, dass 2030 bedeutend mehr über 80-Jährige in Berlin leben werden, von mir wissen, wie viele Pflegeheime notwendig seien und ob die Zahl von heute ausreichen würde. Ich sagte ihr, dass es vor allem darum gehen muss, ob das Wohnumfeld dem Alter gerecht wird, ob die soziale und kulturelle Infrastruktur und die medizinische Versorgung im Kiez ein menschenwürdiges, aktives und gesundes Altern ermöglicht. Das wollte die Journalistin aber nicht hören.

Das bestätigt mir: Es ist nach wie vor eine der größten Herausforderungen, das Bild der Gesellschaft über die Alten zu verändern, die Differenziertheit des Alters und des Älterwerdens zu verdeutlichen.

2030 gehöre ich zur Gruppe ‚80plus‘. Ich bin der festen Überzeugung, dass ich aufgrund meiner Art und Weise zu leben, nämlich mich einzumischen, aktiv zu sein, auch dann noch zu den aktiven und gesunden Alten zählen werde, vielleicht mit kleinen, aber unbedeutenden Wehwehchen.

Meine Mutter war mit 80 auch noch sehr aktiv in ihrem Umfeld tätig. Sie wurde 95 Jahre alt.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Wir sind da!

Massoud Jamshidpour
Seniorenvertretung Reinickendorf



Meine Damen und Herren, sehr geehrter Herr Senator Czaja, als ich zum ersten Mal etwas von dieser Konferenz gehört habe, hat mich der Titel fasziniert: „Wir sind da! Potenziale des Alters“.

Auch für diese Rede, die ich nun bei der Eröffnung der 9. LGK so spontan halten soll – vor gut 30 Minuten habe ich erst davon erfahren, dass der eigentliche Redner verhindert ist – habe ich keine Redenotizen.

Nun, „Wir sind da!“ – das kann ich als Senior verstehen, aber auch als ein Mensch mit Migrationshintergrund. Ich denke gerade an die Leute mit Migrationshintergrund, die schon so lange wie ich in Berlin bzw. in Deutschland sind.

Ich bin schon seit 1966 hier in Berlin. Also länger als das Alter mancher Leute, die hier sitzen. Ich habe hier in Berlin studiert und danach angefangen, in einer großen Firma zu arbeiten. Vor drei Jahren bin ich mit 65 in die Rente gegangen. Bis dahin habe ich lückenlos voll gearbeitet, Familie gegründet, Existenz aufgebaut usw.

Für die Seniorenvertretungen habe ich mich vorher wenig interessiert und auch nichts davon gewusst. Das Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom-zen), das sich zum Ziel gesetzt hat, die Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund ins Gespräch zu bringen, hat mich schließlich animiert, als Seniorenvertreter zu kandidieren. Die Wahlen der Seniorenvertretung waren Ende 2011. In Berlin Reinickendorf, wo ich auch wohne, habe ich kandidiert und wurde auch gewählt. Als kurz darauf unser Vorsitzender aus gesundheitlichen Gründen zurücktreten musste, wurde ich bei den Neuwahlen fast einstimmig als Vorsitzender gewählt. Ich wurde sozusagen in diese Rolle ‚hineingeschoben‘.

Ich merke, dass wir alle viele Potenziale haben. Ich meine, wenn jemand 68 Jahre alt geworden ist, dann hat er schon viel erlebt und bewegt. Ich habe auch festgestellt, dass im Arbeitsleben die Zusammenarbeit zwischen den Menschen anderer Herkunftsländer und den Einheimischen sehr gut funktioniert. In den Betrieben ist es selbstverständlich, dass man gemeinsam etwas bewegt. In meinem Berufsleben habe ich mit Projekten zu tun gehabt, wo Menschen unterschiedlicher Herkunft und Nationalität vertreten waren und gemeinsam große Projekte in Deutschland und weltweit umgesetzt haben.

Da frage ich mich, wieso kann man in der Gesellschaft im Alltag eigentlich nicht so eng zusammenarbeiten und an einem Strang ziehen?

Mein Wunsch und Vorhaben war und ist, die Gesichter der Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund einfach bekannter zu machen.

Ehrenamtliche Tätigkeiten sind mir durchaus vertraut. Ich habe schon relativ früh in meinem Berufsleben angefangen, ehrenamtlich tätig zu werden, und zwar in Reinickendorf und auch in Neukölln. Ich bin Präsident von einem großen Verein – HOPE worldwide Deutschland e.V., der sich in Berlin um die Seniorinnen und Senioren kümmert und mit den anderen Organisationen weltweit zusammenarbeitet. Da kommt man auch sehr gut in Kontakt mit anderen Nationen. Alle diese Dinge haben mich dazu bewegt, auch in meinem Bezirk und darüber hinaus als Vorsitzender der Seniorenvertretung und Mitglied der Landesseniorenvertretung/des Landesseniorenbeirats etwas für diese meine Gesellschaft zu tun. So komme ich beispielsweise mit den Verantwortungsträgern im Bezirk und Land hier zusammen und so ergeben sich gemeinsame gute Gespräche zum Wohle der Älteren in dieser Stadt.

Migrant oder Migrantin zu sein heißt nicht, dass man keinen Zugang zu den Einrichtungen hat. Migrant zu sein heißt vielmehr häufig, dass man gewisse Hemmungen hat, an solchen Aktivitäten teilzuhaben. Mein Wunsch und Ziel ist es, diese Hemmungen abzubauen und dazu beizutragen, dass Migranten und Einheimische „ins Gespräch“ kommen.

So hatte ich ein gutes Gespräch mit den Seniorinnen und Senioren in einem südlichen Bezirk von Berlin, wo man mich eingeladen hatte, im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung für die Ehrenamtlichen, über „Interkulturelle Begegnungen, Gemeinsamkeiten entdecken“ zu sprechen. Die Teilnehmenden fragten mich unter anderem, was ich hier in Deutschland erlebe und was ich mache usw. Dieses Gespräch hat dazu geführt, dass viele Missverständnisse beseitigt wurden und es kam der Wunsch auf, diese Gespräche weiterzuführen.

Man kann einfach miteinander ins Gespräch kommen, sich besser kennenlernen und Vorurteile abbauen. Ablehnung entsteht nur, weil man sich nicht kennt. Ich bin der Meinung, dass wir hier in Berlin eine Vorbildfunktion haben können für Deutschland. Ich kenne auch ein paar andere Städte in Deutschland, aber ich fühle mich sehr wohl in Berlin, weil man auch gut aufgenommen wird. Es gibt auch Ablehnung, aber die Frage ist, wie man damit umgeht und auch aus den nicht immer erfreulichen Situationen Erkenntnisse für das gemeinschaftliche Leben gewinnen kann.

Vielen Dank.



Fachvortrag

Das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“

Rudolf Herweck
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Einladung zu Ihrer Landesgesundheitskonferenz und freue mich darüber, einige Erläuterungen zum Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ geben zu können. Ich hoffe, damit auch einige Anregungen zu Ihrem Gesundheitszieleprozess geben zu können.

Das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ist im Januar dieses Jahres verabschiedet worden. Plattform für den nationalen Gesundheitszieleprozess ist der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“. Ihm gehören neben den relevanten Akteuren im deutschen Gesundheitswesen weitere Akteure an, die auf die Gesundheit der Bevölkerung einwirken bzw. einwirken können – insgesamt sind es etwa 120 Partnerinnen und Partner.

Es stellt sich natürlich die Frage: Warum Ländergesundheitsziele, wenn es Nationale Gesundheitsziele gibt? Und umgekehrt:

Warum Nationale Gesundheitsziele, wenn es Ländergesundheitsziele gibt?

Im nationalen Gesundheitszieleprozess sind neben den Ländern vor allem Akteure auf Bundesebene angesprochen, also z.B. der Bundesgesetzgeber, die Bundesverbände der Krankenkassen oder sonstiger Verbände oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Gesundheitszieleprozesse der Länder sprechen Akteure im Land an, neben den Landesverbänden vor allem die Kommunen. Das ergänzt sich gut. Nationale Gesundheitsziele können die Klammer für Zielinitiativen auf Länderebene bis hin zu kleinräumigen, kommunalen Ansätzen bilden. Der nationale Gesundheitszieleprozess knüpft dabei auch an Zieleprozesse der Länder an. Umgekehrt ist der nationale Gesundheitszieleprozess aber auch von großer Bedeutung für die Länder und Kommunen. Sie können ihrerseits Anregungen aus dem nationalen Gesundheitszieleprozess aufgreifen und in ihre Zieleprozesse einführen. In diesem Sinn hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Juni dieses Jahres in einem Beschluss in dem Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ eine wichtige Grundlage für ihre eigenen Zielprozesse gesehen und dem selbstverwalteten Gesundheitswesen und den kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften empfohlen, das nationale Gesundheitszielekonzept zur Handlungsgrundlage zu machen.

Wo kann das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ zu dem Gesundheitszieleprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ des Landes Berlin beitragen? Lassen Sie mich dazu das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ kurz skizzieren.

Zunächst zu Aufbau und Inhalt des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“:

Behandelt werden drei Schwerpunkte oder Handlungsfelder, nämlich 1. Gesundheitsförderung und Prävention, 2. die medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung sowie, 3. wie den besonderen, durch die demografische Entwicklung bedingten Herausforderungen zu begegnen ist.

Bei dem Handlungsfeld I **„Gesundheitsförderung und Prävention“** geht es um die Frage: Wie kann die Autonomie älterer

Menschen möglichst lange durch Gesundheitsförderung und Prävention erhalten bleiben? Wegen ihrer Bedeutung für die allgemeine Gesundheit älterer Menschen werden Empfehlungen in Bezug auf die gesellschaftliche Teilhabe, die Stärkung der Ressourcen, die körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung und die Mundgesundheit älterer Menschen gegeben.

Das Handlungsfeld II „**Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung**“ behandelt die Frage: Wie können die Versorgungsstrukturen angesichts der zunehmenden Zahl älterer Menschen und angesichts des höheren Risikos von Chronizität und Multimorbidität weiterentwickelt werden? Dabei geht es in Bezug auf ältere Menschen um Verbesserungen bei den Versorgungsstrukturen, bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sowie bei der Situation betreuender und pflegender Angehöriger.

Im dritten Handlungsfeld „**Besondere Herausforderungen**“ wird die Frage gestellt, wie die besonderen sich durch die demografische Entwicklung ergebenden Herausforderungen – nämlich die Zunahme des Anteils älterer, vor allem hochbetagter Menschen, und die damit verbundene Veränderung des Krankheitsspektrums – bewältigt werden können. Behandelt werden die Themen Behinderung, psychische Gesundheit, Demenz, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit und es werden Empfehlungen für geeignete Maßnahmen gegeben.

Zu den in den drei Handlungsfeldern benannten Themen werden jeweils Ziele definiert – es sind insgesamt 13 Einzelziele. Zu jedem Einzelziel werden Teilziele benannt und beispielhafte Maßnahmen, die zur Zielerreichung beitragen können.

Insgesamt werden – wie im gesamten nationalen Gesundheitszieleprozess üblich – Querschnittsthemen, wie z.B. das Thema „Gesundheitliche Chancengleichheit“, berücksichtigt.



Abb.: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.

Ich kann an dieser Stelle nicht alle Einzelziele vorstellen, will Ihnen aber zur besseren Anschaulichkeit zwei Beispiele geben.

Zunächst das Ziel Nr. 1 aus dem Handlungsfeld I.

Es lautet „Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.“

Zu diesem Ziel sind als Teilziele z.B. – etwas verkürzt – benannt:

- Wissen älterer Menschen um die Bedeutung eines aktiven Alterns sowie einer aktiven Gestaltung des Alters
- Vorhandensein von Angeboten für Aktivitäten, Förderung von Engagement und Teilhabe
- Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen durch die Kommunen
- Frühzeitiges Erkennen von Zugangsbarrieren und der Gefahr von Isolation

Als Maßnahmen vorgeschlagen werden z.B. (ebenfalls verkürzt):

- Schaffung eines Leitbilds und einer Gesamtkonzeption einer lokalen Bürgergesellschaft mit Aussagen zur gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen
- Vorhaltung bzw. Schaffung von Anlauf- u. Koordinierungsstellen zur Beratung und Information von Einzelnen und Gruppen
- Unterstützung von Engagementstrukturen (z.B. Seniorenbüros) sowie von Kooperationsstrukturen und Netzwerken
- Einbeziehung älterer Menschen in kommunale Planungen
- Aktivierung und Förderung von Nachbarschaftsaktivitäten und Nachbarschaftshilfe, Vermittlung von Interessenpartnerschaften
- Werbung für Aktivitäten (z.B. Engagementbörsen), Schaffung einer Anerkennungskultur

Als weiteres Beispiel das Ziel Nr. 2 aus dem Handlungsfeld I. Es lautet: „Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken gemindert.“ Auch hier – verkürzt – ein Ausschnitt aus den Teilzielen:

- Lebenslanges Lernen auch für Ältere
- Wissen älterer Menschen um Gesundheit, Gesundheitsverhalten, gesundheitliche Risikofaktoren und Kontrollmöglichkeiten sowie um die Beeinflussbarkeit des Alterns
- Frühzeitiges Erkennen von Anzeichen chronisch-degenerativer Krankheiten
- Bewältigung kritischer Lebensphasen
- Vermeidung von Sturzgefahren

Als Umsetzungsmaßnahmen werden neben der Förderung des Lernens (Stichwort: Lebenslanges Lernen) Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen und besseren Erkennung und Minderung von Risiken aufgezeigt, wie zum Beispiel:

- Abbau von Altersstereotypen, Vermittlung von positiven Beispielen der Bewältigung der Herausforderungen des Alterns
- Förderung der Regulationsfähigkeit zur Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen im Alter
- Allgemeine Informationen zu Gesundheitsthemen
- Krankheitsbezogene Informationen und Informationen zur Früherkennungsuntersuchungen
- Information und Beratung zu krisenhaft erlebbaren oder erlebten Lebensphasen sowie Beratung und Unterstützung in solchen Lebensphasen
- Förderung des lebenslangen Lernens

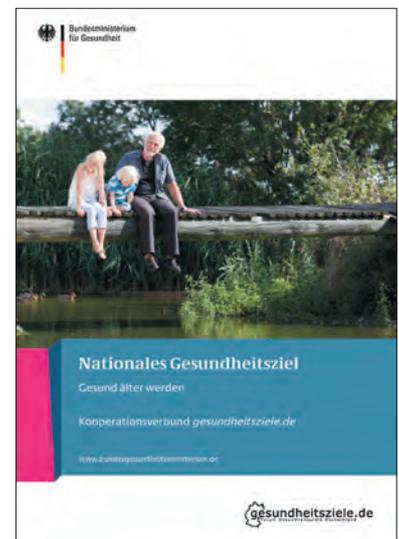
Dem Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ liegen – wie könnte es auch anders sein – grundsätzliche Erwägungen, bestimmte Erkenntnisse und bestimmte Vorstellungen zugrunde.

Ausgangspunkte bei der Entwicklung des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ waren u.a.:

- Die Vielgestaltigkeit des Alters. Es gibt nicht das (eine) Alter. Der Begriff Alter umfasst junge Alte und Hochaltrige, Rüstige und Gebrechliche, Gesunde und (chronisch) Kranke, Menschen in günstigen und Menschen in weniger günstigen Lebenslagen. Gesundheitszieleprozesse sollten die verschiedenen Ausprägungen des Alters im Blick haben. Der Blick reicht deshalb vom „normalen“ Altern über kritische Lebensereignisse bis hin zu Pflegebedürftigkeit oder Multimorbidität. Es ist eine Banalität: Auch Hochaltrige brauchen eine ausgewogene Ernährung, wollen mobil sein und am sozialen Leben teilnehmen. Auch Hochaltrige – selbst wenn sie nie Sport getrieben haben – können noch für Bewegung und Sport gewonnen werden.
- Das Verständnis von Gesundheit im Alter. So wie es nicht das Alter gibt, so gibt es nicht die (eine) Gesundheit im Alter. Gesundheit im Alter kann angesichts der Krankheitslast im hohen Alter nicht das Fehlen von Erkrankungen und körperlichen Einbußen bedeuten. Das Verständnis von Gesundheit im Alter hat nicht nur Bedeutung für die Erhaltung der Gesundheit der Gesunden, sondern auch für die Gesundheit von z.B. Pflegebedürftigen oder Demenzerkrankten. Auch ihnen müssen die Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention eröffnet werden. Auch sie haben ein Recht auf Teilhabe oder Mobilität.
- Die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention: Viele der Krankheiten im Alter können durch Gesundheitsförderung und Prävention vermieden, ihr Eintritt kann hinausgeschoben oder ihre Folgen können verringert werden. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention machen also bis in das hohe Alter Sinn. In unserem Zusammenhang ist nicht so sehr von Bedeutung, dass Gesundheitsförderung und Prävention wirken, sondern dass sie auch bei Älteren und Hochaltrigen Wirkung entfalten, wie z.B. kürzlich im Projekt „Fit für 100“ des DOSB belegt. Auch Kranke und Schwerkranke gewinnen durch Gesundheitsförderung und Prävention, wie sich bei dem kürzlich von der BKK prämierten Projekt „NADIA“ gezeigt hat, bei dem Demenzerkrankten und ihren Angehörigen gemeinsam die Möglichkeit geboten wurde, sich zusammen mit anderen Betroffenen gezielt körperlich zu bewegen. Bewegung ist also der eine Aspekt dieses Projekts, soziale Teilhabe der andere. Auch beim Thema Gesundheitsförderung und Prävention gilt es, die Vielgestaltigkeit des Alters, die Vielgestaltigkeit der Lebenssituationen zu beachten. Den pflegenden Angehörigen ist deshalb – auch unter dem Gesichtspunkt Gesundheitsförderung und Prävention – ein eigenes Einzelziel gewidmet.
- Die Bedeutung von Altersbildern: Ein ganzer Altenbericht hat sich mit der Bedeutung von Altersbildern in unserer Gesellschaft beschäftigt. Leider noch zu oft anzutreffende undifferenzierte und einseitige Altersbilder – sowohl Fremdbilder als auch Selbstbilder – werden der Vielfalt und Verschiedenheit der Lebenssituationen älterer Menschen so-

wie der lebenslangen Gestaltbarkeit von Entwicklungsprozessen nicht gerecht. Notwendig ist hier eine Verankerung von realistischeren und differenzierteren Altersbildern in der Bevölkerung und insbesondere bei den Professionellen, aber auch bei den älteren Menschen selbst. Alter darf nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden, sonst kann das positive Veränderungspotenzial im Alter nicht erkannt und genutzt werden. Wer als Betroffene oder Betroffener, als Ärztin oder Arzt eine Erkrankung als altersbedingt ansieht, wird auch keine Schritte zur Heilung unternehmen. Niederschlag hat dies gefunden in den Empfehlungen zur Bewusstseinsbildung der älteren Menschen sowie zur Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Die Notwendigkeit realistischer Altersbilder zeigt sich insbesondere in Bezug auf Demenzerkrankte und psychisch Erkrankte.

- Bildung, positive Altersbilder und individuelle Regulationsfähigkeit sind wichtige gesundheitliche Ressourcen. Sie ermöglichen, auch in Fragen der eigenen Gesundheit oder im Umgang mit Krankheit autonom zu handeln und Grenzsituationen (wie z.B. Übergang in Krankheit) und kritische Lebensereignisse (wie z.B. Übergang in Rente oder Verwitwung) zu bewältigen.
- Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Thema Bildung. Es ist belegt, dass Partizipationschancen älterer Menschen insbesondere durch ihren Bildungsstatus beeinflusst werden. Bildung ist eine Voraussetzung für die Erkenntnis der positiven Veränderbarkeit des eigenen Älterwerdens. Wenn ältere Menschen die Bedeutung sozialer Teilhabe, von Mobilität und Bewegung sowie einer ausgewogenen Ernährung für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit erkennen sollen, dann hat das etwas mit Bildung zu tun. Das gleiche gilt, wenn sie Gesundheitsinformationen verarbeiten und wenn sie Gesundheitskompetenz erwerben sollen. Älteren müssen deshalb im Sinne lebenslangen Lernens Bildungschancen erhalten bzw. eröffnet werden. Bildungsträger sind deshalb wichtige Partner im Gesundheitszieleprozess.
- Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit/Bedeutung von Lebenslagen: Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheitschancen ist belegt. Ein besonderes Anliegen im Gesundheitszieleprozess ist es, sich damit zu befassen, wie soziale Ungleichheiten ausgeglichen werden können.



Meine Damen und Herren, vielleicht das zentrale Thema bei „Gesund älter werden“ ist die soziale Teilhabe. Nicht umsonst ist es das Einzelziel, das an der ersten Stelle steht.

Gesellschaftliche Teilhabe hat große Bedeutung für die Gesundheit älterer Menschen. Untersuchungen haben belegt, dass

es sich günstig auf die Gesundheit und die Lebensqualität auswirken kann, wenn ältere Menschen aktiv sind. Sie sind im Durchschnitt gesünder, haben mehr soziale Kontakte und genießen eine größere Lebenszufriedenheit als inaktive Menschen. Negativ kann sich auf die Gesundheit auswirken, wenn ältere Menschen wenig teilhaben oder gar isoliert leben. Isolation und Vereinsamung stellen Risikofaktoren für psychische Erkrankungen dar.

Besondere Bedeutung kommt dem freiwilligen Engagement älterer Menschen zu. Die Engagementquote bei älteren Menschen ist in den letzten Jahren gestiegen. Allerdings nimmt das Engagement mit zunehmendem Alter ab. Der Rückgang kann durch Lebensumstände wie mangelnde Mobilität, einen eingeschränkten Aktionsradius, Alleinleben oder geänderte Familienkonstellationen, aber auch durch Umstände des Lebensumfelds und der Infrastruktur begünstigt werden. Ein erhöhtes Engagement findet sich z.B. bei Personen mit höherer Bildung. Unterdurchschnittlich vertreten sind u.a. Personen mit einfachem Sozial- und Bildungsstatus, insbesondere wo sich dieser Status mit einem Migrationshintergrund verbindet. Schwierigkeiten bilden hier u.a. die Zugangswege, die Zielgruppenansprache und die Vernetzung der Akteure. Schlecht erreicht werden ältere Migrantinnen und Migranten, nicht mobile ältere Menschen und bildungsferne ältere Menschen sowie insbesondere ältere Männer. Untersuchungen weisen aus, dass bei vielen älteren bisher nicht engagierten Menschen die Bereitschaft besteht, eine Engagementtätigkeit aufzunehmen.

Gesellschaftliche Teilhabe bedarf der Unterstützung und Förderung. Sie geschieht nicht in jedem Fall „von selbst“ und voraussetzungslos. Ältere Menschen sollten dabei unterstützt werden, bereits wahrgenommene gesellschaftliche Teilhabe weiter auszuüben bzw. gesellschaftliche Teilhabe neu zu leben. Der Ansatz sollte sehr breit sein und z.B. Mitgliedschaften in Vereinen, Verbänden und informellen Gruppen, ehrenamtliches Engagement, politische Partizipation, Pflegetätigkeiten, Kinderbetreuung, informelle Unterstützungsleistungen (z.B. Nachbarschaftshilfe), Partizipation an Bildungsangeboten und weitere Freizeitaktivitäten umfassen. Zu denken ist aber auch an Aktivitäten wie z. B. gegenseitige Besuche machen, Hausarbeit, Einkaufen, sonstige körperliche Aktivitäten, spazieren gehen, Kino- oder Theaterbesuche, mit Gleichgesinnten gleichen Interessen nachgehen, Besuche machen oder empfangen, und nicht zuletzt an Radiohören, Lesen, Fernsehen und das Lösen von Denksportaufgaben.

Älteren Menschen sollten entsprechende Angebote gemacht sowie Möglichkeiten und Gelegenheiten geboten werden. (Schaffung von Ermöglichungs- oder Gelegenheitsstrukturen). Den Kommunen kommt besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht, gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zu unterstützen oder mangelnder Teilhabe und Isolation älterer Menschen entgegenzuwirken. Kommunen können z. B. durch die Gestaltung



des Wohnumfelds Barrieren beseitigen und sogar zu einer größeren Mobilität älterer Menschen anregen. Sie können Angebote wie Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser oder Vereinshäuser unterstützen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch das Thema Bildung.

Meine Damen und Herren, Gesundheitszieleprozesse sind keine Selbstläufer. Viel Phantasie kann gefragt sein. Empfehlenswert ist eine Ausdifferenzierung nach Zielgruppen, ein Lebenswelt- und Alltagsbezug, der Versuch des Zugangs im sozialen Nahfeld, Ansetzen bei der sozialen Vernetzung älterer Menschen in ihrer Nachbarschaft (Stadtteil), in Vereinen (z.B. Sportvereinen). Erfolgreich können auch Setting-Interventionen sein, in denen Bewegung, Ernährung oder gesellschaftliche Teilhabe nur einen von verschiedenen Ansatzpunkten darstellen. Relevante Settings können auch Pflegeheime und Institutionen für betreutes Wohnen sowie Stadtteilzentren bzw. Altentagesstätten sein.

Eine große Herausforderung ist es, die zu erreichen, die das Bemühen um Gesundheit am nötigsten haben. Ich spreche von schwer erreichbaren Gruppen. Wie erreicht man sozial benachteiligte Gruppen, Menschen mit Migrationshintergrund unterschiedlicher Bildungsgruppen, vereinsamte alleinlebende hochaltrige Männer, pflegende Angehörige, die von der Pflege aufgefressen werden? Dazu gibt es keine Patentlösungen. Wie in vielen anderen Bereichen auch fehlt es in Bezug auf die Förderung der Gesundheit älterer Menschen nicht an Erkenntnissen, sondern an der Umsetzung. Es gibt genügend gute Beispiele. Sie sind allerdings nicht zentral dokumentiert, sondern verstreut in Broschüren, Zeitschriften, grauer Literatur oder im Internet zu finden. Es lohnt sich, sie zu aufzusuchen, sie zu prüfen und sie gegebenenfalls der eigenen Situation anzupassen.

Ich wünsche Ihnen, dass sich viele Verantwortliche an Ihrem Gesundheitszieleprozess beteiligen und so einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und der Gesundheit älterer Menschen leisten.

Forum I

„Gesund im Beruf – Aktiv in den Ruhestand“

Übergänge vom Beruf in den Ruhestand können sehr unterschiedlich verlaufen. Für viele Menschen beginnt der Ruhestand bereits vor dem 65. Lebensjahr, andere wiederum arbeiten länger als bis zum Rentenalter. Gründe für ein vorzeitiges Ausscheiden aus der Arbeitswelt und die damit verbundenen Herausforderungen können vielfältig sein: krankheitsbedingte Einschränkungen, psychische Belastungen, Behinderungen, aber auch strukturelle Altersdiskriminierung in der Arbeitswelt.

Im Mittelpunkt des Fachforums stand das betriebliche Setting mit seinen Potenzialen und Herausforderungen. Was können Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Demografieberatung leisten, um das Arbeitsleben und den Übergang sowohl für ältere Beschäftigte als auch für Unternehmen positiv zu gestalten? Welche Unterstützung brauchen Betriebe und Unternehmen? Welche Akteure können hier erfolgreich zusammenarbeiten, damit der Übergang über die Erwerbstätigkeit hinaus gut gelingt?

Diese und weitere Fragen standen im Mittelpunkt des Forums mit:

DR. SABINE HERMANN, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Impulsvortrag)

ULLA OERDER, Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin-Brandenburg (Impulsvortrag)

DR. MARION HAß, Industrie- und Handelskammer Berlin (Podium)

CHRISTIAN HOßBACH, Deutscher Gewerkschaftsbund Berlin-Brandenburg (Podium)

HARALD BIAS, Charité Berlin (Podium)

GUNNAR FRIEMELT, Deutsche Rentenversicherung Bund (Podium)

Moderation:

DETLEF KUHN, Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH



Berliner Gesundheitszielprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“

Dass es sich lohnt, mit Gesundheitsförderung und Prävention schon bei den sogenannten jungen Alten anzufangen, verdeutlichte Dr. Sabine Hermann, Leiterin der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, in ihrem Impulsbeitrag.

Sie berichtete aus dem Berliner Gesundheitszielprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ und stellte das begleitende Monitoring vor, das derzeit entwickelt wird. Im Fokus des Monitorings werden Indikatoren zur sozialen und gesundheitlichen Lage sowie zu Potenzialen von gesellschaftlicher Teilhabe stehen.

Die Zahlen aus dem Monitoring der ersten beiden Kategorien liefern u.a. Aufschluss über Altersstruktur der Bevölkerung, Einkommenslage und Morbiditätsstruktur, von denen Frau Hermann einige ausgewählte Daten vorstellte:

- 38 Prozent der in Berlin lebenden Menschen sind derzeit über 50 Jahre alt, davon elf Prozent hochbetagt, also 80 Jahre und älter.
- Der Anteil der über 50-Jährigen wird in den nächsten Jahren voraussichtlich auf 43 Prozent steigen – die Zahl der 80-Jährigen wird sich sogar verdoppeln.

- Nach eigener Selbstwahrnehmung befinden sich über zwei Drittel der Menschen zwischen 55 und 64 Jahren in einem guten gesundheitlichen Zustand, bei den über 65-Jährigen ist es gut über die Hälfte.
- Unter den häufigsten Krankheiten und Beschwerden befinden sich vor allem Bluthochdruck, Diabetes mellitus sowie hohe Cholesterinwerte.
- Ambulante Behandlungsanlässe sind am häufigsten Hypertonie, Rückenschmerzen bei Männern sowie Störungen des Fettstoffwechsels.
- Im Krankenhaus stehen psychische Verhaltensstörungen, Folgen von Alkoholmissbrauch, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Angina Pectoris an vorderster Stelle.

Vor diesem Hintergrund zeigte Hermann auf, welchen bedeutenden Beitrag Gesundheitsförderung und Prävention zu einem gesunden Altern leisten können: Die Hälfte der vorzeitigen Sterbefälle vor dem 65. Lebensjahr wären vermeidbar und etwa drei Viertel davon stehen in ursächlichem Zusammenhang mit einem Lebensstil, der u.a. durch Alkoholmissbrauch, wenig Bewegung und daraus resultierenden Folgeerkrankungen geprägt ist. Berlin liegt dabei über dem Bundesniveau.

Schaut man sich Daten zu Einkommen und sozialer Lage an, zeigt sich, dass in der Altersgruppe ab 55 Jahren in Berlin nur noch ein Anteil von 48 Prozent der Menschen erwerbstätig ist. Dies ist zu berücksichtigen, wenn es um Fragen der Zugänge zu der Altersgruppe oder den Übergang in den Ruhestand geht.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin empfiehlt, in Anlehnung an die WHO, bereits ab dem 50. Lebensjahr die Phase des Älterwerdens unter Gesundheitsaspekten zu betrachten. Denn je früher man mit Gesundheitsförderung und Prävention beginnt, desto besser sind die Möglichkeiten, positiv auf Gesundheitszustand und -verhalten einzuwirken und an Potenziale anzuknüpfen.

Ausführliche Informationen zur Berliner Gesundheitsberichterstattung finden Sie unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit.

Weg von den Defiziten – hin zu den Kompetenzen älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Für ein Umdenken in der Zusammenarbeit mit älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern warb anschließend Ulla Oerder von der Techniker Krankenkasse. Sie berichtete, wie ein systematisches BGM in Hinblick auf demografische Aspekte gestaltet werden kann, um das Arbeitsleben gesund zu gestalten – und einen gesunden, aktiven Übergang in den Ruhestand zu unterstützen.

Zunächst räumte Oerder einige Vorurteile gegenüber älteren Beschäftigten aus. So belegte sie etwa, dass diese keineswegs häufiger krank seien als Jüngere – richtig sei das Gegenteil.



Abb.: Folie aus dem Vortrag von Ulla Oerder, Techniker Krankenkasse

Jedoch dauern Arbeitsunfähigkeitszeiten bei den Älteren im Durchschnitt länger, etwa aufgrund chronischer Erkrankungen. Ein anderes Thema der heutigen Arbeitsrealität ist der Präsentismus. Das bedeutet, Beschäftigte kommen häufiger trotz körperlicher und psychischer Einschränkungen zur Arbeit.

Ein weiteres Vorurteil gegenüber Älteren ist, dass sie nicht mehr so anpassungsfähig seien. Auch hier gilt Oerder zufolge das Gegenteil: Psychische und physische Anpassungsfähigkeit bleiben erhalten und können erweitert werden. Dazu gehören Konzentrationsfähigkeit, Wissensgebrauch, Lernfähigkeit und kommunikative Fähigkeiten. Nicht zuletzt haben ältere Beschäftigte eine höhere Lebens- und Arbeitserfahrung als Jüngere sowie einen Überblick über komplexere Sachverhalte.

Es gebe jedoch auch Fähigkeiten, die im Alter abnehmen. Dazu gehören physiologische Funktionen wie Seh- und Hörvermögen, Temperaturtoleranz oder Muskelkraft.

Insgesamt basieren laut Oerder gängige Vorurteile gegenüber älteren Erwerbstätigen auf einer zu pauschalen und defizitorientierten Sichtweise. Es ist ein individueller Blick auf den/die Einzelne/n sowie auf die Kompetenzen in dem jeweiligen Arbeitskontext notwendig.

Was kann BGF/BGM tun?

Die Potenziale von Gesundheitsförderung und –management liegen darin, anhand einer bedarfsspezifischen Erfassung der Arbeitssituation, die Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich und alter(n)sgerecht zu gestalten. Dazu werden zunächst mit dem Unternehmen die Ziele geklärt und anschließend ein systematischer Lernzirkel durchgeführt: von Analyse und Diagnose über Interventionsplanung zur Intervention und schließlich zur Evaluation. Eine Analyse unter demografischen Aspekten enthält auch eine Altersstrukturanalyse. Anhand der Ergebnisse kann betrachtet werden, wie sich das Unternehmen bezüglich der vorhandenen Altersstruktur und Personalpolitik entwickelt und welche Schwerpunkte daraus für das betriebliche Gesundheitsmanagement abzuleiten sind. Eine weitere Möglichkeit sind Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Basisinformationen über Arbeitssituation, Ressourcen und Belastungen im Unternehmen liefern. Ebenfalls durchgeführt werden

können Demografie-Workshops für Entscheidungsträgerinnen und -träger, Personalverantwortliche, im Betriebsrat Engagierte und Führungskräfte, Fokusgruppen zum Thema „Arbeitsfähigkeit erhalten und fördern“ sowie Gesundheitszirkel und -werkstätten.

Was folgt daraus? Beispiele aus der Praxis für die Verhaltens- und Verhältnisprävention sind:

- altersgemischte Projektgruppen, in denen die unterschiedlichen Kompetenzen zusammengebracht werden,
- Tandems zur Einarbeitung und systematischen Gestaltung von Übergängen,
- kollegiale Beratung und Intervention,
- strukturierter Wissenstransfer – Wissensdatenbank,
- alter(n)sgerechte Arbeitsplatzgestaltung, ergonomische Anpassungen wie höhere Bildschirmauflösungen, Lärmdämpfung und Lichtanpassung,
- altersspezifische Fortbildungen und Qualifikationen,
- altersgerechte Personalpolitik.

Neben den verhältnisorientierten Maßnahmen kommen auch zahlreiche verhaltensorientierte Angebote zum Einsatz, die sich an individuelle Bedürfnisse der Beschäftigten richten. Dazu gehören Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Trainings für Führungskräfte, Seminare und Vorträge zu individuellen Lebenssituationen sowie Maßnahmen wie das Rückencoaching (55+) – individuell und „on the job“.

Verhaltensprävention sollte stets arbeitsplatz- und bedarfsspezifisch sowie altersübergreifend angeboten werden. Unternehmen profitieren laut Oerder in mehrfacher Hinsicht von BGF und BGM, z.B. hinsichtlich der Erhaltung von Arbeitskraft, Imageverbesserung sowie Vorteilen bei der Rekrutierung von Fachkräften.

Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Voraussetzung für Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit

Dies bestätigte auch Dr. Marion Haß, Geschäftsführerin des Bereichs Innovation und Umwelt der IHK Berlin. Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seien die zentrale Voraussetzung für die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen sowie für einen starken Wirtschaftsstandort Berlin.



Dokumentation: 9. Landesgesundheitskonferenz Berlin

Daher unterstützt die IHK seit vielen Jahren ihre Mitgliedsunternehmen aller Branchen beim Thema Prävention und Gesundheitsförderung. Seit die demografischen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt spürbar sind, ist das Engagement um gesunde und motivierte Beschäftigte erheblich gewachsen. Das bedeutet allerdings nicht, dass schon alle Signale für ein generationenübergreifendes betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) auf „grün stehen“. Gerade kleinen und mittleren Unternehmen, die die Struktur der Berliner Wirtschaft stark prägen, fehlen oft Informationen, wie sie ihre Beschäftigten halten und entwickeln können. Die Notwendigkeit, Personalentwicklung und alters- sowie altersgerechtes Arbeiten als strategische Führungsaufgabe im Unternehmen fest zu verankern, sei noch längst nicht von allen erkannt. Bewährt hat es sich zu zeigen, wie es andere machen: Tipps aus der Praxis für die Praxis zu geben. Eine wichtige Plattform dafür ist die „Berliner Initiative Gesunde Arbeit (BIGA)“, die gemeinsam von IHK Berlin, Handwerkskammer Berlin, der Vereinigung der Unternehmensverbände in Berlin und Brandenburg, dem DGB Berlin-Brandenburg und der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen getragen wird. Sie bietet allen ein Forum, denen gesunde Arbeit wichtig ist. Auch der von IHK Berlin, Senat und AOK Nordost alle zwei Jahre ausgelobte Wettbewerb „Potenzial Mitarbeiter – Unternehmen machen Zukunft“ dient vor allem dazu, transparent zu machen, wie vielfältig die Wege und Instrumente für eine an den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientierte Unternehmenskultur sein können. Die im Wettbewerb Ausgezeichneten öffnen ihre Türen, um vor Ort ihre Konzepte vorzustellen und damit beispielgebend für die Führungsarbeit anderer Unternehmen zu wirken.

Dr. Marion Haß sieht für die LGK ein wichtiges Betätigungsfeld darin, gemeinsam und in Abstimmung mit der BIGA den Ursachen des hohen Krankenstandes in Berlin differenziert auf den Grund zu gehen und Maßnahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung abzuleiten. In einer modernen Arbeitswelt komme es darauf an, Bedingungen so zu gestalten, dass die Beschäftigten in den Unternehmen gesund älter werden können und auch im vorangeschrittenen Erwerbsalter noch in der Lage sind, sich auf neue Aufgaben- und Themenstellungen einzulassen. Dahinter stehen sowohl die Anforderungen des demografischen Wandels, als auch ein Paradigmenwechsel in den Erwartungen der Beschäftigten an die Unternehmen. Gefragte Fachkräfte fordern nicht nur ein angemessenes Gehalt, sondern legen auch Wert auf die Rahmenbedingungen ihrer Beschäftigung.

Um angesichts dieser veränderten Situation Fachkräfte zu gewinnen und zu binden, müssen sich Unternehmen als attraktive Arbeitgeber positionieren. Lebenslanges Lernen oder auch Work-Life-Balance sind nur zwei exemplarische Anforderungen, denen sich Unternehmen stellen müssen. Hierbei bietet die IHK mit verschiedenen Formaten Orientierung und Information.

Qualität und Arbeit zusammen denken

Christian Hoßbach, stellvertretender Vorsitzender des DGB Berlin-Brandenburg begrüßte die Diskussion, da sie die Themen Qualität und Arbeit in einen Zusammenhang bringt und den Blick auf die Notwendigkeit der Gestaltung vernünftiger Arbeitsbedingungen lenkt.

Er verwies jedoch auf die schwierige Lage von Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen, die sowohl im betrieblichen als auch

privaten Kontext aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen weniger Gestaltungs- und Handlungsspielräume haben, um gesundheitsförderliche Angebote zu nutzen. Daher sprach sich Hoßbach dafür aus, den Anteil atypischer bzw. prekärer Beschäftigung (in Berlin über 40 Prozent) deutlich zu reduzieren, und so eine nachhaltige Gestaltung gesunder Arbeit zu ermöglichen.

Für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit hinsichtlich der Qualität der Arbeit werden in jedem Betrieb Ansprechpersonen benötigt, die für dieses Thema zuständig sind und sich dafür einsetzen. Im Betriebsrat Tätige können dies leisten, sind jedoch nicht ausreichend präsent. Dies liegt u.a. daran, dass in Berlin und Brandenburg eine Kleinbetriebliche Struktur vorherrscht, in welcher häufig keine Arbeitnehmervertretungen existieren. Die Frage ist, wie überbetriebliche Strukturen geschaffen werden können, mit deren Hilfe Themen wie beispielsweise BGM in die



Betriebe hineingetragen werden, und was auch Tarifverträge hier beitragen können. Interessenvertretungen werden gebraucht, da sich diese wirksam für das Thema einsetzen und beispielsweise Beratungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder aus den Gewerkschaften organisieren können.

Als weiteres Anliegen formulierte Hoßbach, dass die Sozialversicherungsträger (z.B. GKV, Deutsche Rentenversicherung (DRV), Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)) enger zusammenarbeiten müssen, da diese teilweise nebeneinander Angebote durchführen. Hier werden gesetzliche Rahmenbedingungen benötigt, damit die Träger ihre Aufgaben besser und integrierter wahrnehmen. Derzeit werden nicht alle Ressourcen optimal eingesetzt. Die Konkurrenz zwischen den Kassen bezeichnete Hoßbach vor diesem Hintergrund als eher hinderlich und sprach sich für eine Bürgerversicherung aus, die hier Abhilfe schaffen könne. Als eine Plattform, um Prozesse besser zu integrieren, kann beispielsweise die BIGA genutzt werden.

Ganzheitliches und strategisches BGM

Harald Bias, Leiter des Arbeitsmedizinischen Zentrums der Charité, unterstrich, dass Demografie im betrieblichen Kontext nicht als Sonderthema behandelt werden darf. Alters- und altersgerechte Arbeit sowie gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen sind zu jedem Zeitpunkt der Erwerbstätigkeit relevant.

Nur die Einbettung in ein strategisches, ganzheitliches, zielgruppendifferenzierendes und integriertes BGM garantiert die Zielerreichung.

- Strategisch: Gesundheit als vorrangiges Unternehmensziel und Ziel einer gesunden Organisation, die in Strukturen und Prozessen gesundheitsorientiert sowie qualitäts- und leistungsstark ist.
- Ganzheitlich (im Sinne eines zeitgemäßen und umfassenden Gesundheitsbegriffs): Gesundheit als mehrdimensionaler und dynamischer Prozess, bei dem sich physische, psychische und soziale Bereiche in einem (veränderbaren) Gleichgewichtszustand von Risiko und Schutzfaktoren sowie im Einklang mit vorhandenen Möglichkeiten, Zielvorstellungen und gegebenen Lebensbedingungen befinden. Berücksichtigt werden dabei die verschiedenen Lebenswelten und -konzepte sowie die Diversität der Menschen auf allen Ebenen (Gesellschaft, Betrieb, Individuum).
- Das BGM integriert systematisch den Arbeits- und Gesundheitsschutz (Gestaltung menschenwürdiger Arbeitsbedingungen), Maßnahmen zur individuellen und kollektiven Gesundheitsförderung sowie die Organisations- und Personalentwicklung.

Bei der betrieblichen Implementierung und Entfaltung von BGM sind im Hinblick auf Demografie wichtige Grundsätze zu beachten. Dazu gehören die Stärkung der Eigenkompetenzen aller Beteiligten und die Unterstützung der Führungsebene bei der Wahrnehmung ihrer Schlüsselrolle für gesunde Arbeit und gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Nur wenn auf dieser Ebene bzw. den verschiedenen Hierarchieebenen eine entsprechende Sensibilisierung und Motivation erfolgreich umgesetzt werden, ist Nachhaltigkeit sicher gestellt. Weitere wichtige Grundsätze sind:

- Aktive Einbeziehung der Beschäftigten durch gelebte Partizipation
- Beteiligung und Mitwirkung aller relevanten internen und externen Akteure
- Integration und Ausgleich unterschiedlicher Interessen
- Befähigung statt Bevormundung
- Zentrale Steuerung, aber kein Top-Down-Modell
- Salutogenetischer Ansatz und keine primär pathogenetische Ausrichtung
- Bedarfsgerechte Maßnahmenumsetzung
- fortlaufende Evaluation zur Wirksamkeitskontrolle.

Um BGF in den Strukturen eines Unternehmens nach spezifischem Bedarf im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes zu gestalten, wären größere Synergien zwischen BGF und betrieblicher Gesundheitsversorgung wünschenswert mit dem Ziel, Gesundheitsförderung als einen Baustein der Regelversorgung einzuführen. Dieser Ansatz hat sich laut Bias durch praktische Erfahrungen in verschiedenen Gesundheitszirkeln der Charité bestätigt.



„Gesünderes“ Arbeiten führt auch zu „gesünderem Ruhestand“

Gunnar Friemelt stellte die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) als Rehabilitationsträger vor. Vorrangiges Ziel der Institution ist es, den Menschen Erwerbstätigkeit und einen gesunden Übergang in den Ruhestand zu ermöglichen. Alternative Möglichkeiten zur vorzeitigen Altersrente gibt es kaum noch – andererseits können Menschen natürlich nur so lange arbeiten, wie sie dazu in der Lage sind. Bei Bedarf gibt es die Möglichkeit einer Erwerbsminderungsrente. Wem es gelingt, während seines Erwerbslebens schwerwiegende Einschränkungen zu vermeiden, erhöht auch seine Chance auf einen „gesunden“ Ruhestand. Für die DRV gilt der gesetzliche Grundsatz: Reha vor Rente.

Bei der Rehabilitation liegt der Fokus immer mehr auf erhöhtem Erwerbsbezug, Vorbeugung sowie den Umgang mit Belastungen und frühzeitigem Eingreifen und geht weg von der Rolle als „Reparaturbetrieb“. Die Rentenversicherung setzt ebenso wie andere Sozialversicherungsträger verstärkt auf Präventionsleistungen, denn viele Krankheiten sind verhaltens- und lebensstilbedingt, so dass hierauf auch positiv eingewirkt werden könne. Dies schließt die gesunde Gestaltung von Arbeitsbedingungen mit ein. Friemelt bestätigte aus seiner Perspektive einen besonderen Unterstützungsbedarf bei kleinen und mittelständischen Unternehmen. Die DRV bietet zur Unterstützung der Unternehmen

spezielle Beratung an. Beispielsweise gibt es einen Arbeitgeberservice, der beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) helfen kann. Denn BEM muss allen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern angeboten werden, die länger als sechs Wochen nicht arbeitsfähig waren. Es dient dem Erhalt des Arbeitsplatzes sowie der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Ziel ist es, die Erwerbsminderung zu vermeiden und Unterstützungsmöglichkeiten für leistungsgewandelte Menschen sowie eine Wegweiser- und Lotsenfunktion in unserem gegliederten Sozialsystem anzubieten.

Publikumsdiskussion

In der nachfolgenden Diskussion wurden einige angesprochene Punkte aus dem Publikum bestätigt sowie weitere Bedarfe benannt. So zeigte sich, dass viele Unternehmen nicht über Informationen zu BGM und BEM verfügen. Hier sei mehr Kommunikation und Information nötig, etwa wie und mit wem Maßnahmen initiiert und finanziert werden können. Bestätigt wurde außerdem, dass Vertrauenspersonen wichtig seien und es Bedarfe gibt, klare Zuständigkeiten zu benennen. Es wurden betriebliche Belastungen beschrieben, darunter der bereits benannte zunehmende Präsentismus sowie die Arbeitsverdichtung. Sogenannte Teammodelle würden helfen, die Arbeitsbelastungen der Einzelnen zu verringern und Ängste zu reduzieren. Auch die jeweils unterschiedlichen Bedarfe der Branchen wurden deutlich. Im Bauwesen mit seinen kleinen und Kleinstbetrieben seien z.B. nicht genügend passende Angebote vorhanden. Hier gebe es besonders häufig den Fall, dass Beschäftigte den Ruhestand u.a. aufgrund hoher körperlicher Belastungen nicht in Würde erreichen können. Aus dem Callcenter-Bereich wurde über sehr hohe emotionale Erschöpfungsbelastung berichtet. Konsens der Diskussion war, dass sich Initiativen ohne Unterstützung der Geschäftsleitungen nicht wirkungsvoll realisieren lassen, denn es müssen z.B. interne Ressourcen bereitgestellt und Prozesse organisiert werden – nicht zuletzt müssen Angebote durch die Zielgruppen wahrgenommen werden können. Personalentwicklung und altersgerechtes Arbeiten ist also auch Führungsaufgabe.

Forum II

„Teilhabe und Teilgabe im Ruhestand“

Der Übergang vom Beruf in den Ruhestand ist mit einer grundlegenden Veränderung des Alltags und vielen Möglichkeiten verbunden: die eigenen Ressourcen und Potenziale neu zu nutzen, Zeit selbstbestimmt zu füllen und Träume zu verwirklichen. Gerade, wenn man sich noch fit und gesund fühlt, eröffnen sich viele Wege zu neuen Aktivitäten.

Andererseits kann das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben auch mit dem Gefühl verbunden sein, nicht mehr gebraucht zu werden. Oder es fällt schwer, den Tag zu strukturieren. Rückzug, Frustration und psychische Belastungen können die Folge sein. Soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen für Teilhabe und „Teilgabe“ werden zu einer entscheidenden Ressource, um aktiv zu bleiben, seelischen Erkrankungen wie Depressionen, Ängsten oder Flucht in den Suchtmittelkonsum vorzubeugen und belastende Situationen besser zu meistern.

Wie kann mit Wertschätzung und Empowerment ein Geben und Nehmen von Erfahrungen und Ressourcen älterer Menschen in gesellschaftlichen Zusammenhängen realisiert werden? Wie können die Menschen aus den unterschiedlichen Lebenslagen abgeholt werden? Diese und weitere Fragen wurden in dem Forum diskutiert von:

DR. BIRGIT WOLTER, Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF) (Impulsvortrag)

ELKE HARMS, Bezirksamt Mitte von Berlin (Impulsvortrag)

INES FEIERABEND, Stellv. Bezirksbürgermeisterin Treptow-Köpenick (Podium)

KERSTIN JÜNGLING, Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (Podium)

GABRIELE WREDE, Landessportbund Berlin (Podium)

BENJAMIN EBERLE, Begegnungszentrum des AWO Landesverbandes (Podium)

Moderation:

SABINE SCHWEELE, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin



Teilhabe, „Teilgabe“, Beteiligung – eine Begriffsbestimmung

In ihrem einführenden Impuls gab Dr. Birgit Wolter zunächst einen Überblick über grundlegende Begriffe: Teilhabe, Beteiligung, Partizipation und „Teilgabe“.

Die zentralen Fragen lauten aus ihrer Sicht:

- In welcher Form erfolgt heute die Teilhabe der älteren Bevölkerung in Berlin?
- Welche älteren Menschen haben woran teil und vor allem woran nicht und welche Hürden spielen hierbei eine Rolle?
- Wie können ältere Menschen ihre Bedarfe in der Öffentlichkeit formulieren und welche Möglichkeiten werden ihnen geboten?

Im Land Berlin wurde im Juni 2011 das Strategiepapier der Landesgesundheitskonferenz zur Entwicklung von Gesundheitszielen für ältere Menschen beschlossen. Ein Handlungsfeld des Strategiepapiers ist es, „Strategien und Maßnahmen der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe aus(zu)bauen.“ Was bedeutet also genau Teilhabe?

Der Begriff Teilhabe wird vor allem in zwei verschiedenen Zusammenhängen benutzt: Die soziale Teilhabe beschreibt die Teilhabe am sozialen, nachbarschaftlichen Leben.

Bei der gesellschaftlichen Teilhabe geht es hingegen um die aktive Beteiligung und Gestaltung von gesellschaftlichen und politi-

schen Diskursen und Entscheidungsfindungen. Hier knüpft der Begriff der Partizipation an, der auch mit der Forderung nach Einfluss auf gesellschaftliche oder politische Entscheidungen verbunden ist und die Frage nach Machtkonstellationen stellt. Wie können sich die älteren Menschen in Berlin einbringen und ihre Bedarfe und Ansprüche formulieren, um dadurch die Gesellschaft zu prägen?

Der Begriff Beteiligung ist häufig etwas unklar. Es kann bedeuten: Ich bin an etwas beteiligt oder ich beteilige mich von mir aus. Aber: Wer entscheidet über Beteiligung?



Der Begriff „Teilgabe“ ist neu in der Diskussion. Es stellt sich die Frage, ob daran z.B. Bedingungen geknüpft sind. Klaus Dörner verwendet den Begriff „Teilgabe“ gemeinsam mit den Begriffen „Teilhabe“ und „Bedeutung für andere“ komplementär zur „Selbstbestimmung“. Im Sinne Dörners entspricht „Teilgabe“ weitgehend dem, was gemeinhin als „Engagement“ bezeichnet wird: freiwilliges, zivilgesellschaftliches und bürgerschaftliches Engagement. Dennoch plädierte Wolter für eine vorsichtige Nutzung des Begriffs, da „Teilgabe“ oder Engagement nicht Voraussetzung für Teilhabe sein dürfen, denn sozialer Hintergrund und persönliche Ressourcen spielen eine wichtige Rolle bei der „Teilgabe“. Der Begriff der Teilhabe schließt auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Reichtum, an einer medizinischen Grundversorgung sowie an einem sicheren und geborgenen Leben in der vertrauten Umgebung ein, so Wolter.

Die Frage von Machtkonstellationen zieht sich durch das gesamte Thema. Hier verwies Wolter auf die Stufenleiter der Partizipation, in welcher verschiedene Formen der Beteiligung und deren Zusammenhang zu Macht reflektiert werden: Inwiefern wird Macht angenommen oder abgegeben und welche Entscheidungskompetenzen sind tatsächlich vorhanden (Weitere Informationen zur Partizipationsleiter finden Sie z.B. unter www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html, Anm. d. Red.).

In Berlin finden sich zahlreiche Möglichkeiten und Angebote für ältere Menschen, sportlich, kulturell oder sozial aktiv zu werden, sich weiterzubilden oder zu engagieren. Obwohl der Anteil der „Aktiven“ kontinuierlich steigt, sinkt der Anteil der Ehrenamtlichen im Ruhestand, wie Wolter mit Blick auf Ergebnisse des Freiwilligensurvey berichtete.

Welche Bedingungen gibt es für die Teilhabe und „Teilgabe“? Zunächst müsse man die Defizitperspektive hinter sich lassen

und an Potenziale anknüpfen. Jeder Mensch hat etwas mitzubringen und es müssen individuelle Kompetenzen der Senior/innen berücksichtigt werden. Beteiligung ist zudem eng an den Bildungsstatus geknüpft.

Um förderliche Bedingungen für Teilhabe und Beteiligung zu schaffen, sind einfache, verständliche, transparente und tolerante Prozessstrukturen notwendig – und sie müssen vor allem ernst gemeint sein.

Teilhabe und Engagement im Alter werden durch soziale, räumliche, infrastrukturelle und institutionelle Gegebenheiten sowie durch die vielfältigen und unterschiedlichen Ressourcen und Kompetenzen der älteren Menschen beeinflusst. Es müssen nachhaltige Räume und Strukturen vorhanden sein. Daher sollten Strategien zur Förderung von Teilhabe und „Teilgabe“ im Setting Kommune und bei den Zielgruppen direkt ansetzen. Empowerment kann hierbei der Selbstbefähigung, der Selbstermächtigung und der Stärkung von Eigenmacht und Autonomie dienen, um auf diese Weise Partizipation und die Beteiligung des Individuums an (gesellschaftlichen) Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen zu fördern.

Teilhabe in der Kommune – aus Sicht der Älteren

Im Anschluss lenkte Elke Harms mit ihrem Impulsbeitrag den Blick auf die Teilhabe bzw. Lebenssituation älterer Menschen in der Kommune und stellte eine Umfrage aus dem Bezirk Mitte vor, in welcher die Älteren hinsichtlich Lebensqualität, Interessen und Selbständigkeit (LISA) befragt wurden.

Harms berichtete, dass der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung im Bezirk Mitte zunimmt und es sozialräumlich sehr unterschiedliche sozioökonomische Lebenswelten der Altersgruppe 60plus gibt.

Die Befragung von Menschen über 60 Jahren wurde in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern im Bezirk durchgeführt, wie etwa Stadtteilzentren, Seniorenvertretungen, Bibliotheken und vielen weiteren. Ein zentrales Anliegen war, die Bedürfnis- und Problemlagen der älteren Bevölkerung aufzuzeigen und ihre Meinung zu für sie wichtigen Themen zu erfahren, um auf dieser Grundlage schließlich bestehende Strukturen zu verbessern und die älteren Menschen zu unterstützen. Außerdem

Berlin Mitte
Bezirksamt Mitte von Berlin

Wahrgenommene Unterstützung

- 97% der oberen sozialen Schicht gaben an, dass sie sich gut unterstützt fühlen – aber nur 65% der unteren sozialen Schicht!
- Innerhalb der sozialen Schichten gab es keine wesentlichen Unterschiede nach Herkunftsland!
- Die Befragten, die angaben, viele soziale Kontakte zu haben, fühlten sich auch gut eingebunden und unterstützt!

Fazit: Je besser die Befragten sozial gestellt sind desto besser ist auch die wahrgenommene Unterstützung!

Bezirksamt Mitte von Berlin – Qualitätsentwicklung, Planung, Koordination

Abb.: Folie aus dem Vortrag von Elke Harms

sollte eine Datenbasis für die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung und Sozialplanung geschaffen werden. Durch kreative Wege der Ansprache vor Ort konnten 473 Personen aus allen Alters- und Migrationsgruppen mit der Befragung erreicht werden, wie Harms berichtete. Es wurden Angaben zur Lebensform, zu sozialen Kontakten, der wahrgenommenen Unterstützung und ihren Alltagsaktivitäten und Wünschen gemacht. Harms stellte ausgewählte Ergebnisse vor (siehe Folien), die im Fazit darauf schließen lassen, dass die durch Seniorinnen und Senioren wahrgenommene Unterstützung umso höher ist, je besser ihre sozialen Lebensbedingungen sind.

Die Ergebnisse wurden diskutiert im Rahmen eines Symposiums, in politischen Gremien, Verwaltungen, im Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbund Mitte (GGVM) und in den einzelnen Sozialräumen mit den Akteuren vor Ort, um Handlungserfordernisse und Maßnahmen zu formulieren.

Die konkreten Handlungsmöglichkeiten des Bezirks selbst werden aufgrund bestehender Haushaltsrestriktionen leider immer geringer. Daher müsse hier gemeinsam nach Wegen gesucht werden. Im Sozialraum sind daher die Kooperationen mit Nachbarschafts- und Begegnungsstätten, Stadtteil- oder Familienzentren von großer Bedeutung.

Die unterschiedlichen persönlichen und finanziellen Möglichkeiten der älteren Bewohnerschaft in den Sozialräumen müssen bei der Ausgestaltung stärker berücksichtigt werden. Möglichkeiten zum Empowerment im Sozialraum können durch Mitwirkung der Seniorenvertretung, des Quartiersmanagements und durch Stadtteilkonferenzen gestärkt werden.

Rahmenbedingungen für Ehrenamt schaffen

Ines Feierabend, Bezirksstadträtin für Arbeit, Soziales und Gesundheit und stellv. Bezirksbürgermeisterin Treptow-Köpenick, berichtete in ihrem Statement, dass in Treptow-Köpenick schon heute mehr als 30 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahre ist – mit steigender Tendenz. Menschen leben laut Feierabend stets in erster Linie in ihrem Bezirk. Daher liegt eine hohe Verantwortung bei der Kommune. Schon 2008 wurde das kommunale Gesundheitsziel „Gesund alt werden in Treptow-Köpenick“ formuliert, das nun bereits in der 2. Legislaturperiode fortgeschrieben wird. Prozessziele sind „Bewegung im Alter“ und „Sucht im Alter“. Im Gegensatz zu vorher geschilderten Erfahrungen ist in Treptow-Köpenick die Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen die ageerteste.



Voraussetzung für Teilhabe und „Teilgabe“ sind entsprechende Rahmenbedingungen. Menschen bleiben lange gesund, wenn sie die Möglichkeit haben, sich zu beteiligen und zu engagieren und auch entsprechende Bedingungen und Informationen gegeben sind, so Feierabend. In Treptow-Köpenick gibt es Leitlinien für die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements, die eine Plattform und Finanzierungsstruktur dafür sichern und ressortübergreifend umgesetzt werden – für alle Altersgruppen.

Ferner gibt es eine Strategie für bürgerschaftliches Engagement und der Bezirk finanziert ein Freiwilligenzentrum, um Freiwillige beraten zu können. Zehn kommunale Kiezclubs ermöglichen ebenfalls Beteiligung und Teilhabe. Die Engagementförderung des Bezirks trägt viel zur Realisierung des kommunalen Gesundheitszielprozesses bei. Teilhabe, „Teilgabe“ und aktuelle Gesundheitsthemen werden stets berücksichtigt, um Prioritätensetzung in der Kommunalpolitik durchzusetzen und erforderliche Strukturen zu schaffen.

Suchtprävention – Zugewinn für Gesundheit

Kerstin Jüngling, Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin gab anschließend einen Einblick in die Thematik Sucht und Alter, die in den letzten Jahren zunehmend an Relevanz gewonnen hat. Allerdings erfährt das Thema im medialen Kontext nahezu keine Beachtung – hier steht häufig der Alkoholmissbrauch Jugendlicher deutlich stärker im Fokus. Doch die Problematik ist bei den Älteren nicht weniger verbreitet. Einige Fakten verdeutlichen dies:

- mehr als zwei Millionen der über 60-Jährigen konsumieren in Deutschland psychoaktiv wirkende Medikamente in problematischem Umfang – betroffen sind besonders Frauen
- etwa sieben Prozent der Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sind medikamentenabhängig
- jeder vierte ältere Mann konsumiert Alkohol in gesundheitsgefährdender Weise

Sucht ist ein ernstzunehmendes Thema, dessen Wahrnehmung steigt. Dies zeigt sich u.a. daran, dass der Bezirk Treptow-Köpenick ein Gesundheitsziel dazu entwickelt und formuliert hat. Ein wichtiges Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung ist dabei die sogenannte „late-onset-Sucht“. Eine Sucht oder ein riskanter Suchtmittelkonsum entstehen häufig bei der Bewältigung von schwierigen Lebensabschnitten, die es insbesondere im Alter zahlreich gibt, wie beispielsweise der Verlust der Partnerin oder des Partners, das Wegbrechen des sozialen Umfelds, Einsamkeit, das (vorzeitige) Ende der Erwerbstätigkeit oder bei Frauen das Klimakterium. Es besteht die Gefahr, dass der erlebte Mangel an Aufgaben, Struktur, sozialem Miteinander und Anerkennung mit psychoaktiven Substanzen kompensiert wird.

Eine weitere Ursache für riskante Konsummuster können altersbedingte Beschwerden und chronische Erkrankungen sein. Mit zunehmenden Suchtproblemen können z.B. aufgrund von Stürzen Folgeprobleme entstehen und es besteht die Gefahr, dass die Menschen sukzessive immer weniger am gesellschaftlichen Leben teilhaben – was wiederum Schutzfaktoren minimiert.

Ein besonderes Augenmerk müsse auf schwer erreichbare und sozial schwache Bürger/innen gelegt werden. Handlungsbedarfe

seien unter anderem die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, die Enttabuisierung von Suchtgefahren und -erkrankungen und die Qualifizierung aller relevanten Fachkräfte in den Lebenswelten.

Berlin benötigt dringend die Fortsetzung eines transprofessionellen Dialogs, den die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin gemeinsam mit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin und Kooperationspartnern wie z.B. der Ärztekammer Berlin initiieren und unterstützen.

Sport als wichtiges Element von Gesundheitsförderung und Teilhabe

Gabriele Wrede, Vizepräsidentin des Landessportbundes (LSB) Berlin, berichtete anschließend, was Sport für Teilhabe und ehrenamtliches Engagement in Berlin bieten kann. Bewegung ist ein wichtiges Element von Gesundheitsförderung. Hierzu gibt es vielseitige Angebote in Berlin. Sport wird für die Gruppe der Älteren als Herausforderung verstanden und es stellt sich die Frage nach der Erreichbarkeit der Älteren. Deshalb müssen Angebote ausreichend publiziert und die Menschen in den Quartieren durch Netzwerkarbeit besser erreicht werden. So ist beispielsweise der LSB Mitglied im Landesseniorenbeirat, um sich mit Sozialverbänden, Bezirks- und Seniorenvertreter/innen zu vernetzen und die Angebote in den Bezirken bekannt zu machen.

Für vor dem Ruhestand Stehende muss Vorsorge dahingehend getroffen sein, dass zielgruppenorientiert über bestehende Angebote informiert wird. „Vorbereitung auf den Ruhestand“ ist ein Beispiel für eine Veranstaltung in Tempelhof-Schöneberg, die vom LSB begleitet wird. Dort stellen sich Vereine und Sportbund im Bezirk vor und eröffnen Perspektiven auf Beteiligungsmöglichkeiten während und nach der Berufstätigkeit. Es gibt viele Möglichkeiten sich zu beteiligen, jedoch müssen die Tätigkeitsfelder transparent und niedrigschwellig dargestellt werden. Damit soll für Interessierte nachvollziehbar gemacht werden, wie sie sich in ihrem Umfeld einbringen oder ehrenamtlich engagieren können. Die Möglichkeiten hierfür sind vielseitig und es gibt bereits viele Kooperationspartner in den Bezirken, die sich für gesundheitsrelevante Themen stark machen. Die Aktiv- und Seniorensportplätze werden vermehrt angenommen. Dies sind Begegnungsorte für Jung und Alt, auf denen körperliche Betätigung und die Pflege sozialer Kontakte im Vordergrund stehen. Wrede forderte, dass der LSB bei den Planungen der Kommunen mit einbezogen werden soll.

Abschließend wurde betont, dass eine stärkere Anerkennungskultur für die Ehrenamtlichen, die sich schon lange engagieren geschaffen werden müsse. Die Vernetzung aller Akteure aus dem Sozialbereich ist wünschenswert, um gemeinsam noch mehr Leben in die Bezirke zu bringen.

Potenziale von älteren Migrantinnen und Migranten erkennen und fördern

Benjamin Eberle leitet seit Jahren das AWO-Begegnungszentrum und berichtet über Möglichkeiten der Teilhabe und –gabe insbesondere von älteren Menschen mit Migrationsbiografien. Er beschreibt, dass es viele Hürden und Schwierigkeiten in den Strukturen gebe. Bereits seit den 90er Jahren gehört im AWO Begegnungszentrum ein Arbeitsbereich für ältere Migrantinnen

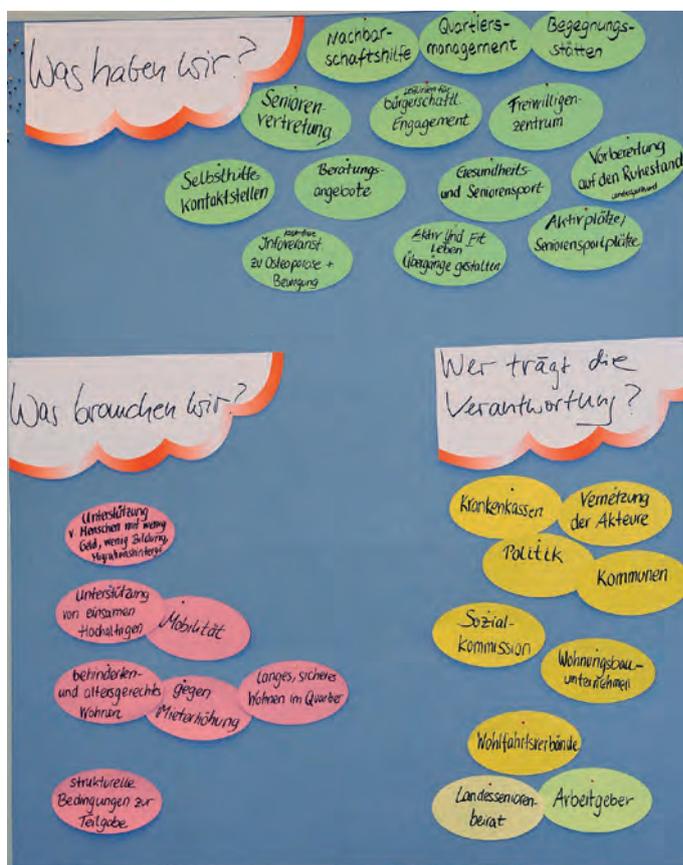
und Migranten zum Konzept des Hauses. Das AWO-Begegnungszentrum bietet Integrationsmanagement mit Beratung, Gemeinwesenarbeit, früher Bildung in der Familie und einen allgemeinen Bildungsbereich. Das Potenzial dieser Menschen ist sehr groß, wird aber nicht immer erkannt. Die Bereitschaft der Menschen, sich zu engagieren oder etwas an die Gesellschaft zu geben ist enorm, jedoch fühlen sich die Migranten sich oft nicht angesprochen und werden selten wirklich einbezogen. Zudem würden sie häufig ihr eigenes Engagement nicht als ehrenamtliche Arbeit erkennen, da es zu ihrem Selbstverständnis gehört, anderen Menschen zu helfen. Im AWO Begegnungszentrum gibt es viel Erfahrung mit älteren Menschen aus verschiedenen Kulturen, auch mit unterschiedlichen aktivierenden Angeboten.

Neue Potenziale können bei der Einbeziehung von Menschen mit Lebenserfahrung erschlossen werden. Jedoch gibt es viele blockierende Strukturen, die bei der Einbeziehung älterer Menschen hinderlich sind – hier ist Offenheit und Umdenken erforderlich sowie die Bereitschaft von Hauptamtlichen und etablierten Institutionen ihre Arbeitsweise ggf. zu verändern.

Als dritten Punkt benennt Eberle die Notwendigkeit für Mobilität, die in bezahlbarer Höhe eine wichtige Voraussetzung für Engagement ist und elementarer Bestandteil einer gesunden Lebensweise. Für viele ältere Menschen, die auf Grundsicherung u.ä. angewiesen sind, ist ein Sozialticket schlicht und ergreifend auf Dauer zu teuer.

Publikumsdiskussion

In der anschließenden Publikumsdiskussion wurden nochmals einige Aspekte aus den vorangegangenen Statements aufgegriffen und vertieft.



So wurde betont, dass das Ehrenamt mehrere Seiten hat und neben seiner Ressourcen und Potenziale auch die Gefahr in sich birgt, reguläre Arbeitsplätze zu ersetzen. Ebenfalls relevante Dimension der Ehrenamtsdebatte ist, dass durch Altersarmut und sinkende Renten viele Menschen aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen keine Möglichkeiten zum Engagement haben. Dass diese Gefahr besteht, wurde durch weitere Wortbeiträge bestätigt. Hier kommt es darauf an, genau hinzuschauen und Ehrenamt tatsächlich als „freiwilliges“ Engagement zu verstehen. Um die Gefahr zu verringern, professionelle Arbeit nicht zu verdrängen, seien gute Beratungsstrukturen notwendig. Gute Angebote müssen vorgehalten und eine freiwillige Auswahl gewährleistet werden.

Als weiterer wichtiger Aspekt wurde der Zusammenhang von Engagement und Bildung vertieft. Innerhalb der vielen vorhandenen Angebote müsse dringend geschaut werden, dass man insbesondere die Menschen mit wenig Bildung, mit wenig Geld und mit Migrationshintergrund erreicht, um Teilhabe zu stärken. Um dies zu erreichen, sei eine gute Vernetzung und das Wissen um bestehende Angebote besonders wichtig. Darüber hinaus benötigen gerade ältere Migrantinnen und Migranten eine niedrigschwellige Ansprache.

Eine weitere wichtige Frage wurde diskutiert: Wie können alleinlebende, pflegebedürftige Menschen über 80 Jahren noch teilnehmen? Mobile Menschen lassen sich leichter für Aktivitäten gewinnen – die alten und pflegebedürftigen Menschen bleiben dabei zu häufig außen vor. Sie sind schwer zu erreichen und wissen oft nichts von den Angeboten aus ihrer nahen Umgebung. Dafür gibt es nach Publikumsberichten zu wenig Ressourcen und Finanzen. Die älteren Menschen kommen nicht aus der Wohnung



und dennoch werden die Ressourcen der Mobilitätshilfedienste gekürzt. Hier müssen beispielsweise bei den Jobcentern Prioritäten gesetzt werden. Die Bezirksstadträtin Feierabend berichtete, dass es in Treptow-Köpenick häusliche Angebote für über 80-Jährige gibt, um dieser Bedarfslücke entgegenzuwirken.

Beim Thema Mobilität müsse darüber hinaus die Zusammenarbeit mit Wohnungsunternehmen stärker gefördert werden, um Wohnungen an die Bedürfnisse Älterer anzupassen und somit ein möglichst langes Wohnen zu Hause zu gewährleisten. Wohnen müsse alters- und behindertengerecht sowie bezahlbar sein. Nicht zuletzt bedeutet Teilhabe, möglichst lange im eigenen Quartier zu wohnen bzw. dort wohnen zu bleiben. Bisher gebe es jedoch keine Struktur in der Mietpolitik, die ältere Menschen vor einem Umzug schützt.

Forum III

„Health Café – Dabei trotz Einschränkungen“

„Dabei trotz Einschränkungen“ – unter diesem Motto wurden in Forum III Bedarfe, Potenziale sowie Herausforderungen und Barrieren für eine möglichst selbstbestimmte und selbständige Lebensführung im Alter trotz chronischer Erkrankungen diskutiert. Der Fokus lag dabei insbesondere auf der Frage, wie durch gesundheitsförderliche und präventive Programme und Angebote die Lebensqualität chronisch erkrankter Älterer erhalten oder verbessert werden kann und inwieweit dabei Geschlechterdifferenz und kulturelle Differenz zu berücksichtigen sind. Diese Fragestellung wurde in zwei Arbeitsgruppen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und in einem anschließenden Plenum zusammengeführt.

Die **Arbeitsgruppe A** setzte sich mit der Frage auseinander, inwieweit die in Berlin vorhandenen Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen in den Bereichen medizinische Versorgung, Prävention und Selbsthilfe für die Betroffenen und ihre Angehörigen sowohl bedarfsgerecht als auch niedrigschwellig zugänglich sind. Anhand der Krankheitsbilder Demenz und Rheuma wurde exemplarisch dargestellt, welche Unterstützungs- und Handlungsbedarfe es gibt. Die Impulse für die weitergehende Diskussion lieferten:

CHRISTA MATTER, Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.

GERD ROSINSKY, Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V.

Moderiert wurde die Arbeitsgruppe von Dr. BARBARA WEIGL von der Evangelischen Hochschule Berlin.

In der **Arbeitsgruppe B** stand die Frage im Mittelpunkt, welche Anforderungen an Wohnumfeld, Lebensraum und Nachbarschaft zu stellen und zu erfüllen sind, damit trotz gesundheitlicher Einschränkungen im Alter ein überwiegend selbstbestimmtes Leben möglich ist. Die Moderatorin CHRISTIANE DROSTE, Inhaberin von UrbanPlus, Büro für Stadtforschung, urbane Projekte und Gender Diversity Beratung bR, stellte als Impulsgebende vor:

ULRICH WIEBUSCH, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

ULRIKE RAU, Büro „raumkonzepte“, Ausschuss „Barrierefreie Stadt- und Gebäudeplanung“ der Architektenkammer Berlin

THORSTEN STELLMACHER, Projekt Mobidat

Arbeitsgruppe A „Versorgung, Prävention und Selbsthilfe“

Unterstützungsbedarfe und -strukturen bei dementiellen Erkrankungen

In einem ersten Impuls stellte Christa Matter, Geschäftsführerin der Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V., vor, welche Unterstützungs- und Handlungsbedarfe es hinsichtlich dementieller Erkrankungen in Berlin gibt. Sie berichtete, dass aktuell 53.000



in Berlin lebende Menschen von einer mittelschweren bis schweren Demenz betroffen seien und immer noch überwiegend die Angehörigen, mehrheitlich Frauen, die Sorge um deren Betreuung und Versorgung tragen. Bezugnehmend auf die Forderungen des Dachverbandes der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, fasste Matter zusammen, welche Formen der Unterstützung Demenzkranke und ihre Angehörigen brauchen. Ein an die Bedürfnisse und Fähigkeiten Demenzkranker angepasstes Lebensumfeld ist dabei grundlegend, um deren Lebensqualität zu erhalten bzw. zu erhöhen. Dem Wunsch, möglichst lange im eigenen Zuhause leben zu können, kann u.a. durch ein abgestuftes Versorgungssystem nachgekommen werden. Hierfür müssen niedrigschwellige Angebote sowie ambulante und teilstationäre Dienste weiter ausgebaut werden. Desweiteren gilt es, die Angehörigen zu unterstützen und die häusliche Pflege in der Familie zu stärken. Auch der Sensibilisierung der Öffentlichkeit für dieses Thema, der Förderung bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe kommt eine wichtige Rolle zu. Darüber hinaus gilt es, neue Wohnformen zu fördern sowie bewährte weiterzuentwickeln und auszubauen. Hierzu gehören etwa ambulant betreute

Wohngemeinschaften ebenso wie generationenübergreifende Wohnformen und solche, die dem Anstieg allein lebender Demenzerkrankter Rechnung tragen. Darüber hinaus müsse aber auch die Qualität der Pflegeheime verbessert werden. Matter betonte zudem die Wichtigkeit, ärztliche (Früh)Diagnostik, Behandlung als auch Rehabilitation von Demenzerkrankungen zu stärken, damit Pflegebedürftigkeit hinausgezögert oder sogar ganz vermieden werden kann. Sowohl in der kommunalen Altenhilfeplanung als auch in der integrierten Sozialplanung müsse dem Thema Demenz mehr Aufmerksamkeit zukommen. Nicht zuletzt die gute Kooperation und Vernetzung aller Akteure untereinander wie auch die Sicherung der Nachhaltigkeit bestehender Projekte sind wesentliche Faktoren für eine erfolgreiche Unterstützungskultur. Die im September 2012 von den Bundesministerien für Gesundheit sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gegründete „Allianz für Menschen mit Demenz“ soll u.a. die Weiterentwicklung von Unterstützungsstrukturen und die Sensibilisierung für Demenzerkrankungen voranbringen. Außerdem soll sie zur Gründung „lokaler Allianzen“ motivieren um so der „Herausforderung Demenz“ im direkten Lebensumfeld der Betroffenen entgegenzutreten.

Unterstützungsbedarfe und -strukturen bei rheumatischen Erkrankungen

Der Geschäftsführer der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V., Gerd Rosinsky, stellte die Unterstützungsstrukturen und -bedarfe in Bezug auf physische Erkrankungen am Beispiel Rheuma dar. Dabei verwies er u.a. darauf, dass (besonders bei sozial Benachteiligten) die Defizite in der Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Leistungen hoch sind und eng mit dem eigenen Gesundheitsverhalten zusammenhängen. Aber auch die Rahmenbedingungen müssten stärker an das Krankheitsbild und die Bedürfnisse der an Rheuma Erkrankten angepasst werden. So müsse immer beachtet werden, dass Rheuma keine Alterserkrankung ist und keinen festen Krankheitsverlauf hat. Es sei Aufgabe der Selbsthilfeorganisationen und der Deutschen Rheuma-Liga, Beratungsangebote sowohl mit Professionellen als auch mit selbst betroffenen Ehrenamtlichen vorzuhalten oder Patientenschulungsprogramme zu den Themen Prävention und Rehabilitation anzubieten. Leider sei Früherkennung meist nicht vorrangiges Gesundheitsziel und Rehabilitation verliere immer mehr an Bedeutung.

Rosinsky zeigte klare Forderungen, Ziele und Beiträge der Rheuma-Liga auf. Neben der Motivation zur gezielten Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, nannte er die Aktivierung des Selbsthilfepotenzials und des Trainings lebenspraktischer (Selbstversorgungs-)Fähigkeiten zur Krankheits- und Alltagsbewältigung sowie die Wiederherstellung bzw. Sicherung der Mobilität. Aber auch die Verbesserung der Aufklärung in der Bevölkerung und die Entfaltung ehrenamtlichen Engagements bezeichnete er als Faktoren, mit denen man sich intensiver befassen müsse, um die Lebensqualität Rheumaerkrankter nachhaltig zu verbessern. Als einen integralen Bestandteil der Versorgungskette führte Rosinsky beispielhaft ein seit 1980 bestehendes wohnortnahes Bewegungsprogramm der Rheuma-Liga auf, welches die (Wieder)Eingliederung in das gesellschaftliche und das Arbeitsleben zum Ziel hat. Erst wenn ein Paradigmenwechsel von der krankheitsorientierten hin zur salutogenetischen Betrachtungsweise stattfindet, kann die

Qualität der Gesundheitsleistungen und somit auch die Verbesserung der Lebensqualität Rheumaerkrankter stattfinden, so Rosinsky.

Hohe Lebensqualität trotz gesundheitlicher Einschränkungen

In der anschließenden Gesprächsrunde wurde anknüpfend an die beiden Impulse diskutiert, welche Unterstützungs- und Teilhabestrukturen geschaffen werden müssen, um trotz gesundheitlicher Einschränkungen hohe Lebensqualität zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wurde die wichtige Rolle des Ehrenamts besonders thematisiert. Zum einen müssten politische und finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden,



um ehrenamtliche Tätigkeiten zu ermöglichen. Die Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement sei da, allerdings müsste dies auch frei nach dem Motto „Ehrenamt gibt es nicht umsonst“ durch Aufwandsentschädigungen allen möglich gemacht werden. Zudem müsste es dringend mehr Anlaufstellen zur Qualifizierung und Ausbildung von Ehrenamtlichen geben. Des Weiteren wurde diskutiert, dass sowohl für die Betroffenen und deren Angehörige, als auch für die professionellen und ehrenamtlichen Akteure und Akteurinnen mehr Transparenz über Angebote und Strukturen geschaffen werden müssen, um sich im „Dschungel der Möglichkeiten“ besser zurecht zu finden. Dies könne durch mehr professions- und bezirksübergreifende Plattformen und Treffen erreicht werden. Außerdem müsse die aktuelle „Überfrachtung“ mit Flyern und Informationsbroschüren überdacht und neu systematisiert werden. Ebenso müsse überprüft werden, in welchen Bereichen eine Übersetzung in andere Sprachen notwendig bleibt bzw. inwieweit aufsuchende Strukturen zielführender sind. Stadteilkonferenzen über die Sozialraumorientierung in den Quartieren, wie sie bspw. im Bezirk Tempelhof-Schöneberg geplant sind, würden den Ausbau von Vernetzungsstrukturen voranbringen. Als große Herausforderung wurde zudem genannt, das Bewusstsein hinsichtlich der Bedeutsamkeit nachbarschaftlicher Hilfenetze zu schärfen. So sei es u.a. wichtig, konstante und verlässliche Vertrauenspersonen in den Nachbarschaften zu haben, die für die verschiedenen Lebensstilgruppen ansprechbar sind, sowie Unterstützung von Seiten der Wohnungsunternehmen zu erhalten. Inklusion und Teilhabe der Betroffenen müsse durch den Ausbau von (begleiteter) Mobilität verstärkt werden und auch Bewegungsangebote wie die Stadteilsparzierungsgänge sollten verstärkt umgesetzt werden. Darüber hinaus wurde von Seiten einer Betroffenen gefordert, unabhängig vom Internet „Infopoints“ in

den Stadtteilen zu installieren, um auch die weniger internetaffine Zielgruppe zu erreichen.

Arbeitsgruppe B „Nachbarschaft und Wohnumfeld“

Demografische Herausforderungen

Ulrich Wiebusch von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales stellte einen Überblick über die demografischen Entwicklungen in Berlin vor und die sich daraus ergebenden Herausforderungen, Bedarfe und Gestaltungsmöglichkeiten. Bis 2030 wird die Zahl der jungen Alten (65- bis 80-Jährige) um 14 Prozent und die Zahl der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) sogar



um 80 Prozent zunehmen, mit einem jeweils höheren statistischen Anteil von Frauen. Der Anteil der Älteren mit Migrationshintergrund wird dabei besonders stark wachsen. Der demografische Wandel in Berlin ist somit nicht nur von der nominellen und prozentualen Zunahme Älterer geprägt, sondern auch von der Zunahme der Hochaltrigen. Damit einhergehend wird die Zahl der Pflegebedürftigen und der Demenzkranken weiter steigen, was hohe zeitliche, professionelle und finanzielle Anforderungen an die Pflege, Gesundheits- und Sozialpolitik und deren interkulturelle Kompetenz stellt.

Als wichtigste Ziele, um diesen Entwicklungen entgegen zu treten, nannte Wiebusch die barrierefreie und bezahlbare Bereitstellung von Wohnungen, die Verbesserung der sozialen, gesundheitlichen, städtischen und kommunalen Infrastruktur sowie der Versorgungsangebote für Seniorinnen und Senioren. Neben quartiersbezogenen Anlauf- und Beratungsstellen sowie vernetzten Wohn- und Nachbarschaftsstrukturen ist auch die Steigerung der Akzeptanz soziotechnischer und altengerechter Assistenzsysteme ein wichtiger Schritt, um die Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit Älterer so gut wie möglich zu bewahren. Im Zuge des Anstiegs der Nachfrage gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen/der öffentlichen Daseinsfürsorge sowie nach alten- und generationengerechtem Wohnen brachte Wiebusch ein, dass die Chancen dieser neuen „demografischen Wertschöpfung“ genutzt werden müssen. Wiebusch benannte das Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz, die Stadtteilzentren oder die Pflegestützpunkte als gute Referenzbeispiele, verwies aber auch darauf, dass es noch viel Handlungsbedarf und Weiterentwicklungspotenzial gibt.

Es gibt viel Engagement zum Thema Barrierefreiheit in Berlin. So wurde die Stadt etwa im Dezember 2012 von der Europäischen

Kommission mit dem Access City Award 2013 geehrt, der europäischen Städten verliehen wird, die sich vorbildlich für den Abbau von Mobilitätsbarrieren für behinderte Menschen einsetzen. Auch im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention fand die Barrierefreiheit Eingang. Allerdings bestehen nach wie vor sowohl verschiedene Umsetzungsprobleme als auch Kommunikationsbedarfe zu existierenden Angeboten.

Herausforderungen an die Gestaltung altersgerechten Wohnens

Aus planerischer Perspektive erklärte Ulrike Rau, Inhaberin des Büros „raumkonzepte“ und Vorsitzende des Ausschusses „Barrierefreie Stadt- und Gebäudeplanung“ der Architektenkammer Berlin, welche Aspekte es für die Gestaltung eines altersgerechten Wohnumfelds in baulicher Hinsicht zu beachten gilt. Nicht nur der Wohnraum an sich, sondern auch das Umfeld müsse dabei angepasst werden. Sie ging insbesondere auf die Beachtung der auditiven und visuellen Veränderungen sowie auf die körperlichen Bewegungseinschränkungen im Alter ein. Aus einer Befragung von Seniorenhaushalten durch die TNS Emnid Medien- und Sozialforschung GmbH im Jahr 2009 ging hervor, dass 22 Prozent der über 65-Jährigen in Deutschland Bewegungseinschränkungen haben und diesbezüglich Hilfsmittel benutzen. So gelte es u.a. die Beleuchtung des Wohnumfelds und die auditiven und taktilen Raumqualitäten zu verbessern. Die Sturzprävention ist durch Planungsaspekte wie die Berollbarkeit der Bodenbeläge, schwellenlose Übergänge und ausreichend Bewegungsraum ein weiterer Faktor, den es verstärkt auszubauen gilt. Darüber hinaus müssen eine gute Nahversorgung und eine möglichst unmittelbare Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel gewährleistet sein. Zusatzkosten könnten eingespart werden, wenn die Umgestaltung in barrierefreies Wohnen im Zuge energetischer Sanierungen stattfindet.

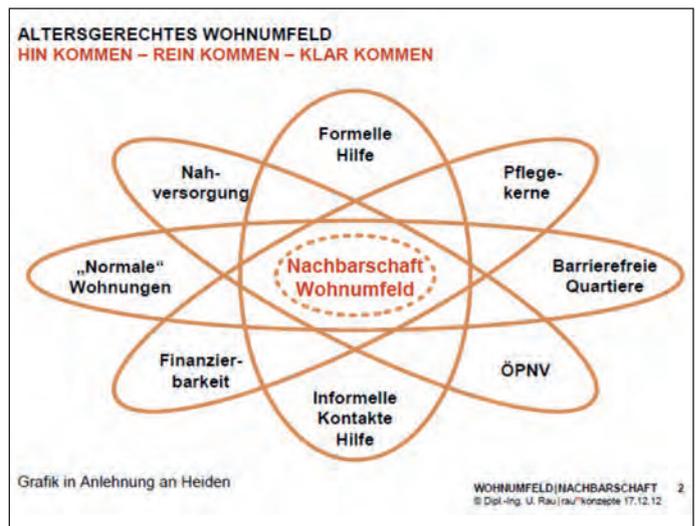


Abb.: Folie aus dem Beitrag von Ulrike Rau

Transparenz barrierefreier Einrichtungen

Der Leiter des Projekts Mobidat, Thorsten Stellmacher berichtete von der Arbeit und Funktion des Informations- und Auskunftsservice Mobidat. Mithilfe einer leicht handhabbaren Online-Datenbank stellt Mobidat seit Beginn der 1990er Jahre

Informationen zu barrierefreien Einrichtungen und öffentlichen Gebäuden des Gesundheits-, Wohn- und Freizeitbereichs in Berlin zur Verfügung. Inbegriffen sind darüber hinaus auch entsprechende Informationen zum öffentlichen Personennahverkehr und die Unterstützung bei der Suche barrierefreier Wohnungen. Anfangs fokussierten diese auf Mobilitätseinschränkungen und umfassen heute mit ca. 35.000 Datensätzen auch Seh- und Hörbehinderungen, sowie kognitive Einschränkungen.

Handlungsbedarfe und Verantwortlichkeiten für hohe Lebensqualität trotz Einschränkungen

In der anschließenden Gesprächsrunde mit den Teilnehmenden wurde angemerkt, dass klare und einheitliche Definitionen und Handlungsrichtlinien zu universellem Design hinsichtlich altersgerechtem Wohnen fehlen, die von der die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt vorgegeben werden sollten. Diese müssten zur Orientierung v.a. den Bauherren und genehmigenden Behörden kommuniziert werden. Des Weiteren wurde betont, dass zu erwarten ist, dass die bisher genannten Möglichkeiten der altersgerechten Anpassung des Wohnumfelds, der Ausbau ehrenamtlicher und nachbarschaftlicher Strukturen sowie das Wohnen in Gemeinschaften der Problematik des Pflegekräftemangels entgegenwirken. Abschließend wurden die Ministerien, die Bezirksamter, die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt sowie die (insbesondere städtischen) Wohnungsunternehmen als Akteure benannt, die zu diesem Thema ressortübergreifend noch aktiver werden sollen.

Gemeinsames Plenum

In einem gemeinsamen Plenum der beiden Arbeitsgruppen wurde abschließend diskutiert, welche konkreten Handlungsbedarfe an die Landesgesundheitskonferenz weitergegeben werden sollen. In beiden Arbeitsgruppen wurde die Rolle des ehrenamtlichen Engagements besonders hervorgehoben. Es wurde gefordert, die Rahmenbedingungen für das Ehrenamt zu verbessern, da sowohl der Bedarf als auch die Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement groß sind und dies bei entsprechender Kommunikation und Qualifikation auch in den unterschiedlichen



Zuwanderungsgruppen. Hierzu gehören neben finanzieller Unterstützung bspw. Schulungen und Qualifizierungen für Interessierte. Zudem wurde differenziert dargestellt, dass das Engagement von Männern im Ehrenamt zunimmt, die Angebote von Frauen jedoch bisher in der Regel nachhaltiger seien und ältere Männer einen besonderen Qualifizierungsbedarf für die Pflege Angehöriger hätten. Besonders wichtig sei es weiter, Unterstützungs- und Beratungsangebote übersichtlich(er), niedrigschwellig(er) und kleinräumig(er) aufzubereiten. Der Einsatz unterschiedlicher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren müsse darüber hinaus gestärkt werden. So sollen bspw. für die Sensibilisierung für nachbarschaftliche Unterstützung verstärkt Ansprechpersonen auf nachbarschaftlicher Ebene oder Lotsinnen und Lotsen unterschiedlicher Herkunft für unterschiedliche Angebote gewonnen werden. Bestehende Strukturen sollen genutzt, ausgebaut und besser miteinander vernetzt werden. Die verstärkte Umsetzung sozialraumorientierter und quartiersbezogener Konzepte wurde als weiterer entscheidender Punkt für Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter genannt. Weiterhin wurden eine breitere Anerkennung des Beratungszentrums kom-zen, gezieltere Vernetzung von verantwortlichen Akteuren sowie der Ausbau der Kooperationen mit Pflege- und Krankenkassen gefordert.

Forum IV

„Gesundheitsförderung trotz Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftigkeit bedeutet häufig, dass die selbständige und selbstbestimmte Lebensführung der Betroffenen gefährdet ist. Liebgewonnene Aktivitäten und soziale Kontakte aufrecht zu erhalten wird zur Herausforderung, alltägliche Abläufe müssen neu gestaltet und Unterstützung organisiert werden. Pflegebedürftigkeit kann zu Einsamkeit, Isolation und zu psychischer Belastung führen. Etwa zwei Drittel der pflegebedürftigen älteren Menschen leben in Privathaushalten, ein Drittel stationär.

Welche Gesundheitspotenziale gibt es trotz Pflegebedürftigkeit in ambulanter und stationärer Pflege? Was kann Gesundheitsförderung leisten? Wie kann die soziale Teilhabe pflegebedürftiger Menschen unterstützt werden? Welche Akteure müssen hier zusammenarbeiten? Welche Potenziale hat die Rehabilitation? Diese und weitere Fragen wurden mit folgendem Podium diskutiert:

DR. SYLKE SALLMON, Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales (Impulsvortrag)

DR. OLIVER ZOBEL, Der Paritätische Landesverband Berlin (Impulsvortrag)

GISELA SEIDEL, Pflegestützpunkt Berlin-Kreuzberg (Podium)

DR. MED. CHRISTINE MENDE, Ida-Wolff-Geriatriezentrum Neukölln/Berliner Krankenhausgesellschaft (Podium)

BRIGITTE KEMPER-BÜRGER, Psychotherapeutenkammer Berlin (Podium)

PROF. RAINER NEUBART, Sana Klinikum Templin, Geriatrie (Podium)

Moderation:

PROF. JOSEFINE HEUSINGER, Hochschule Magdeburg-Stendal



Soziale Situation von Menschen mit Pflegebedarf

Dr. Sylke Sallmon, Leiterin der Arbeitsgruppe Sozialstatistisches Berichtswesen bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, bezog sich in ihrem Vortrag auf die Berliner Gesundheitsziele für ältere Menschen. Diese umfassen die Handlungsfelder soziale Teilhabe in Settings, Bewegungsförderung und psychische Gesundheit. Das Referat „Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme“ der Senatsverwaltung entwickelt derzeit gemeinsam mit Expert/innen für die Begleitung des Gesundheitszieleprozesses für ältere Menschen ein Monitoring, welches Indikatoren zu gesundheitlicher und sozialer Lage sowie zu Potenzialen für „Teilhabe“ enthält (siehe auch Forum I, Beitrag Dr. Sabine Hermann). Daten und Informationen, die in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit stehen, sind ebenfalls darin enthalten. Sallmon gab in ihrem Vortrag einige Einblicke in diese Daten.

Auf ihre Gesamtlebenszeit gesehen, müssen Männer im Schnitt mit 2,2 Jahren und Frauen mit fast vier Jahren Pflegebedürftigkeit rechnen. Pflegebedürftigkeit ist in höherem Alter wahrscheinlicher: so waren 2009 von den über 85-Jährigen 54 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer pflegebedürftig. Schätzungen zufolge wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft stark zu-

nehmen. War im Jahr 2009 jede/r 35. Einwohner/in deutschlandweit pflegebedürftig, so wird es im Jahr 2060 voraussichtlich jede/r 14. sein.

Zahlreiche Pflegebedürftige verbrauchen zur Deckung ihres Pflegebedarfes das eigene Einkommen ganz oder teilweise, da die Pflegeversicherung (SGB XI) nur Teilkasko-Leistungen erbringt. Dies führt nicht selten zu einer Reduzierung des finanziellen Selbstbehalts auf Sozialhilfeniveau bzw. erfordert Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege nach SGB XII (Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe). Ende des Jahres 2011 erhielten in Berlin 107.917 Menschen Pflegeleistungen nach SGB XI und 27.879 Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII. Sallmon berichtete weiter, dass unter anderem in Zusammenhang mit zurückliegenden arbeitsmarkt- und rentenpolitischen Entwicklungen sowie der perspektivischen demografischen Entwicklung die Zahl älterer Menschen in Berlin mit besonderen Risiken für armutsnahe Lebenslagen (Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit) steigen dürfte. Für neu ins Rentenalter gekommene Altersjahrgänge ist in den letzten Jahren in Berlin ein zunehmender Anteil von Grundsicherung abhängiger Personen zu beobachten. Die ältesten Altersjahrgänge weisen ebenfalls vergleichsweise hohe Quoten auf.

Mit Blick auf die in Pflegeeinrichtungen lebenden hochbetagten und langlebigen Menschen zeigt sich, dass sich deutlich mehr Frauen als Männer in stationärer Pflege befinden. Männer seien im Unterschied zu Frauen bis ins hohe Alter hinein in geringerem Maße darauf angewiesen, in Einrichtungen untergebracht mit Transferleistungen der Sozialhilfe ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, u.a. da sie bei Eintritt von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen durch die Ehefrau oder Lebenspartnerin zu Hause betreut werden.

Was lässt sich aus diesen aktuellen Zahlen und den Hinweisen auf voraussichtliche Entwicklungen auf Handlungsbedarfe ableiten? Der enge Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage spielt im Alter eine besonders große Rolle. Denn die materielle Lage ist im Alter weniger veränderbar und gesundheitliche Einschränkungen sowie Pflegebedürftigkeit rücken zunehmend in den Vordergrund.

Dennoch lohnt sich Prävention im Alter, so Sallmon. Dies bedeutet jedoch, dass neben gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen eine Anpassung der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur an die demografische Entwicklung erforderlich ist, insbesondere für sozial Benachteiligte. Dabei sei es wichtig, sozialstrukturelle und kleinräumige Schwerpunkte zu identifizieren und zu setzen, z.B. hinsichtlich der wachsenden Gruppe ältere Menschen aus anderen Herkunftsländern.

Was braucht gute Pflege – ein Blick in die Praxis

Aus der Praxis berichtete anschließend Dr. Oliver Zobel, Referent für Altenhilfe vom Paritätischen Landesverband Berlin. Er gab dabei Impulse sowohl zu ambulanten als auch zu stationären Pflegesituationen.

Der Paritätische Landesverband Berlin hat eine Kampagne „Gute Pflege braucht...“ durchgeführt, in welcher über 7.000 Postkarten und Aufrufe über die Einrichtungen des Paritätischen an Pflegebedürftige und Pflegende auch zu Beweggründen und Motivation für Gesundheitsförderung trotz Pflege verteilt wur-

den. Über 3.000 Menschen haben geantwortet und vielfältige Anforderungen beschrieben.

Doch wie kann man im Sinne der Gesundheitsziele zu konkreten Maßnahmen in konkreten Handlungsfeldern kommen?

Dies illustrierte Zobel am Beispiel der stationären Pflege. Stationäre Pflege, die eine institutionalisierte Versorgung darstellt, ermögliche Zugang zu konkreten Angeboten einer breiten Gesundheitsförderung. Zum einen werden konkrete Angebote gemacht, zum anderen drückt sich darin jedoch auch aus, wie das Pflegemanagement vor Ort funktioniert und welches Verständnis gelebt wird.

Ein besonders anschauliches Beispiel ist dabei die Versorgung von Menschen mit Demenz und / oder Hörschädigung. Beides kann zu erheblicher Beeinträchtigung der Kommunikation führen – es besteht die Gefahr der Isolation. Bei Schwerhörigkeit, die zudem häufig erst zu spät diagnostiziert wird, bekommt der Mensch diese Isolation aktiv mit – und verlernt auch das Verstehen und Kommunizieren. Mit geschickter Pflegeplanung jedoch können verloren geglaubte Fähigkeiten aktiviert und Teilhabe wieder ermöglicht werden. Dies habe u.a. eine Fachtagungsreihe zum Thema „Barrierefreie Kommunikation im Alter“ gezeigt.



Anschließend ging Zobel auf den ambulanten Bereich ein. Der Wunsch der Menschen ist es, zu Hause zu leben – die Devise lautet „ambulant vor stationär“. Aus der eigenen Häuslichkeit heraus ist es grundsätzlich eine Herausforderung, Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Menschen müssen Angebote zunächst kennen, dann wollen und auch in der Lage sein, diese nutzen oder erreichen zu können. Gibt es im stationären Bereich zahlreiche „Komm-Strukturen“, bedarf es im ambulanten Bereich eines Care und Case Managements (dies sei zumindest wünschenswert), so Zobel. In Berlin sei die Erkenntnislage zur ambulanten häuslichen Pflege jedoch sehr dürftig.

Als zentrale Dimension der Teilhabe und Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege bezeichnete Zobel die Mobilität – also die Möglichkeit, die eigene Wohnung verlassen zu können – und nannte beispielhaft die Berliner Mobilitätshilfedienste als wichtige Ressource. Hier ist die Dichte des Angebotsnetzes von entscheidender Bedeutung, denn Mobilitätshilfe Leistende müssen zu den mobilitätseingeschränkten Menschen auch kommen können. Das Netz ambulanter Mobilitätshilfedienste in Berlin wird jedoch 2013 reduziert, so dass langjährige Strukturen aufgelöst

und ausgedünnt werden. Dies sei ein Impuls, den Zobel in den Gesundheitszielprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter“ zur Berücksichtigung geben möchte. Teilhabe lasse sich an Indikatoren messen. Zobel betonte, dass der Paritätische hierbei als Partner zur Verfügung stehe.

Soziales Wohlbefinden – Mobilität als Voraussetzung für Teilhabe

Aus Sicht eines Pflegestützpunktes berichtete anschließend Gisela Seidel, Leiterin eines Pflegestützpunktes in Berlin-Kreuzberg über die Potenziale von Gesundheitsförderung. Pflegestützpunkte haben es überwiegend mit älteren pflegebedürftigen Menschen zu tun. Zwei Drittel von ihnen werden durch Angehörige wie Familie, den Freundeskreis, Menschen aus der Nachbarschaft oder Bekannte zu Hause gepflegt. Viele Pflegenden sind ebenfalls älter. So berichtete Seidel beispielsweise von einer 79-jährigen Frau, die seit zehn Jahren ihre Tochter pflegt, die an den Folgen eines Schlaganfalles leidet.

Welche Gesundheitspotenziale gibt es trotz Pflegebedürftigkeit?

Hier lenkte Seidel den Blick auf soziale Bedingungen für Gesundheit bzw. soziales Wohlbefinden. Dies bedeutet, sozial eingebunden zu sein, Teil der Gesellschaft zu bleiben, Gemeinschaft zu erleben, Beachtung zu finden, Freundschaften zu pflegen – Teilhabe am gesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Leben. Eine zentrale Voraussetzung für Teilhabe außerhalb der Wohnung ist die Mobilität.

Das Leben vieler Pflegebedürftiger ist jedoch durch eingeschränkte Beweglichkeit gekennzeichnet. Daher kommt der Gestaltung des öffentlichen Raumes eine wichtige Rolle zu. Das betrifft insbesondere ausreichend vorhandene, funktionierende Fahrstühle an U- und S-Bahnhöfen, abgesenkte Bürgersteige und die Zugänglichkeit von Gebäuden. Allerdings reicht die barrierefreie Ausstattung des öffentlichen Raumes nicht immer aus. Viele benötigen darüber hinaus Mobilitätshilfe – hier knüpfte Seidel an die Ausführungen von Dr. Oliver Zobel an. Seidel betonte, dass es in Berlin Einrichtungen gibt, die älteren mobilitätseingeschränkten Menschen außerhalb ihrer Wohnung helfen, wie beispielsweise die Mobilitätshilfedienste. Diese können aber längst nicht den vorhandenen Bedarf decken, wodurch längere Wartezeiten inzwischen obligatorisch geworden sind. Weiterhin gibt es den Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg, der kostenlos Begleitung außerhalb des Hauses anbietet. Bei diesem bestehen jedoch Beschäftigungsverhältnisse, die über Arbeitsmarktinstrumente gefördert werden, häufig befristet und insofern nicht verlässlich genug sind.

Gesundheitsförderung braucht daher laut Seidel langfristige stabile Rahmenbedingungen, die Mobilität und Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben ermöglichen. Beachtung brauchen insbesondere auch die pflegenden Angehörigen. Diese leiden häufig unter Vereinsamung, Dauerstress bis hin zum Burnout-Syndrom. Hier seien Freiräume und entlastende Angebote notwendig. In erster Linie benötigen pflegende Angehörige Informationen über die Möglichkeiten, denn das Dickicht der Angebote und der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist für viele nicht durchschaubar. Hier bieten sich berlinweit die Pflegestützpunkte als erste

Anlaufstellen an. Aufgabe dieser ist es u.a., die pflegenden Angehörigen zu ermutigen, ihren Teil zur eigenen Gesundheitsförderung beizutragen, damit sie der Pflegesituation Stand halten können. Pflegestützpunkte bieten fünfmal pro Woche von 9:00 bis 18:00 Uhr Information, Beratung und Unterstützung an – kostenfrei und verbraucherorientiert.

Reha vor Pflege – Situation in stationären Einrichtungen

Dr. Christine Mende, Chefärztin des Ida-Wolff-Geriatriezentrums Neukölln stellte das Berliner Modell „Die Pflege mit dem Plus“ vor, das mit angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie therapeutisch Tätigen auf dem Gelände des Geriatriezentrums umgesetzt wird. Dieses Modell wurde 1996 mit der Umwandlung von sogenannten „Chronikerbetten“ in 160 Krankenhausbetten auf der einen und 200 Plätzen für ein Pflegewohnheim auf der anderen Seite geschaffen.



Der mit Einführung der Pflegeversicherung bestehende Grundkonflikt zwischen Krankenkassen und Pflegeversicherung hinsichtlich der Finanzierung der pflegerischen und rehabilitativen Behandlung von Pflegeheimen Bewohnenden ist nicht gelöst, wie Mende berichtete. Der im Pflegeversicherungsgesetz vorgeschriebene Primat der „Reha vor Pflege“ wird im vollstationären Bereich nur ungenügend durchgesetzt.

Als Qualitätsindikatoren für die geriatrische Versorgung im Pflegewohnheim werden zur Zeit 24 Items erhoben. Dies sind u.a. Häufigkeit von Stürzen und Frakturen, Anzahl der verordneten Medikamente, Kognition, Kontinenzverhalten, Auftreten von Harnwegsinfekten, Ernährungseinschätzung, Bettlägerigkeit, Inzidenz zunehmender Funktions- und Bewegungseinschränkung sowie Verschlechterung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Lebensqualität wird u. a. über freiheitseinschränkende Maßnahmen beurteilt. Der Einsatz psychotroper Medikamente wird bewertet.

Aufgabe der wissenschaftlichen Geriatrie müsse laut Mende sein, die Probleme von Heimbewohner/innen wahrzunehmen und über das inzwischen eingeführte und derzeit am besten untersuchte Assessmentinstrument „Resident Assessment Instrument – RAI“ in Langzeitbewertungen einzuschließen.

Mende forderte, die Diskriminierung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Pflegeversicherung als nicht rehabili-



tierbare Patienten durch Schaffung inhaltlicher und finanzieller Anreize zu vermindern. Alle Forderungen, die von den einzelnen Bereichen und Arbeitsgruppen im Rahmen dieser Veranstaltung aufgestellt worden sind, sollten auf der nächsten Landesgesundheitskonferenz nicht erneut diskutiert, sondern auf ihre Realisierbarkeit geprüft werden.

Versorgung psychisch kranker älterer Menschen

Brigitte Kemper-Bürger, Geschäftsführerin der Psychotherapeutenkammer Berlin, lenkte als nächstes den Blick auf die psychische Gesundheit älterer Menschen.

In der Gruppe der 65- bis 85-Jährigen befinden sich zwar 42 Prozent in einem sehr guten gesundheitlichen Zustand – jedoch sind etwa 25 Prozent der über 65-Jährigen von psychischen Erkrankungen betroffen. Der größte Anteil entfällt auf depressive Erkrankungen (20 Prozent), schwere Schlafstörungen (20 Prozent), Suizidalität (10 Prozent), somatoforme Störungen (10 Prozent), Angsterkrankungen (5 Prozent) sowie Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. Schaut man in die Heime, sieht es noch bedrückender aus: etwa 67 Prozent der alten Menschen in Heimen haben psychische Erkrankungen, davon 30-75 Prozent Demenzen; bis zu 50 Prozent depressive Symptome und 15-20 Prozent schwere Depressionen. (Quellen: Prof. A. Maercker, Uni Zürich, Symposium Mai 2012, Prognos Studie 2010, RKI Themenheft 51)

Auf der anderen Seite sind jedoch insgesamt nur 1,5 Prozent der Menschen über 65 Jahre in psychotherapeutischer Behandlung.

Gründe für eine geringe Inanspruchnahme sieht Kemper-Bürger u.a. in:

- Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen, Angst als „verrückt“ zu gelten
- unzureichende Kenntnisse der hausärztlich Betreuenden zur Diagnose psychischer Erkrankungen
- Alters-Selbstbild älterer Menschen, Vorurteile gegenüber einer Psychotherapie
- Altersbild der Gesellschaft („Therapie lohnt nicht mehr“)
- Schwierigkeiten auf Seiten der Therapeut/innen (z.B. Altersdifferenz zwischen Patient/in und Psychotherapeut/in)
- Lange Wartezeiten

In den Heimen verschärft sich dieses Bild insbesondere durch Multimorbidität. Daher müsse auch dort eine angemessene Versorgung für erkrankte Menschen sichergestellt werden.

Als große Herausforderung für Gesundheitsförderung in der Pflege bezeichnete Kemper-Bürger die Entstigmatisierung von Pflege. Wenn es gelingt, dass die Menschen sich in der Einrichtung wohl fühlen und sich auch die Angehörigen mit dem Heim und der Lebensform identifizieren, wirkt dies positiv auf den Gesundheitszustand aller Beteiligten.

Eine zweite große Herausforderung sei es, angemessene Versorgungsformen für psychisch kranke Menschen und Gesundheitsförderangebote für psychische Gesundheit in den Pflegeeinrichtungen zu entwickeln.

Kemper-Bürger betonte, dass psychotherapeutische Interventionen mit Älteren erfolgreich seien, sofern sie auf deren zentrale Themen bezogen sind, wie etwa Umzug in ein Pflegeheim, Abschied vom Vertrauten, Beginn der letzten Lebensphase, Ängste vor dem Tod, soziale Ängste, aber auch Chancen auf etwas Neues und auf angemessene Hilfe.

Die dritte Herausforderung heißt: Geld („Gute Pflege kostet Geld!“). Dazu gehören angemessene Bezahlung für das Personal, angemessene Ausstattung, angemessene Fortbildung usw.

Schließlich stellte Kemper-Bürger ein Projekt vor, das die Psychotherapeutenkammer gemeinsam mit dem Träger „Volkssolidarität“ und der Universität Heidelberg entwickelt hat (Psychotherapeutische Interventionen in einem Pflegeheim in Marzahn). Ziel des Projektes ist es, ein innovatives, ganzheitliches Versorgungskonzept unter Einbezug von zwei Psychologischen Psychotherapeut/innen und einer Pflegefachkraft zu entwickeln, um:

- die psychische und körperliche Gesundheit und Lebensqualität der Bewohner/innen zu verbessern,
- Belastungen der Beschäftigten zu reduzieren und die Arbeitszufriedenheit zu steigern,
- die fachliche Qualifikation des Personals weiterzuentwickeln,
- Angehörige einzubeziehen,
- das Heim zunehmend in das Wohnumfeld und das weitere soziale Umfeld zu öffnen.

Prävention und Rehabilitation stärken

Über das Berliner Geriatriekonzept sprach schließlich Prof. Rainer Neubart, Chefarzt der Geriatrie im Sana Klinikum Tempelin. Das Geriatriekonzept Berlin wurde im Jahr 2010 von der Ärztekammer Berlin vorgelegt. Es analysiert den Bedarf an geriatrischer Versorgung in Berlin. Kernforderungen des Konzeptes sind es geriatrische Versorgungsangebote stärker zu vernetzen, Schwerpunktpraxen zu fördern, mehr geriatrische Klinikbetten einzurichten und das Berliner Heimarztmodell auszubauen.

Eine zentrale Frage seines Statements war es, wie die Lebenserwartung in Selbständigkeit verlängert bzw. Pflegebedarf vermieden werden kann. Wichtig dabei sei es,

Forum V

„Interkulturelle Öffnung für Ältere in allen Lebenslagen“



In diesem Forum wurde die Diskussion des Gesundheitsforums der Landesgesundheitskonferenz „Gut verstanden – gut versorgt? Herausforderungen für ein gesundes Altern in der Zuwanderungsstadt Berlin“ vom 12. November 2012 fortgesetzt.

Diskutiert wurden aktueller Stand und gegenwärtige Herausforderungen der interkulturellen Öffnung der Altenhilfe in Berlin. Welche Potenziale, Bedürfnisse und Bedarfe haben Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund? Wie können und müssen diese in der Seniorenarbeit, im Altenhilfe- und Gesundheitssystem und im gesellschaftlichen und sozialen Leben berücksichtigt werden? Was bedeutet das für die Strukturen der Unterstützungssysteme? MELTEM BAŞKAYA, stellvertretende Leiterin des Kompetenz Zentrums Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, führte als Moderatorin durch das Forum.

Auf dem Podium waren vertreten:

Impulse:

DR. LAURA ROMEU GORDO, Deutsches Zentrum für Altersfragen

JÖRG NEANDER, Bezirksamt Lichtenberg, Abteilung Bildung, Kultur, Soziales und Sport

ALTUN AKTÜRK, Seniorenvertretung Neukölln

MASSOUD JAMSHIDPOUR, Seniorenvertretung Reinickendorf

Moderierte Gesprächsrunde (gemeinsam mit den Impulsgebenden):

NEJLA KABA-RETZLAFF, Fontiva Wohn- und Pflegeheim GmbH Potsdam, ehem. Leiterin des türkischen Pflegeheims „Türk Bakim Evi“ in Berlin-Kreuzberg

SUSANNE KOCH, Begegnungszentrum des AWO Landesverbandes

ANNA VEY, DRK Generalsekretariat, Team Migration und Integration – Interkulturelle Öffnung – Inklusion

Multikulturalität und Heterogenität im Alter

Über die Herausforderungen des demografischen Wandels hinsichtlich der Integration älterer Zugewanderter auf dem Arbeitsmarkt berichtete Dr. Laura Romeu Gordo vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA). Der Anteil der deutschen Bevölkerung mit Migrationshintergrund beträgt aktuell knapp 20 Prozent, bei den über 65-Jährigen sind es bislang 8,6 Prozent. Dies zeigt voraus, dass die Gruppe der Älteren in den nächsten Jahrzehnten nicht nur größer, sondern auch vielfältiger wird. Hinsichtlich dieser Entwicklungen sieht Romeu Gordo die Arbeitsmarktpartizipation derjenigen älteren Zugewanderten als besonders schwierig an, die bereits in jüngeren Jahren schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben. Migrantinnen und Migranten haben häufig niedrigere Einkommen als die Deutschen ohne Migrationshintergrund, was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass viele keinen in Deutschland anerkannten bzw. gar keinen berufsqualifizierenden Bildungsabschluss haben. Romeu Gordo wies auf die Wichtigkeit hin, die Maßnahmen der Renten- und Arbeitsmarktpolitik stärker an die Zunahme der Diversität anzupassen und die heute sowie zukünftig älteren Zugewanderten bei der Erhöhung der Beschäftigung Älterer stärker in Betracht zu ziehen. Dies soll „große Unterschiede beim Lebensstandard zwischen Personen mit und ohne Migrationserfahrung im Alter“ vermeiden, so Romeu Gordo.



Interkulturelle Öffnung leben!

Aber nicht nur für den Arbeitsmarkt stellt die zunehmende Diversität eine große Herausforderung dar. Auch die gesellschaftliche Teilhabe älterer Zugewanderten spielt eine wichtige Rolle hinsichtlich der Interkulturellen Öffnung (IKÖ) für Ältere. Jörg Neander, Fachbereichsleiter des Amtes für Soziales, Soziale Dienste und Angebote im Bezirksamt Lichtenberg stellte im Forum ein Projekt vor, in dem eine Lichtenberger Seniorenbegegnungsstätte zum kultursensiblen Ort entwickelt wird. In Lichtenberg haben 15,5 Prozent der Bevölkerung eine nicht-deutsche Herkunft und stammen aus 145 verschiedenen Ländern. Von ihnen sind etwa fünf Prozent über 65 Jahre alt. In Kooperation mit unter anderem der Bürgerinitiative Ausländische MitbürgerInnen e.V. und in Begleitung des Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe findet seit Mai 2012 in der Seniorenbegegnungsstätte Neustrelitzer Treff der Prozess der interkulturellen Öffnung statt. Hierbei werden zahlreiche kultursensible Veranstaltungen mit den Schwerpunkten Bildung, Sozio-Kultur sowie Bewegung und Sport angeboten. Dabei stehen verschiedene gemeinsame Aktivitäten wie Ausflüge, Kochen und Erzählcafé, aber auch kultursensible Beratung zu sozialen und Gesundheitsfragen im Mittelpunkt. Neander betonte hierbei, dass dieses Projekt nur dann erfolgreich sein kann, wenn es sowohl von den Mitarbeiter/innen als auch von der Zielgruppe gelebt und nicht nur „abgearbeitet“ werde. Zudem bedürfe es viel Initiative sowie intensiver Begleitung und Moderation. Neben der Schaffung neuer kommunikativer, kooperativer und räumlicher Strukturen merkte Neander an, dass ausreichend Geduld und Beharrlichkeit aller Beteiligten wesentliche Erfolgsfaktoren seien. Das Angebot des Neustrelitzer Treffs soll in der Öffentlichkeit noch stärker sichtbar gemacht und durch mehr ehrenamtliches Engagement unterstützt werden.

Was sind die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten?

Die persönlichen Erfahrungen hinsichtlich bedarfsgerechter und ressourcenorientierter Unterstützung älterer Migrantinnen und Migranten aus Sicht der eigenen Altersgruppe schilderten die Seniorenvertreterin aus Neukölln, Altun Aktürk und der Vorsitzende der Seniorenvertretung Reinickendorf, Massoud Jamshidpour. Im medizinischen und pflegerischen Bereich mangle es stark an Personal im Allgemeinen und an mehrsprachigem Personal im Besonderen, so Aktürk. Persönlich fühle sie sich nicht ausreichend versorgt. So berichtete sie u.a. über eine star-

ke Verunsicherung der Betroffenen mit Migrationshintergrund, da zum einen keine ausreichende muttersprachliche ärztliche Versorgung gegeben ist und zum anderen – besonders in den Krankenhäusern aufgrund des schnellen Tagesablaufs und des Personalmangels – keine konstanten Ansprechpartnerinnen und –partner vorhanden sind. An ausreichend vorhandenen und vielfältigen Angeboten hingegen mangle es nicht, da bestehende Angebote auch den älteren Zugewanderten zur Verfügung stehen, ergänzte Jamshidpour. So stehe nicht im Vordergrund neue Angebote zu schaffen, sondern die bereits bestehenden Angebote dieser spezifischen Zielgruppe bekannt(er) zu machen und den Zugang zu den Angeboten, z.B. durch spezielle „Lotsinnen oder Lotsen“ zu erleichtern. Zudem könne die Integration dieser Menschen besser gelingen, wenn Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen sie sich stärker willkommen fühlen. Auch die Verbreitung relevanter Informationen dürfe nicht nur über Institutionen, sondern müsse verstärkt über soziale Netzwerke, wie bspw. die Nachbarschaft stattfinden.

Interkulturelle Kompetenz durch Weiterbildung – Motivation durch Wertschätzung

Nejla Kaba-Retzlaff, Sozialmanagerin und Einrichtungsleiterin der Fontiva Wohn- und Pflegeheim GmbH sowie ehemalige Leiterin des türkischen Pflegeheims „Türk Bakim Evi“, betonte auf Grundlage ihrer Praxiserfahrungen die Bedeutung der (Weiter)Bildung von Pflegekräften hinsichtlich interkultureller Kompetenz. Diese müsse verstärkt in die Inhalte und Curricula der Berufsausbildungen integriert werden. Darüber hinaus sei es wichtig, deutlich mehr Menschen mit Migrationshintergrund zu Fachkräften auszubilden. Susanne Koch vom Begegnungszentrum des AWO Landesverbandes stellte im Anschluss heraus, dass bürgerschaftliches Engagement von älteren Migrantinnen und Migranten bisher nicht genügend hervorgehoben werde. Dabei sei die Arbeit mit Ehrenamtlichen sehr wertvoll und wichtig und müsse weiter ausgebaut werden. Informell gesehen würden sich laut Koch nicht unbedingt mehr Menschen der aufnehmenden Gesellschaft ehrenamtlich engagieren als Menschen mit durch Migration geprägten Biographien.

Aus „ihr Migrantinnen und Migranten“ wird „wir Einheimische“

Das Podium schließend stellte Anna Vey aus dem Team Migration – Interkulturelle Öffnung – Inklusion des DRK-Generalsekretariats Aspekte der Zusammenarbeit mit Migrantinnen, Migranten sowie Migrantinnenorganisationen eines Wohlfahrtsverbandes aus einer bundesweiten Perspektive dar. So berichtete sie beispielhaft von dem Projekt iAdentro! des DRK mit der Spanischen Weiterbildungsakademie e.V. in Bonn. iAdentro! heißt „hinein“. Hier geht es darum, dass in Deutschland gealterte spanisch stämmige Menschen sich als Teil der deutschen Gesellschaft aktiv einbringen. In drei aufeinander aufbauenden Seminaren werden sie zu „Sozial-Animatourinnen bzw. –Animatouren“ qualifiziert. Auf diese Weise werden sie ermutigt und befähigt, in ihren Lebensräumen selbst kleine Gruppen zu gründen und in der Seniorenarbeit, Freizeitgestaltung oder im Bildungsbereich aktiv zu werden. Durch den Dialog mit der Spanischen Weiterbildungsakademie und auch anderen Zugewanderten haben Vey bzw. das DRK viel gelernt. Auch umgekehrt haben die Spanische Weiterbildungsakademie bzw. andere Kooperationspartner viel darüber gelernt, wie die Abläufe in einem großen Wohlfahrtsverband

funktionieren und welche Stärken und Grenzen ein so komplexer Verband hat. Es habe sich immer wieder gezeigt, dass die Punkte, die Menschen anderer kultureller Herkunft an den Einrichtungen bzw. Organisationsabläufen und –strukturen kritisieren, oft auch tatsächliche Schwachpunkte sind. Viele Einheimische oder Mitarbeitende haben ähnliche Kritikpunkte. Daher seien das DRK und auch die Spanische Weiterbildungsakademie zu dem Schluss gekommen, dass es sehr sinnvoll ist, sich gemeinsam für solche Verbesserungen einzusetzen. Dadurch werden sowohl Ressourcen und Potenziale der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte als auch der Einheimischen deutlich. Von einem „ihr Migrantinnen“ oder „Migranten“ und einem „wir Einheimische“ kommt man auf diesem Wege zu einem inkludierenden „wir“. Davon unberührt bleibt, dass sich Menschen mit Zuwanderungsgeschichte natürlich auch für migrationspezifische Themen stark machen und dass sie dabei, wenn gewünscht, Unterstützung von Wohlfahrtsverbänden erhalten können.

Stimmen aus dem Publikum

Im anschließenden Austausch mit dem Publikum wurden viele der auf dem Podium genannten Defizite und Herausforderungen der IKÖ bestätigt und unterstrichen. Darüber hinaus wurde der Wunsch nach mehr Anerkennung auf Landesebene geäußert und gefordert, die Kooperation mit den öffentlich engagierten Migrantinnen und Migranten sowie den Migrantenorganisationen auf Augenhöhe zu stärken. Zudem wurde bemängelt, dass etwa fremdsprachige Frauen teilweise mehr Kassengebühren zahlen müssten, da sie selbst für Übersetzungsleistung aufzukommen haben. Die vermehrte und kostenfreie Bereitstellung mehrsprachiger Leistungen und mehrsprachigen Personals im Gesundheitsbereich sei somit ein wichtiger Schritt in Richtung Integration. Aus der Perspektive der Sozialarbeit wurde außerdem das Problem dargestellt, dass immer weniger Mittel für Sozialarbeit, Beratung und Angebote bereitgestellt würden, die auch den älteren Zugewanderten zu Gute kommen. Zudem wurde angemerkt, dass die Leitlinien der Bezirke stärker auf Interkulturalität als Querschnittsaufgabe ausgerichtet und diese zielgerichteter verfolgt werden müsste. Abschließend wurde ein-



gebracht, dass die Selbstreflexion der verschiedenen Einrichtungen äußerst wichtig sei und dass an den Strukturen sowie der Haltung hinsichtlich Interkultureller Öffnung der Altenhilfe kontinuierlich gearbeitet werden müsse. Beispielhaft wurde eine von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales geplante Pflegekampagne genannt, die das Image der Pflegeberufe insbesondere auch für Menschen mit Migrationshintergrund verbessern soll.

Abschlussplenum „Mit Mitgliedern der LGK im Gespräch“

Stefan Pospiech: Die Abschlusspodiumsdiskussion ist in zwei Runden geteilt. In der ersten Runde werden die Moderatorinnen und Moderatoren ein kurzes Feedback aus den einzelnen Foren geben und in der zweiten Runde werden wir die Ergebnisse und Feedbacks mit den Mitgliedern der LGK und der politischen Leitung besprechen. Ziel ist ein Aktionsprogramm für die nächsten Wochen, Monate und Jahre als Landesgesundheitskonferenz. Sie sind herzlich eingeladen, Ihre Forderungen im Verlauf der Diskussion zu äußern. Zunächst würde ich mit einer Einstiegsrunde anfangen und die Moderatorinnen und Moderatoren der Foren nacheinander um ihren Impuls bitten. Beginnen wir mit Forum I, in dem die Situation älterer Menschen im Berufsleben und deren Übergang in den Ruhestand thematisiert wurden. Was waren die konkreten Ergebnisse und Forderungen, die in diesem Forum festgehalten wurden?



Detlef Kuhn: Vorweg möchte ich sagen, dass ich es toll finde, dass in der Landesgesundheitskonferenz der Gedanke der Partizipation umgesetzt wird – mit den Vielen, die gekommen sind und das ernsthaft in Angriff nehmen wollen. Die Gestaltung der Foren ist allerdings überdenkenswert. Hier wäre es in Zukunft gut, das Ganze ein wenig zu entzerren, um mit mehr Ruhe zu diskutieren.

Wir sind aber trotzdem zu guten Ergebnissen gekommen und können einige Vorschläge formulieren. Die Angebots-Landschaft in Berlin zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in Betrieben ist schon sehr gut. Es gibt zahlreiche Akteure und eine Vielfalt von Angeboten und das schon seit vielen Jahren.

Nach wie vor ist das Thema KMU (kleinere und mittlere Unternehmen, Anm.d.Red.) eine Herausforderung. Bisher gelingt es jedoch nicht, kleine und mittlere Unternehmen zu erreichen. Die ist eine zentrale Aufgabe, da sie einen Großteil der Arbeitsplätze anbieten. Dieses Thema wurde vor allem in Hinblick darauf aufgeworfen, dass möglichst viele Betriebe eine Ansprechperson für das Thema Gesundheit haben sollten. Es gibt eben in einem Betrieb mit fünf Angestellten keinen Betriebs- oder Personalrat. Die interessanten und vielfältigen Angebote in Berlin zur Betrieblichen Gesundheitsförderung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGF/BGM) werden daher bisher schwerpunktmäßig erst für Betriebe ab 200- 300 Mitarbeitenden aufwärts umgesetzt.

Weiter gab es eine ziemlich eindeutige Forderung in der Gruppe, dass es nicht bei Einzelmaßnahmen stehen bleiben darf, wenn es um betriebliche Programme geht. Vielmehr sollten systemische und ganzheitliche Ansätze betrieben werden. Frau Oerder von der TK stellte vor, wie lehrbuchmäßig BGF/BGM betrieben wird. „So erzielen wir langfristige Wirkungen“, war die Einschätzung aller Teilnehmenden. Solche Ansätze müssten weiter ausgebaut werden, auch mit Blick auf die Betriebe, die man eben noch nicht erreicht hat. Die Forderungen, wie das in Angriff zu nehmen und zu verbessern sei, zielten ziemlich eindeutig auf einen Zusammenschluss aller relevanten Akteure, um gemeinsam Wünsche, Forderungen und Ziele zu bearbeiten. Das bedeutet, dass nicht nur die Krankenkassen alleine, vielleicht auch noch hier und da in Kooperation mit den Renten- oder Unfallversicherungsträgern, für BGF verantwortlich sind, sondern dass es prinzipiell mehr gemeinsame und besser abgestimmte Konzepte geben sollte.

Stefan Pospiech: Ganz herzlichen Dank, Herr Kuhn. Nach dem Blick auf den Betrieb und die Beschäftigten kommen wir nun zum zweiten Forum, in dem es um den Stadtteil, die Kommune ging. Auch auf dieser Ebene beschäftigt uns die Frage, wie wir die Menschen in ihrer Vielfalt erreichen und wie man sie für Ehrenämter gewinnen kann. Frau Schweele, was sind die Ergebnisse dieses Forums?

Sabine Schweele: Das zweite Forum hatte den Titel „Teilhabe und Teilgabe im Ruhestand“. Als verantwortliche Akteure wurden unter anderem zunächst die Arbeitgeber, aber auch die Krankenkassen benannt. Wenn es ein Ziel ist, dass Menschen das Ruhestandsalter gesund erreichen, ist es wichtig, dass vorher genug dafür getan wird.



Wir haben insgesamt vier Herausforderungen und Handlungsbedarfe herausgearbeitet. Die erste Herausforderung ist die Teilhabe und Unterstützung von insbesondere sozial benachteiligten älteren Menschen, die über weniger Bildung und Geld verfügen als der Durchschnitt der Gesellschaft. Zur Teilhabe und Vorbeugung von Vereinsamung und Suchtgefahren werden niedrigschwellige, transparente, kostenfreie Angebote und bezahlbare Mobilität, wie etwa das Sozialticket gebraucht. Ebenso ging es um die Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund, die niedrigschwellige und kultursensible Angebote brauchen. Als verantwortliche Akteure haben wir hierbei die Politik kommunaler Ebene sowie auf Landesebene, Krankenkassen, Freizeiteinrichtungen, Begegnungsstätten, Nachbarschaftszentren und Beratungsstellen identifiziert. Es geht darum, dass alle aktiven Akteure in den Kiezen sich vernetzen und voneinander wissen. Wichtig ist, dass Beratungsangebote z.B. auch muttersprachlich angeboten und Übergänge geschaffen werden zwischen verschiedenen Angeboten in den Bereichen Freizeit, Kultur oder Gesundheitsförderung.

Als zweite Herausforderung haben wir uns die Gruppe der hochaltrigen und einsamen Menschen angeschaut, weil sie ganz besondere Fürsorge und Unterstützung brauchen. Als verantwortliche Akteure wurden Krankenkassen, Seniorenvertretungen und Wohlfahrtsverbände benannt, aber auch die Sozialkommissionen, die nicht nur zum Geburtstag gratulieren sollten, sondern auch ein Verbindungsglied nach außen für die Menschen sind, die ihre Wohnung nur noch wenig oder gar nicht verlassen können.

Mobilitätsdienste müssen stärker ausgebaut werden, damit die Menschen ihre Wohnung verlassen und Angebote im Umfeld überhaupt erreichen können.

Die dritte Herausforderung ist, wie wir Teilhabe ermöglichen können. Gefragt sind hier Arbeitgeber, Krankenkassen, Politik auf Kommunalebene, Seniorenvertretungen, Landesseniorenbeirat, Wohlfahrtsverbände, Ehrenamtsbörsen und eine Vernetzung der Akteure. Aber bürgerschaftliches Engagement hat durchaus seine kritischen Seiten: wenn Ehrenamt als Ersatz für Stellenabbau erhalten muss beispielsweise. Manchen Menschen ist es auch unmöglich, sich ehrenamtlich zu engagieren, weil sie so wenig Geld haben, dass sie auf Minijobs angewiesen sind. Es gibt sogar viele Seniorinnen und Senioren die Vollzeitjobs haben. Es ist anhand von Statistiken zudem vorherzusehen, dass die Armut und damit die Notwendigkeit von Zuverdiensten zunehmen werden.

Vor diesem Hintergrund ist Ehrenamt kritisch zu betrachten. Auf der anderen Seite ist es jedoch auch eine wunderbare Möglichkeit für Ältere, Erfahrungswissen, Kompetenzen und Engagement in das Gemeinwesen einzubringen und auch selbst davon zu profitieren. Wichtig ist die Schaffung von strukturellen Bedingungen für bürgerschaftliches Engagement und einer Anerkennungskultur für Ehrenamtliche. Menschen mit Migrationshintergrund brauchen dabei eine besondere Ansprache, um Wege in das Ehrenamt zu finden. Sie leisten oft sehr viel an Engagement in ihrem Umfeld, würden dies jedoch nicht als Ehrenamt bezeichnen.

Die vierte Herausforderung schließlich war das sichere Wohnen im Alter. Es gibt zu wenig alters- und behindertengerechte Wohnungen. Für viele Menschen ist es ein Drama, wenn sie im Alter deshalb ihre Wohnung oder ihren angestammten Kiez verlassen müssen. Daher wurde ein politischer Schutz gefordert, dass ältere Menschen möglichst in ihren Wohnungen und im gewohnten Kiez bleiben können. Verantwortung tragen sowohl die Politik – Land und Kommune – als auch Wohnungsbaugesellschaften, private Hauseigentümer und Genossenschaften.

Allgemein wurde als wichtig benannt, dass man anerkennt, dass an vielen Stellen etwas getan werden muss, dass dies auch Geld kostet: personelle Ressourcen und Räume, und es braucht Kontinuität. Dafür ist vor allem Politik verantwortlich, nicht nur die Kommune, sondern auch das Land.

Stefan Pospiech: Dankeschön, Sabine Schweele. Links neben mir die Moderatorin des dritten Forums Frau Dr. Barbara Weigl. In diesem Forum wurde die Situation von Menschen betrachtet, die bereits von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind. Dabei standen Anforderungen an das Wohnumfeld und Herausforderungen im Umgang mit Krankheit und Einschränkungen im Fokus. Was waren die Ergebnisse aus ihrem Forum?

Barbara Weigl: Es sind bereits einige Punkte genannt worden, die auch auf diese Lebenssituation übertragbar sind. Ich möchte ein paar zentrale Punkte herausgreifen.

Eine entscheidende Herausforderung sind Beratung und Information: Wie kommen die Informationen über Hilfen und spezifische Angebote gezielt an die Menschen, die den Bedarf haben? Angebote sind in der Stadt reichhaltig vorhanden, Berlin ist mit einem relativ guten Netz überzogen. Trotzdem haben wir in bestimmten Bereichen Leerstellen, sind Beratungsangebote lokal noch nicht ausreichend verfügbar. Es muss also noch kleinräumiger konzipiert werden: Gebraucht werden sozialraum- und quartierbezogene Angebote, die sich sehr genau an den Zielgruppen orientieren.

Hier können die Aspekte Gender und Diversity nochmal stärker berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass sich die Angebote auf die Menschen konzentrieren, die in dem jeweiligen Quartier wohnen. Das ist ein wichtiger Zugang, der – bei allem Respekt vor der Arbeit der Pflegestützpunkte – bei einem Einzugsbereich von aktuell hunderttausend und mehr Personen in der notwendigen Form nicht zu leisten ist.

Dann hatten wir zwei interessante Inputs von spezifischen Zielgruppen, die besondere Bedarfe an Beratung und Unterstützung haben. Es ging um Menschen mit Demenz und um Menschen mit Rheuma. Hier sind auch Unterstützungsangebote für Ehrenamtliche notwendig. Schulungen, Begleitungen und entsprechende Rahmenbedingungen sind eine wichtige Unter-

stützung für Menschen mit spezifischen Bedarfen, aber auch eine Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Wir brauchen mehr Engagement, um die Nachfrage zu bewältigen, die von Betroffenen und Angehörigen an Beratung und Begleitung gestellt werden. Daher brauchen wir eine ganz aktive Engagement-Förderkultur und entsprechend notwendige Rahmenbedingungen. Diese Anliegen müssen ernst genommen werden und sie müssen sich in einer Art von Nachhaltigkeit, also in einer Beständigkeit von bestimmten Strukturen und Unterstützungsangeboten zeigen.

Eine weitere Herausforderung in diesem Zusammenhang ist mit dem Schlagwort „Projektitis“ benannt worden. Wir haben unzählige wunderbare Projekte, die eine gewisse Zeit laufen und dann leider aus Kostengründen wieder verschwinden. Das ist nicht, was die Menschen brauchen. Sie wollen Verlässlichkeit und Vertrauen, und sie wollen Angebote, die ein halbes Jahr später auch noch da sind. Dies sind Kriterien für Erfolg, die im Sinne von Nachhaltigkeit gewährleistet werden müssten.

Eine weitere wichtige Forderung aus der Gruppe ist, dass alle diese genannten Punkte, einschließlich der Berücksichtigung von Gender und Diversity, nicht nebenbei laufen können. Dazu müssen Strukturen geschaffen werden, die genau diesen Aufwand zusätzlich zu den normalen Förder- oder Ablaufprozessen innerhalb der Projektarbeit leistbar machen. Das bedeutet, notwendige Ressourcen müssen dafür zur Verfügung stehen.



Stefan Pospiech: Vielen Dank Frau Dr. Weigl. Damit kommen wir zum vierten Forum, das Frau Professor Josefine Heusinger moderierte, zur Frage, wie Gesundheitsförderung und Pflegebedürftigkeit zusammen zu denken sind.

Josefine Heusinger: Vielen Dank. Ein Punkt von gemeinsamem Interesse wahrscheinlich aller Foren ist, dass die Ziele ganz konkret und terminierbar formuliert werden, so dass wir in einem Jahr prüfen können, was wir erreicht haben und was nicht.

Wer mit pflegebedürftigen älteren Menschen zu tun hat, kann sich denken, dass eine zentrale Herausforderung die Koordination und Vernetzung der verschiedenen Akteure ist, die mit der Versorgung älterer Menschen zu tun haben. Angefangen von der Überleitung aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich, über die Vernetzung im Quartier und so weiter, es hapert an allen Ecken und Enden. Koordination und Vernetzung brauchen zum einen den Willen zur Koordination, dass man die Probleme unter den herrschenden Bedingungen bewältigen kann – und sie kos-

ten Ressourcen. Wenn das immer nur von gutem Willen und Kooperationsbereitschaft abhängig ist, dann entsteht keine nachhaltige Struktur, auf die man bauen kann. Wir brauchen also auch Anreize für Kooperation. Dafür kommen unterschiedliche Akteure in Frage, die an den Stellschrauben drehen können – angefangen vom Gesetzgeber, über die Kommune, über die Krankenkassen.

Auf Zugang zu Beratung und Informationen ist schon eingegangen worden und auch auf den Bedarf an muttersprachlichen Informationen. Dies war unserer Gruppe ebenfalls sehr wichtig. Ziel sollte es sein, die pflegebedürftigen alten Menschen und ihre Angehörigen zu befähigen, dass sie selbstbestimmt die Vielzahl von Angeboten in der Stadt in Anspruch nehmen können. Wie viele Menschen kommen zu den Pflegestützpunkten, um sich muttersprachlich beraten zu lassen? Das sind vielleicht zehn bis 15 im Jahr. Wir wissen, dass viel mehr Menschen diesen Bedarf hätten, die jedoch nicht wissen, wo sie diese Beratung bekommen. Die Mobilitätshilfedienste versorgen fünftausend ältere mobilitätseingeschränkte Menschen in der Stadt. Wenn alle älteren Mobilitätseingeschränkten von dem Angebot wüssten oder es nutzen würden, könnte der Andrang nicht bewältigt werden. Informationen kann man nur streuen, wenn alle Akteure zusammenarbeiten und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für den Zugang zu den unterschiedlichen Zielgruppen genutzt werden.

Übergeordnet ist die Frage nach dem Präventionsgesetz. Wir brauchen Ressourcen, wir brauchen Geld und eine konkrete Möglichkeit, dieses Präventionsgesetz umzusetzen. Eine Möglichkeit wäre, dass von Berlin eine Bundesratsinitiative ausgeht, um dieses Präventionsgesetz endlich auf den Weg zu bringen. Wir haben in Berlin viele nützliche Dinge, wie die Pflegestützpunkte und ein Geriatriekonzept. Es bewegt sich also etwas.

Wir hoffen, dass wenn die Gesundheitsziele konkret formuliert werden und es ein Monitoring dafür gibt, dass wir uns dann hier wieder treffen und tatsächlich sehen können, dass einige Schritte passiert sind. Vielen Dank.

Stefan Pospiech: Vielen Dank Frau Professor Heusinger. Ein Punkt wurde jetzt schon öfter angesprochen, nämlich die älteren Menschen, deren Biographien von Migrationserfahrung geprägt sind. Davon handelte das fünfte Forum. Ich möchte jetzt Meltem Başkaya bitten, von den Ergebnissen zu berichten.

Meltem Başkaya: Danke. Interkulturelle Öffnung ist ein Querschnittsthema in allen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung. Aus dem Workshop nehmen wir die Erkenntnis mit, dass wir schon viel Fachwissen haben, weil dieses Thema in Berlin schon seit Jahren bearbeitet wird. Wichtig ist es, die interkulturelle Öffnung als Ganzes in den Strukturen zu verankern.

Wir haben Best Practice-Modelle gesehen, in denen es wirklich gut läuft. So gibt es vom niedrigschwelligen Zugang bis hin zur Willkommenskultur nachvollziehbare Erfolgsfaktoren dafür, um die Menschen mit der Vielfalt ihrer Bedürfnisse zu erreichen. Gleich zu Beginn der Veranstaltung hatte Herr Jamshidpour gesagt, dass der Abbau von Hemmungen ein wichtiger Punkt ist. Welche Hemmnisse haben die älteren Zugewanderten, selbst zu Angeboten oder Einrichtungen hinzugehen? Wichtig ist, dass sie ihre Bedürfnisse und Hemmungen dort benennen können – also die Befähigung der Menschen, ihre Sorgen und Nöte auszusprechen. Und an diesem Punkt sagen wir – analog zu dem Motto „Wir

sind da“ – wir müssen die Menschen mit ihren Potenzialen da abholen, wo sie sind. Denn sie haben während ihrer Migrationsbiographie in Deutschland schon vieles erreicht. Da müssen wir ansetzen und die Menschen befähigen: Empowerment!

Wichtig ist auch, mit den Selbsthilfeorganisationen der Migrantenvereine auf Augenhöhe zu arbeiten. Also zu sagen: was haben wir, was bringt ihr mit, wo sind unsere gemeinsamen Schnittstellen. Gleichzeitig gilt es zu fragen: was können wir gemeinsam besser machen?

Wir haben viel über das Thema Pflege gesprochen, wo wir perspektivisch einen Schwerpunkt sehen. Das Stichwort ist natürlich der Fachkräftemangel. Da ist zu schauen, wie man aus den Migrantencommunities Interessenten für den Bereich Pflege gewinnen kann.

Wir sind auf einem guten Weg und haben Grundlagen, auf denen wir aufbauen können. Eine wichtige Grundlage für die Arbeit ist die Kontinuität der Angebote. Dass die Menschen Vertrauen fassen, wo sie hinkommen. In diesem Bereich kann man noch Vieles aufbauen und beispielsweise die Menschen zum Ehrenamt befähigen, ihnen adäquate, d.h. auch kultursensible Angebote des lebenslangen Lernens anbieten, sie begleiten und ihnen Impulse geben.

Stefan Pospiech: Ganz herzlichen Dank an die Moderatorinnen und Moderatoren für die Zusammenfassungen und das Engagement in der Landesgesundheitskonferenz. Einige der Verantwortung Tragenden sind bereits genannt worden und ich freue mich, dass wir die Ergebnisse jetzt mit einigen der Akteure diskutieren können. Ich freue mich, dass die Staatssekretärin für Gesundheit, Emine Demirbüken-Wegner, an der Diskussion teilnimmt. Die Kommunalpolitik ist vertreten durch Christa Markl-Vieto, Gesundheitsstadträtin aus Steglitz-Zehlendorf. Als Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen begrüße ich Werner Mall, Leiter des Unternehmensbereiches Prävention bei der AOK Nordost. Und ich freue mich, dass die stellvertretende Geschäftsführerin des Paritätischen Landesverbandes Berlin, Elke Krüger, mit uns diskutieren wird.

Eine Forderung aus den Foren war es, Gesundheitsziele konkreter und überprüfbar zu machen. Angesichts dieser doch recht umfassenden Themen, die besprochen wurden, frage ich sie, Frau Demirbüken-Wegner: Welche Möglichkeiten sehen sie, von den Zielen zu konkreten Handlungen in Berlin zu kommen?

Emine Demirbüken-Wegner: Meine sehr verehrten Damen und Herren: Vor etwa einem Jahr habe ich in diesem Hause bei der letzten LGK die Abschlussrede halten dürfen und endete mit dem Satz: „Sie haben ganz tolle Sachen geleistet, vor meiner Zeit acht LGKs veranstaltet, sie haben viel geredet und diskutiert, lassen sie uns jetzt handeln.“

Nun durfte ich nach einem Jahr wieder hören: Jetzt müssen wir aber endlich die Ärmel hochkrempeln! Das haben wir getan und sind dabei viel weiter gekommen als manche glauben. Doch wir müssen sehen, wie wir die Menschen besser erreichen und wie wir die Akteure besser vernetzen.

Deshalb habe ich versucht, die Landesgesundheitskonferenz ein Stück aus dem Winterschlaf herauszuholen, habe mir die Satzung der LGK zur Hand genommen und die Leitungsrunde wieder aktiviert. Das bedeutet, was heute in den Foren diskutiert wurde, kommt in den Steuerungsausschuss. Dort werden Beschlüsse ge-

fasst, die in die Leitungsrunde gehen und da machen wir Nägel mit Köpfen. Jeder einzelne Akteur ist dabei gefragt, über die Krankenkassen, die IHK, die Krankenhäuser und viele andere.

So haben wir in der Leitungsrunde mit allen Akteuren beschlossen, eine virtuelle Landkarte zu erarbeiten. Diese virtuelle Landkarte soll uns zeigen, in welchen Bezirken die Gesundheitsziele bereits implementiert werden konnten und wo Baustellen sind, auf die wir uns konzentrieren müssen. Damit haben wir gemeinsam einen großen Schritt gemacht. Wir wollen nicht nur Erfolge darstellen, sondern für uns selber sehen, wo und was wir noch besser machen müssen. Selbstverständlich gibt es darüber hinaus die Querschnittsaufgaben wie Diversity und Gender. Dazu werden wir auch die Ergebnisse des heutigen Tages bündeln und gemeinsam diskutieren.

Darüber hinaus müssen aber die Ergebnisse, die wir erarbeitet haben, auf der gesundheitspolitischen Agenda in Berlin diskutiert werden. Dazu ist das Abgeordnetenhaus da und ich bin sehr froh, dass Kollegen aus dem Abgeordnetenhaus heute hier sind. Das bedeutet, wir werden uns auch politisch damit auseinandersetzen, denn es ist ganz wichtig, diese Diskussionen und gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse auf der Landesebene sichtbar zu machen.



Stefan Pospiech: Herzlichen Dank, Frau Demirbüken-Wegner, dass sie deutlich gemacht haben, was mit den Ergebnissen des heutigen Tages passiert. Sie sprachen die Leitungsrunde der LGK an und einige Vertreter sind heute auch hier. Aus den Foren wurde vorhin der Punkt angesprochen, dass es verbindliche Kooperationen braucht, um auch etwas zu erreichen. Da würde ich gerne Herrn Mall als Vertreter der GKV fragen. Wer sind Kooperationspartner und wie sollten Kooperationen ausgestaltet sein, um zu Maßnahmen zu kommen?

Werner Mall: Danke. Ja, welche Kooperationspartner brauche ich für ein bestimmtes Projekt? Das hängt sehr davon ab, um welches Projekt und um welche Zielgruppe es geht. In der LGK haben wir in Berlin ein paar Jahre Erfahrung. Wir haben den Gesundheitszieleprozess für ältere Menschen und den Gesundheitszieleprozess für Kinder aufgesetzt und der läuft nun seit einiger Zeit. Wir konnten im Gesundheitszieleprozess für Kinder bereits eine ganze Menge Erfahrung mit Kooperationen sammeln. Deswegen will ich kurz auf das Thema Kinder schwenken, als Beispiel zu Ihrer Frage, was wir zur Kooperation brauchen.

Wir haben im Gesundheitszieleprozess für Kinder festgestellt, dass wir, wenn wir in dem für die Zielsetzung angestrebten

Alterssegment, der Kinder im Kleinkindalter, etwas erreichen wollen, in die Bildungsinstitutionen hinein müssen, also in die Kita. Das können wir jedoch nur dann tun, wenn tatsächlich ein möglichst breiter Verbund von Kooperationspartnern sich verbindlich auf die Ziele verständigt und sagt: Ja, da arbeiten wir mit. Eine solche Plattform haben wir mittlerweile in Berlin gründen können. Wir haben ein Landesprogramm „Gute, gesunde Kita“ und in diesem auf der Grundlage von Verträgen alle Partnerinnen und Partner eingebunden, die wir für eine gesundheitsförderliche Kita brauchen. In diesen Verträgen finden sie alle, die hier auf dem Podium stehen als Institutionen wieder: Da sind die Bezirke, die freigemeinnützigen Träger, das Land Berlin und die Krankenkassen Vertragspartner. So kann Zusammenarbeit tatsächlich funktionieren. Jetzt kommen wir wieder zurück zu unserem heutigen Thema.

Ich sehe an diesem Beispiel, dass wir in einem ersten Schritt schauen müssen, welche Kooperationspartner wir brauchen. Da ist die LGK gut aufgestellt, weil alle, die wir brauchen, in der LGK entweder vertreten sind oder Zugang dazu haben. Dann brauchen wir zwischen den beteiligten Partnern ein Commitment, d.h. sie verständigen sich verbindlich darauf, was jeweils der Beitrag der einzelnen in einem konkreten Projekt ist, so wie das bei der „Guten gesunden Kita“ Bezirke, Land, Krankenkassen, Ärztekammer und weitere Partner getan haben. Warum sollte das nicht auch im Themenfeld ältere Menschen klappen: eben diese Partner und gegebenenfalls auch weitere, zu einem verbindlichen Commitment zusammenzuführen. Die LGK ist eine gut geeignete Plattform. Notwendig ist, dass alle Partner nicht nur den guten Willen bekunden, sondern ihren ganz konkreten Beitrag schriftlich und mit Unterschrift formulieren und dann auch einhalten. Dann funktioniert Kooperation.

Stefan Pospiech: Herzlichen Dank für die Verdeutlichung, wie man aus dem, was wir heute gehört haben auch Handlungen machen kann. Ich möchte nun Elke Krüger zum Thema Teilhabe ansprechen. Heute wurde öfter benannt, dass es die richtigen Rahmenbedingungen braucht, wenn man Engagement fördern und soziale Teilhabe schaffen möchte. Gleichzeitig sind die finanziellen Ressourcen zum Teil knapp. Der Paritätische Landesverband und seine Mitgliedsorganisationen sind sehr aktiv in Beratung und Engagementförderung. Wie nehmen sie die Situation wahr?

Elke Krüger: Vielen Dank. Ich bin es gewohnt, dass bei Wohlfahrtsverbänden immer die Frage der Finanzen im Vordergrund steht. Und das ist ja auch tatsächlich so. In diesem Zusammenhang sind mehrere Stichpunkte, die aus den Foren heute genannt wurden, für mich sehr zentral. Beim Thema Potenziale des Alters sind das nämlich Stabilität und Nachhaltigkeit. Insbesondere für ältere Menschen ist Stabilität nochmal wichtiger als für jüngere Menschen. Und Stabilität können wir als Anbieter von Leistungen, also Beratungsangebote bis hin zu Pflegeangeboten, natürlich nur bieten, wenn wir auch stabile Grundlagen für unsere Arbeit haben.

Das Motto hieß ja „Wir sind da“. Die Wohlfahrtsverbände bauen seit etwa 30 bis 40 Jahren für ältere Menschen Angebote auf und haben auch konzeptionell viel von dem entwickelt, was heute Thema in den Foren war. So haben die Wohlfahrtsverbände vor 20 Jahren die Koordinationsstellen „Rund ums Alter“ in Berlin eingerichtet, die jetzt zu den Pflegestützpunkten geworden sind und mittlerweile durch Bundesgesetzgebung bundesweit umgesetzt werden.

Wir haben hier in Berlin die Mobilitätshilfedienste entwickelt. Auch das war eine Idee der Wohlfahrtsverbände, um die Teilhabe älterer Menschen zu unterstützen. Und wir haben ehrenamtliche Besuchsdienste entwickelt, die für mich ganz wesentlich sind, um Teilhabe älterer Menschen zu gewährleisten und sie zu aktivieren.

Dafür braucht es finanzielle Ressourcen. Die brauchen wir von Dritten, wesentlich von der Politik. Aber Wohlfahrtsverbände erschließen auch selber Ressourcen, das ist wichtig, immer wieder zu erwähnen. Wir erschließen etwa die Ressource des freiwilligen Engagements. Das ist eine zentrale Aufgabe von Wohlfahrtsverbänden, die kein anderer in dem Maße leisten kann. Aber wir brauchen Nachhaltigkeit von Finanzierung und da stehen wir hier in Berlin vor einer schwierigen Situation. Ich nehme wahr, dass die Verteilungsproblematik sich verschärft angesichts knapperer Kassen. Das Problem Projektitis verschärft sich immer mehr.

Wir müssen darauf achten, dass vorhandene gute Konzepte erhalten bleiben. Aber auch neue, auf praktische Notwendigkeit entstandene Angebote müssen finanziert werden, und dafür brauchen wir unbedingt Politik. Kassen und andere Akteure finanzieren gesetzliche Ansprüche. Dafür gibt es reguläre, gesetzliche Vorgaben. Aber vieles, was wir hier besprechen, neue Konzepte, sind freiwillige Leistungen der Politik und dafür brauchen wir immer wieder Unterstützung. Die Politik hat uns in den letzten Jahren sehr dabei geholfen, indem sie über Vertragskonstruktionen längerfristige Planungsräume geschaffen hat. Und das muss unbedingt erhalten bleiben.

Stefan Pospiech: Vielen Dank Frau Krüger. Frau Markl-Vieto, wenn wir den Moderatorinnen und Moderatoren aus den Foren zugehört haben, hat sich gezeigt, dass in den einzelnen Kommunen unheimlich viel passiert. Wir haben Pflegestützpunkte, wir haben Beratungsstellen und Mobilitätsdienste. Jetzt ist die große Herausforderung die Vernetzung. Und das ist ein Stichwort, welches ich gerne etwas konkreter machen möchte. Wie leisten sie solche Vernetzungsarbeit, was brauchen sie dafür, was fehlt Ihnen in der Kommune, um Zugänge zu Älteren zu schaffen? Wie können sie in ihrem Verantwortungsbereich dazu beitragen, dass Vernetzung auch konkret gelebt wird?

Christa Markl-Vieto: Mein Verantwortungsbereich befindet sich nicht direkt im Sozialen, wo die Belange der älteren Menschen bearbeitet werden.

Ich will zunächst diejenigen unterstützen, die eben die „Projektitis“ angesprochen haben. Mein Eindruck ist: Wenn wir Regelangebote besser finanzieren würden, dann hätten wir mehr davon. Die Projekte kommen und gehen. Es dauert immer ein halbes bis dreiviertel Jahr, bis sich die Projekte überhaupt etablieren. Sind sie ordentlich etabliert, sind sie schon fast wieder zu Ende. Ich glaube wirklich, wenn dieses Geld in die regulären Kassen käme, wäre das nicht schlecht. Ich hab jetzt gehört, was die Forderungen der Kassen und der freien Träger sind.

Die Politik hat an der Stelle, wo es um alte Menschen geht, eine große Verantwortung. Früher war alles ein bisschen anders: Es waren Menschen in einem Haushalt, man war versorgt und man hatte jemanden um sich. Heutzutage muss das alles organisiert werden. Die Menschen, die mit Eltern oder Großeltern im Haushalt leben, können nicht mehr zu Hause sein, weil sie arbeiten müssen, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Dieses Potenzial an Menschen fehlt uns. Wir bauen es auf der anderen



Seite wieder künstlich auf. Das ist an manchen Stellen nicht so gut wie das Original. Früher gab es zudem in jedem Haus einen Hauswart oder einen verantwortlichen Nachbarn. Das nimmt auch ab, weil es kostet. Da muss man dann immer gleich die Feuerwehr rufen, weil keiner mehr da ist, der irgendwas machen kann. Wir gehen sehr stark an die Wohnungsbaugesellschaften heran und versuchen klar zu machen, dass neue Häuser nicht nur im Segment Luxuswohnungen gebraucht werden, sondern Wohnungen gebraucht werden, in welchen Menschen barrierefrei und auch mal in einer größeren Gemeinschaft zusammen leben können. Dann würde vielleicht auch die eine oder andere Altbauwohnung frei, die dann auch wieder im Luxussegment vermietet werden kann.

Eine Allensbach-Umfrage sagt, dass sich Menschen ab 65 neuerdings jünger fühlen, als sie sind. Das ist ein Potential und gesellschaftliche Ressource. Unsere Gesellschaft ist mittlerweile stark geprägt vom Leistungsgedanken. Ich habe dazu einen interessanten Radiobeitrag gehört, in dem gesagt wurde, dass es nicht stimmt, dass wir nach Leistung bezahlen. Denn so mancher Sozialarbeiter leistet weit mehr als einer, der in den Börsennotierungen besteht. Leistung ist nicht, was bezahlt wird, sondern es ist das, was wir als gesellschaftlich relevante Leistung definiert und anerkannt haben, worauf wir uns politisch geeinigt haben. Wir müssen sehen, ob es uns gelingen könnte, das Zusammenleben zu stärken. Ein alter Mensch mit seinen Erfahrungen, der für die eigene Familie oder für andere Familien zur Verfügung stehen kann, muss wieder mehr in den Fokus gerückt und wertgeschätzt werden. Dann wird es vielleicht mehr Leute geben, die bereit sind und Lust haben, sich zu engagieren.

Die Vernetzung im Bezirk ist relativ gut. Es gibt eine Unmenge von Broschüren. Wenn sie als alter Mensch ins Bürgeramt gehen und möchten eine Broschüre, dann werden sie das nicht tragen können, was sie angeboten kriegen. Das heißt aber noch lange nicht, dass sie etwas von den Broschüren haben. Es gibt sehr viele Angebote für ältere Menschen im Bezirk Steglitz-Zehlendorf, die weit weg sind vom herkömmlichen Altenklub – vom Spazierengehen über den Sportclub hin zu Computerangeboten – ich denke, dass wir inzwischen eine ganze Menge an Vernetzung haben.

Stefan Pospiech: Herzlichen Dank Frau Markl-Vieto. Soweit die erste Runde hier auf dem Podium. Jetzt möchte ich Sie einladen, das was Sie heute als Schwerpunkte wahrgenommen haben, was Sie besonders wichtig finden, hier gemeinsam mit dem Podium zu diskutieren.

Publikumsmeldung: Ich habe in dem Forum zur Interkulturellen Öffnung versucht, die Sichtweise des Berliner Arbeitskreises für lesbische und schwule alte Menschen einzubringen: nämlich, dass interkulturelle Öffnung nicht allein eine Frage von Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund ist. Die Pflege im Altenbereich ist darum bemüht, zu sensibilisieren, diese Dinge aufzugreifen. Und ich fand die Anmerkung sehr hilfreich, dass es an einer Willkommenskultur mangelt. Ich habe auf dem Podium wieder nur Begriffe gehört wie Diversity und Gender. Die Willkommenskultur ist das Stichwort. Meine Erfahrung ist, dass wenn Menschen nicht direkt angesprochen werden, wenn die Migranten nicht benannt werden, wenn nicht gesagt wird: Wir wollen die älteren Lesben, die älteren Schwulen, Menschen mit Transidentität, dann werden sie sich nicht angesprochen fühlen.

In unserer Arbeitsgruppe wurde berichtet, dass interkulturelle Öffnung ein schöner Prozess ist, aber die Menschen dabei nicht wahrgenommen werden. Dies möchte ich aufgreifen. Ein ganz konkretes Ziel wäre es, wenn sich alle Einrichtungen vornehmen, eine Willkommenskultur – differenziert, ausdrücklich, wörtlich – zu praktizieren. Das kann man innerhalb eines Jahres in seinen Veröffentlichungen leicht machen und ich glaube es wird Ergebnisse zeigen. Denn eines ist ganz klar: Stigmatisierung oder sogar Diskriminierung machen krank und an der Schnittstelle von Sexualität, Geschlechtlichkeit, Migration und Alter haben sie mehrere Punkte, an denen Stigmatisierung und Diskriminierung greifen können. Und das kann nicht im Interesse eines Gesundheitsprozesses sein.

Stefan Pospiech: Ganz herzlichen Dank für den konkreten Vorschlag. Ich würde kurz sammeln und dann die Fragen ans Podium geben. Gibt es weitere Meldungen?

Publikumsmeldung: Ich bin Leiterin der Gehörlosen-Seniorenclubs, angesiedelt beim Förderkreis der Gehörlosen Berlin-Brandenburg. Ich muss immer davon ausgehen, dass ich bei bestimmten Themen, die für mich wichtig sind, Prioritäten setzen muss. Denn ich kann mich nicht überall einbringen. Das ist ein Zeitaufwand und gerade für Gehörlose, die einen großen Kommunikationshilfebedarf haben, ist es schwieriger, bestimmte Dinge zu organisieren. Ich habe vor zwei Monaten angefangen, Vorträge für unsere Seniorengruppe zu organisieren. Doch leider sind die Anforderungen der AOK, von der wir finanzielle Mittel bekommen, dass ungefähr 70 Prozent der Vorträge über bestimmte Krankheiten sein müssen. Nun sind aber unsere Mitglieder nicht immer krank. Professionelle Arbeit kann ich nur mit Hilfe bestimmter Unterstützung von Kontaktdiensten oder anderen Dienstleistern leisten, bei denen ich meine Informationen bekomme, um eine professionelle Informationsveranstaltung für unsere Gehörlosen betreiben zu können.

Stefan Pospiech: Danke. Ich verstehe das als Plädoyer für sehr gute Beratungsangebote, welche die jeweiligen Zielgruppen berücksichtigen, also die Bedürftigen. Weitere Wortmeldungen?

Publikumsmeldung: Ich bin Psychologin. Was ich heute mitbekommen habe sind Absichtserklärungen, Bemühungen, Vorschriften, Regelungen und Gesetze. Was mir fehlt ist die Umsetzungsebene, die Leute vor Ort, zu hören, welche Fragen und Probleme sich von dort aus stellen. Da fehlt mir der Dialog zwischen der Theorie und der Praxis.

Publikumsmeldung: Ich arbeite im Mehrgenerationenhaus in Zehlendorf. Bei der Willkommenskultur ist mir noch ein Punkt eingefallen. Wir müssen darauf achten, dass wir die Menschen berücksichtigen, die wenig Geld haben. Wenn es um Teilhabe geht, dann müssen wir stärker dahin arbeiten, dass auch diese Menschen an dem gemeinschaftlichen Leben teilnehmen können. Willkommenskultur heißt auch, preiswerte Angebote zu eröffnen. In der Arbeit mit Älteren richten sich Angebote meist an eine Bildungsschicht die über Geld verfügt – und lassen ganz viele Menschen außen vor.

Publikumsmeldung: Guten Tag. Ich bin von der Hauswirtschaft. Mich interessiert, was in den Familien oder in den einzelnen Wohnungen passiert. Die Pflege kommt zwar, das Essen wird gebracht, es wird ein bisschen sauber gemacht, aber die Menschen vereinsamen. Das ist nicht, was wir eigentlich brauchen. Wir haben im Bezirk die sogenannten Kiezzeitungen, aber da steht zu wenig drin. Diese Kiezzeitung könnten mehr informieren und dafür sorgen, dass mehr Nachrichten aus den Siedlungen gebracht werden. Etwa wenn es da einen neuen Kurs gibt oder einen neuen Pfarrer oder eine neue Einkaufsmöglichkeit. Aber die Kiezzeitungen müssen sich vielmehr mit den Leuten auseinandersetzen, das finde ich sehr wichtig.

Massoud Jamshidpour: Dankeschön, ich bin Massoud Jamshidpour von der Seniorenvertretung Reinickendorf. Das Hauptthema ist hier Gesundheit im Alter. Was wenig betont wurde ist, dass der Mensch nicht nur aus Körper besteht, sondern aus Seele und Geist. Das heißt, die psychologische Betreuung, die menschliche Zuwendung, ist meiner Meinung nach eines der wichtigsten Elemente, gerade für ältere Menschen. Deswegen sollte die Politik darauf reagieren und die seelischen Störungen und psychologische Betreuung mehr betonen.

Stefan Pospiech: Ganz herzlichen Dank für die Anregungen, Kritik und konstruktive Vorschläge. Ich gebe das jetzt in die Podiumsrunde zurück: Informationen müssen verbessert und Beratungsangebote spezifisch sein und wir müssen die Vielfalt noch viel genauer betrachten und sie dann auch leben. Und wir müssen den Dialog mit den Akteuren vor Ort stärker suchen. Frau Demirbükten-Wegner.

Emine Demirbükten-Wegner: Es wurde die Willkommenskultur in zweifacher Hinsicht angesprochen, zum einen in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund und zum anderen im Bezug auf sozial benachteiligte Menschen. Dazu möchte ich zum ersten anmerken:

Im Bereich der interkulturellen Öffnung wurde berichtet, dass es bereits viele Ansätze und Angebote gibt. Dabei geht es weniger um „Projektitis“, sondern vielmehr darum, Strukturen für Menschen, die anders leben und anders orientiert sind, entsprechend anzupassen. Dazu brauchen wir qualifiziertes Personal und wir brauchen ein Qualitätssiegel. Mit diesem ist zu prüfen, was wir in den Organisationen oder Institutionen für die interkulturelle Öffnung erreicht haben. Eine interessante Frage, die ich in einem Jahr mit ihnen gerne nochmal diskutieren würde.

Dann ging es um Gesetze wie etwa das Präventionsgesetz. Da kann ich sie beruhigen: Der Senat steht voll dahinter. Deshalb haben wir auch unterstützende Maßnahmen in der Koalitionsvereinbarung festgeschrieben.

Und noch zu Schnittstellen und Vernetzung: Jemand hat vorhin gesagt, da vorne diskutiert die Theorie, doch wir in der Praxis haben eine ganz andere Realität. Das habe ich nicht verstanden, weil das zu ändern in unserer aller Hand liegt. Wenn die Vernetzung und Schnittstellenbearbeitung als Forderungen und Wunsch von ihnen kommen, dann besuchen Sie sich gegenseitig. Schauen sie sich gegenseitig an, was sie machen und wo die Schnittstellen und die Vernetzungsmöglichkeiten liegen. Jede und jeder kann und muss selbst ein Stück dazu beitragen, dass diese Vorstellungen in die Praxis umgesetzt werden.

Viele haben heute zu Recht gesagt, dass es in ihrem Bezirk sehr viel Informationsmaterial gibt und dass bei der Angebotsfülle die Übersicht verloren geht. Wenn diese Einschätzung stimmt, dann müssen wir uns der Frage stellen, wen wir trotzdem nicht erreichen. Das ist doch der eigentlich interessante Punkt. Auf der einen



Seite gibt es ganz viel, auf der anderen Seite stehen trotzdem Gruppen von Menschen, die wir aus unterschiedlichen Gründen nicht erreichen.

Für den letzten Wortbeitrag bin ich dankbar, denn in unserer Diskussion dürfen wir nicht vergessen, den Bürgersinn und „das füreinander da sein“ zu stärken. Wir müssen für das gemeinschaftliche Wohl einstehen und als Land Berlin das ehrenamtliche Engagement hoch ansetzen und würdigen.

Stefan Pospiech: Herzlichen Dank, Frau Demirbükten-Wegner. Jetzt übergebe ich das Wort an Frau Markl-Vieto.

Christa Markl-Vieto: Dankeschön. Ich habe die Hypothese, wir lösen Probleme die wir vorher selber produziert haben. Menschen sind einsam, Menschen sind alleine, Menschen sind zum Teil mittellos und daraus entwickelt sich eine gewisse Unglücklichkeit, ein Problem und dann wird man krank. Kein Mensch will Broschüren, jeder Mensch will Gesellschaft und ich will einen Arzt, der mir zuhört. Wir versuchen das jetzt mit viel Geld und Broschüren irgendwie wieder hinzukriegen und das wird nicht funktionieren.

Es gibt Stadtteilzentren und Mehrgenerationenhäusern, in denen sich theoretisch die Leute den ganzen Tag aufhalten können, aber so ein Tag ist verdammt lang. Wenn nur zum Mittagessen jemand kommt, ist der Rest des Tages sehr öde und da ist es relativ egal ob ich aus der Türkei, aus dem Iran oder aus Deutschland komme, ob ich alt, schwul oder lesbisch bin. Wenn es jedoch ein Ambiente gibt, in dem ich Leute kennenlerne, die ich auch mal anrufen kann, mit denen ich Mittag essen kann, die sich darum kümmern wie es

mir geht, dann wird es besser. Was das Geld betrifft, da haben sie Recht, da müssen wir darauf achten, dass nicht alles, was man tun kann, was kostet. Teilhabe ist wirklich eine wichtige Sache und wir müssen uns darüber Gedanken machen, den gesellschaftlichen Alltag neu zu strukturieren, damit die Leute wieder mehr miteinander was tun, als dass wir hinterher die Einsamkeit und die Krankheit bekämpfen.

Stefan Pospiech: Ganz herzlichen Dank. Frau Krüger, wie erreichen wir diejenigen, die wir bisher trotz eines riesigen Angebotes und vieler Broschüren nicht erreichen? Welchen Ansatz können Sie uns da mitgeben oder ist das ein zu hoher Anspruch?

Elke Krüger: Ja, das ist ein zu hoher Anspruch, ganz eindeutig. Wir sprechen nicht umsonst von Vernetzung und von Schwarmintelligenz. Der Begriff passt hier ganz gut und es gibt viele Ideen und viele kleine Ansätze und Projekte, die ich nach wie vor für wichtig halte. Man muss immer wieder auf neue Herausforderungen reagieren können. Ich glaube, dass die Frage falsch gestellt ist, weil es die eine Lösung für die gesamte Stadt und für alle Gruppen, die man erreichen will, nicht geben kann. Ich möchte nochmal auf das Thema Informationsmenge und Informationsaufnahme eingehen. Gleich zu Anfang hatte Herr Herweck heute Morgen gesagt: Wir haben nicht das Problem der unzureichenden Erkenntnislage, sondern wir haben das Problem, dass man das gar nicht mehr aufnehmen kann. Wir machen im sozialen Bereich die Erfahrung, dass Dinge, je näher sie am Menschen dran sind, umso erfolgreicher sind. Das gilt für ein Mehrgenerationenhaus, das gilt für Stadtteilzentren – je näher am Alltag der verschiedenen Menschen, desto erfolgreicher und das ist dieses Bedürfnis, von dem sie gesprochen haben. Wir müssen nahe Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen gleichzeitig fördern, da diese eine ganz hohe Präventionswirkung haben. Die Themen sprechende Medizin und Kommunikation zwischen Menschen tragen zur Gesundheit bei und verhindern Krankheit und ermöglichen im Krankheitsfall eine bessere Versorgung. Das kostet und das muss man berücksichtigen. Was dringend erforderlich ist, ist eine Diskussion über Prioritätensetzung bei begrenzten Ressourcen und Budgets. Das ist eine absolut öffentliche und politische Diskussion, die wir auch im Rahmen der LGK führen und führen müssen.

Stefan Pospiech: Herzlichen Dank Frau Krüger. Wenn man sich Ziele setzt, setzt man auch Prioritäten. Die Erwartungen an die LGK sind hoch und sie soll handeln. Herr Mall, was nehmen Sie als Mitglied der LGK aus dem heutigen Tag mit?

Werner Mall: Ein Thema, welches mir in der Diskussion und in den Berichten nochmal begegnet ist und was hier aufgegriffen wurde, ist das Thema Kleinräumigkeit. Frau Krüger hat es gerade nochmal aufgegriffen. Kleinräumlichkeit heißt, heranrücken an die Menschen vor Ort. Das ist auf eine Art und Weise das Gegenteil von dem, was die LGK ist, weil die LGK auf Landesebene relativ weit oben in der Organisationskaskade angesiedelt ist und somit relativ

weit weg von den einzelnen Menschen und der Vielfalt ihrer Lebenslagen. Insofern sind diese Veranstaltung heute und sind die anderen LGK-Veranstaltungen wichtig. Somit ist die Frage berechtigt, was die LGK zum Thema Kleinräumigkeit beitragen kann, um Aktivitäten an die Menschen zu bringen und im Sinne der Nachhaltigkeit zu halten? Das ist für mich eine der Forderungen und eine Erwartung an die LGK, die sich aus der Diskussion heute ergibt. Ich hatte vorhin skizziert, wie man Kooperation in einer LGK



strukturieren kann. Frau Krüger hat eben gesagt, die Priorisierung von Themen ist politisch wichtig. Ich würde sagen, dass auch die Priorisierung von Aktivitäten und Handlungsfeldern wichtig ist. Eine Priorisierung ergibt sich für mich immer dort, wo mehrere Akteure sich auf ein gleiches Ziel und auf eine gleich gerichtete Aktivität vereinbaren können. Das ist für mich ein Prioritätskriterium. Wo sich diese Möglichkeit ergibt, sollten wir das aufgreifen und verfestigen. Sie dürfen und sollten die LGK daran messen, ob sie es schafft, aus den Anregungen, die heute gekommen sind, bis zum nächsten Jahr Aktivitäten zu generieren oder Aktivitäten zu verstetigen, die uns in Richtung Ziel führen. Vorhin ist das Thema Gesetze angesprochen worden. Ich persönlich glaube nicht, dass wir diesem Ziel über Gesetze näher kommen. Offen gestanden glaube ich nicht einmal, dass ein Präventionsgesetz uns diesem Ziel näher bringt. Was wir aktuell über Präventionsgesetze wissen ist, dass vor allem darüber diskutiert wird, wo Geld hin geht, aber nicht darum, was mit dem Geld gemacht wird. Ich bin überzeugt davon, dass wir mit dieser Frage hier im Land, hier in der Region genau richtig sind. Hier müssen wir entscheiden, was wir mit dem Geld machen und erwarten sie von der LGK, dass sie es schafft bis zum nächsten Jahr hier auch entsprechende Aktivitäten aufzusetzen.

Stefan Pospiech: Ganz herzlichen Dank, Herr Mall. Die LGK schließt immer mit einem Schlusswort der Staatssekretärin für Gesundheit. Ich danke Ihnen allen ganz herzlich für die angeregte Diskussion und ich hoffe es wird deutlich, dass wir nicht nur reden, sondern gemeinsam mit Ihnen in der LGK handeln wollen.

Schlusswort

„Rückblick und Ausblick“

Emine Demirbüken-Wegner, Staatssekretärin für Gesundheit

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zunächst möchte ich von Herzen für die gelungene Veranstaltung danken. Vor allem den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, die alles so wunderbar organisiert und vorbereitet haben, den Moderatorinnen und Moderatoren, die mit Geschick und Einfühlbarkeit durch die Foren führten und natürlich allen Mitwirkenden, die mitdiskutiert, mitgedacht und Ideen entwickelt haben. Sie alle haben diesen Tag zu einem Erfolg werden lassen.

Gleichermaßen gilt mein Dank den Vertreterinnen und Vertretern der Verbände, Einrichtungen und Initiativen, die durch die Projektmesse den Teilnehmenden einen Erlebnisraum eigener Prägung präsentierten und im wahrsten Sinne des Mottos der 9. LGK gezeigt haben „Wir sind da“. Bewegend und wunderschön auch die Wanderausstellung „Mit hundert hat man noch Träume“, eine großartige Ergänzung visueller Art „Wir sind da“. Nochmals Dank für die vielfältigen Aktivitäten. Sie haben alle einen herzlichen und lang anhaltenden Applaus verdient.

Meine Damen und Herren, die Aufgabe der diesjährigen Konferenz war es festzustellen, welche spezifischen Handlungsbedarfe in den unterschiedlichen Lebensphasen des Alters in den definierten Handlungsfeldern bestehen und sie unter der Fragestellung zu betrachten, wie Selbständigkeit und Lebensqualität so lange wie möglich erhalten und gefördert werden können. Dass die Umsetzung dieser Zielstellungen in vielen Facetten ein gesamtgesellschaftliches Anliegen sein muss, ist vorhin in unserer Abschlussdiskussion sehr deutlich geworden.

Besonders macht sich das für mich am Thema der „jungen Alten“ fest, die noch im Arbeitsprozess stehen oder noch stehen wollen. Hier sind Fragen zu klären, die weit über die eigentliche Gesundheitspolitik hinausgehen. So wird das betriebliche Gesundheitsmanagement allein die Probleme nicht stemmen, wenn nicht auch die vielfältigen Probleme der älteren



Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – wie z.B. die hohe Arbeitsverdichtung, die steigende Arbeitsbelastung, die Zunahme psychischer Erkrankungen durch fehlende Anerkennung und Motivation, oder die Umsetzung von Altersteilzeit bis hin zu Maßnahmen in einen fließenden Übergang von der Arbeit in den Ruhestand – mit im Fokus stehen. Im Mittelpunkt dieser Diskussion muss jedoch immer die Wertschätzung des älteren Arbeitnehmers und seiner beruflichen Erfahrung stehen. Denn wer sich damit nicht beschäftigt oder sogar als lästig ansieht, wird die darin ruhenden Potenziale für die Gesellschaft nicht erkennen können. Hier gilt es, noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten.

Ähnliche Überlegungen gelten auch für das Forum II „Dabei nach dem Erwerbsleben“. Noch viel zu wenig ist nach meiner Auffassung in diesem Bereich die Freiwilligenarbeit als eine weitere und gute Möglichkeit der gesellschaftlichen Mitwirkung angesprochen worden. Dafür sollten wir mehr werben und die unterschiedlichsten Einsatzfelder dafür nutzbar machen. Wir brauchen dringend Menschen mit Lebens- und Berufserfahrung, aus den unterschiedlichen in Berlin lebenden Kulturgruppen. Und ich weiß auch, dass viele aus dem Berufsleben Ausgeschiedene eine ihnen adäquate Tätigkeit suchen, aber nicht finden. Diese Potenziale sollten nicht brach liegen müssen eingedenk der Tatsache, dass sich nicht jeder und nicht jede zum Leih-Opa oder zur Leih-Oma, zur Leitung eines Chors oder einer Sportgruppe für Seniorinnen oder Senioren eignet.

Noch viel Nachholbedarf haben wir in Fragen der Interkulturellen Öffnung. Das Problem ist heute bei unserer Abschlussrunde aber auch im letzten Gesundheitsforum in der Urania sehr deutlich angesprochen worden. Daran werden und müssen wir in den kommenden Jahren arbeiten, denn der Anteil an älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte wird in Berlin weiter steigen. Schon heute gibt es Defizite in der gesundheitlichen Versorgung dieser Zielgruppe. Daher können wir die erforderlichen Lernprozesse nicht weiter hinauszögern. Es heißt also: jetzt zuzupacken und jetzt konkrete Maßnahmen zu entwickeln.

Meine Damen und Herren, in einigen Bereichen sind wir jedoch schon auf gutem Wege, wie z.B. die Bewegungsbroschüre oder die Aktionen rund um die Pflege zeigen. Doch auch hier haben wir noch nicht alles erreicht, was wünschenswert und machbar wäre.

Deshalb will ich im Folgenden über wichtige Aktivitäten des Senats und der Landesgesundheitskonferenz berichten, die wir bei der Umsetzung der Gesundheitsziele mit den Schwerpunkten „Kinder- und Jugendgesundheit“ und „gesund altern“ vorhaben:

1. Im März 2012 ist die Broschüre zum nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ erschienen. Dieses Gesundheitsziel wurde seit 2009 im Kooperationsverbund von einer Arbeitsgruppe von mehr als 30 Vertreterinnen und Vertretern aus Bund, Ländern, Selbstverwaltung, Zivilgesellschaft und Wissenschaft erarbeitet. Wir wollen eine Verknüpfung des bundes- und landesweiten Gesundheitszielprozesses herstellen und gemeinsam daran arbeiten.
2. Der Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg für das Cluster Gesundheitswirtschaft / Health Capital ist kürzlich nach fünfjähriger Laufzeit evaluiert worden und wird bis Mitte 2013 überarbeitet. Dabei wird die Zahl der Handlungsfelder reduziert und die alternde Gesellschaft als Querschnittsthema integriert werden. Das ist ein großer Fortschritt zu den vergangenen Jahren.
3. Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation sind auf mehreren Ebenen ein wichtiges Instrument, um Gesundheitsförderung auf- und auszubauen. Eine sorgfältig auf die Zielgruppe abgestimmte Kommunikation und Information, die die Mediennutzung älterer Menschen berücksichtigt, kultursensibel Zugänge über soziale Kontexte erschließt sowie Bilder vom Alter reflektiert, sind dabei unerlässlich. Das besondere Informationsbedürfnis über bestehende gesundheitsförderliche Angebote werden wir dabei über den Stadtplan der Gesundheitsförderung abdecken, der zurzeit im Aufbau begriffen ist. Was die Auftritte der LGK und der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Internet betrifft, so sind diese in diesem Jahr weiterentwickelt worden: Zukünftig wird eine Vorstellung des aktuellen Umsetzungsstandes der Gesundheitsziele für Ältere im Rahmen der Fachstellen-Webseite auf www.berlin.gesundheitfoerdern.de unter der Rubrik „Gesund altern in Berlin“ zu finden sein.
4. Die Ergebnisse aus den fünf Diskussionsforen unserer heutigen 9. Landesgesundheitskonferenz werden wir auswerten und daraus konkrete Vorschläge zur weiteren Umsetzung der Gesundheitsziele für Ältere entwickeln. Damit wird sich ins-

besondere die zuständige LGK-Arbeitsgruppe befassen und der Steuerungsgruppe der LGK zurarbeiten.

Meine Damen und Herren, fast genau vor einem Jahr wurde von vielen hier in diesem Saal der Wunsch geäußert, dass die Arbeit der LGK aktiver gestaltet werden möge. Das ist mit Unterstützung aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer gelungen. Mit Stolz kann ich darauf verweisen, dass neben der Durchführung von Gesundheitsforen zu verschiedenen Themen der Gesundheitsförderung sowie den Beratungen der Facharbeitskreise das Versprechen eingelöst werden konnte, die Leitungsrunde der LGK wieder zu beleben, die Kontakte zu deren Mitgliedern zu vertiefen und gemeinsame Vorhaben für 2013 zu planen und zu beschließen.



Dazu gehören:

- Erstellung und Umsetzung eines Öffentlichkeitskonzeptes
- Einstieg in eine interne sozialraumorientierte Interventionsberichterstattung
- Aufbau von Präventionsketten in Verbindung mit dem Gesundheitsziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen...“ mit dem Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“
- Fortführung des Gesundheitszielprozesses „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“
- die stärkere Verankerung der LGK in der Berliner Gesundheitspolitik.

Ich freue mich, dass diesem Beschlusspaket ausnahmslos alle Kassen und Verbände, die in der LGK vertreten sind, zugestimmt haben. Damit haben wir eine extrem gute Ausgangslage zur weiteren Stärkung der LGK erreicht. Das wollen wir gemeinsam nutzen und dazu erhoffe ich Ihrer aller Mitarbeit auch im Jahr 2013.

Für die noch verbleibende Advents- und die kommende Weihnachtszeit wünsche ich Ihnen im Kreise Ihrer Familien frohe Stunden. Kommen Sie gut ins neue Jahr und vor allem: Bleiben Sie gesund!!

Rahmenprogramm

Projektmesse und Fotoausstellung

Berliner Initiative Gesunde Arbeit (BIGA)



Der Deutsche Gewerkschaftsbund Bezirk Berlin-Brandenburg, die Handwerkskammer Berlin, die Industrie- und Handelskammer Berlin, die Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen Berlin und die Vereinigung der Unternehmensverbände in Berlin und Brandenburg haben sich zusammengetan um – erstmalig in Berlin – ein Netzwerk zum Arbeitsschutz zu schaffen, welches eine Plattform für all diejenigen bietet, denen gesunde Arbeit wichtig ist.

Die Schwerpunkte von BIGA liegen u.a. im fachlichen Austausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, in der Informationsvermittlung sowie in der Vorbereitung und Durchführung von BIGA eigenen Konferenzen und Workshops, in denen alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit haben, sich in eine interessierte Öffentlichkeit zu begeben, sich untereinander auszutauschen und über den Stand von laufenden oder neuen Projekten zu informieren.

Denn jeder der genannten Akteure kann für sich schon viel tun. Noch mehr lässt sich erreichen, wenn sie sich zusammentun.

Kontakt

BIGA Geschäftsstelle c/o LAGetSi
Turmstraße 21, 10559 Berlin
Tel.: 030 – 902545 – 555
Fax: 030 – 902545 – 301
Email: biga@lagetsi.berlin.de
Internet: www.berlin.de/lagetsi

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.



**Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.**
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. ist die Arbeitsgemeinschaft der beiden Bundesländer für Gesundheitsförderung. Die Arbeitsgemeinschaft vernetzt und koordiniert Angebote, Akteure und Akteurinnen der Gesundheitsförderung, pflegt vorhandene und regt neue Themenfelder im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung an. Schwerpunkte der Arbeit liegen u. a. im fachlichen Austausch, in der Fortbildung und in der Informationsvermittlung, sowie in der Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen zu Themen der Gesundheitsförderung. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. bezieht die Gender- und Diversity-Perspektive in ihre Arbeitsprozesse ein.

Kontakt

Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel.: 030 – 443 190 60
Fax: 030 – 443 19063
Email: post@gesundheitbb.de
Internet: www.gesundheitbb.de

Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung



In Berlin gibt es vielfältige Ansätze, um die Bedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Umfeld häuslicher Pflege besser abzudecken. Hinzu kommt die Unterstützung der Menschen, die beispielsweise aufgrund chronischer Erkrankungen pflegebedürftig sind, deren Selbsthilfepotential erhalten und gefördert werden soll. Angehörige gilt es zu entlasten und zu stärken. Einen wesentlichen Beitrag leisten die zahlreichen anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Kontaktstellen PflegeEngagement in Berlin. Das Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung ist ein gesamtstädtisch ausgerichtetes Angebot zur Unterstützung und Weiterentwicklung dieser Bereiche.

Kontakt

Silke Migala, M.Sc. & Stefanie Emmert-Olschar, MScN
Bismarckstraße 101, 10625 Berlin
Tel.: 030 – 890 285 36 /-32
Fax: 030 – 890 285 40
Email: kompetenzzentrum@sekis-berlin.de
Internet: www.pflegeunterstuetzung-berlin.de

Landessportbund Berlin e.V.



Der Landessportbund (LSB) Berlin ist der freie und unabhängige Zusammenschluss der im Land Berlin tätigen Sportfachverbände mit ihren rund 2.000 Vereinen sowie der Bezirkssportbünde. Wie die Sportbünde der anderen Bundesländer in Deutschland ist

auch der LSB Berlin ordentliches Mitglied des Deutschen Olympischen Sportbundes.

Die Förderung von Sportangeboten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation ist eine wichtige Aufgabe des LSB. Schwerpunkte in diesem Bereich sind u.a. die Umsetzung des Gesundheitssports nach bundesweit einheitlichen Kriterien im Sinne des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT. Darüber hinaus besteht eine Hauptaufgabe des LSB im Gesundheitssport darin, durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und in Kooperation mit relevanten Netzwerkpartnern, z.B. im Rahmen der Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“, die Berliner Bevölkerung über den Zusammenhang von Bewegung, Sport und Gesundheit zu informieren und die Zugänge zu entsprechenden Angeboten zu erleichtern.

Als Mitglied der Landesgesundheitskonferenz beteiligt sich der LSB aktiv an der Diskussion und Abstimmung gesundheitspolitischer Prozesse in Berlin.

Kontakt

Jesse-Owens-Allee 2, 14053 Berlin
Tel.: 030 – 30 002 – 0
Fax: 030 – 30 002 – 107
Email: info@lsb-berlin.de
Internet: www.lsb-berlin.de

Mehrgenerationenhäuser



Mehrgenerationenhäuser sind zentrale Begegnungsorte, an denen das Miteinander der Generationen aktiv gelebt wird. Sie bieten Raum für gemeinsame Aktivitäten und schaffen ein neues nachbarschaftliches Miteinander in der Kommune. Der generationenübergreifende Ansatz gibt den Mehrgenerationenhäusern ihren Namen und ist Alleinstellungsmerkmal jedes einzelnen Hauses: Jüngere helfen Älteren und umgekehrt. Das Zusammenspiel der Generationen bewahrt Alltagskompetenzen sowie Erfahrungswissen, fördert die Integration und stärkt den Zusammenhalt zwischen den Menschen.

Mehrgenerationenhäuser stehen allen Menschen vor Ort – unabhängig von Alter oder Herkunft – offen; egal, wie alt oder jung sie sind. Jede und Jeder ist willkommen. Der „Offene Treff“, z.B. als Bistro oder Café, ist Mittelpunkt jedes Hauses. Hier begegnen sich Menschen, kommen miteinander ins Gespräch und knüpfen

erste Kontakte. Für viele Besucherinnen und Besucher der Mehrgenerationenhäuser ist der „Offene Treff“ die erste Anlaufstelle und Ausgangspunkt für weitere Aktivitäten.

Kontakt

Die Kontaktdaten zu allen Mehrgenerationenhäusern in Berlin sowie in ganz Deutschland finden Sie unter:

www.mehrgenerationenhaeuser.de

Theater der Erfahrungen – Werkstatt der alten Talente



Theater der Erfahrungen ist ein Senioren-Kulturprojekt mit gesamtstädtischem Charakter. Unter seinem Dach spielen die drei Altenschauspielgruppen Spätzünder, Ostschwung und Bunte Zellen. Sie proben wöchentlich und führen überall in Berlin auf. Außerdem bietet die Werkstatt der alten Talente Interessierten in vielen Stadtteilzentren die Möglichkeit, mitzumachen und sich zu engagieren – beim Trommeln, Improvisieren, Singen und Schreiben. Frei nach dem Motto: Alte sind überall!

Kontakt

Eva Bittner und Johanna Kaiser
Vorarlberger Damm 1, 12157 Berlin
Tel.: 030 – 855 42 06

Email: theater-der-erfahrungen@nbhs.de

Internet: www.theater-der-erfahrungen.nbhs.de

**Thormaehlen Photography – Wanderausstellung
„Mit hundert hat man noch Träume“**



Als selbständiger Fotograf arbeitet Karsten Thormaehlen seit über zehn Jahren für Nachrichten- und Kunstmagazine sowie internationale Modemagazine und Kunden aus der Wirtschaft. In den vergangenen Jahren hat er sich in seinen Fotografien demografischen und soziokulturellen Auswirkungen alternder Gesellschaften gewidmet. So begann er 2006 sein mehrfach prämiertes Fotoprojekt „Mit hundert hat man noch Träume“, welches er 2011 in einer zweiten Serie fortsetzte. In diesen porträtiert Karsten Thormaehlen Frauen und Männer, die 100 Jahre und älter sind und zeigt auf diese Weise die Schönheit und Würde hohen Alters.

Sein 2009 entstandenes Folgeprojekt „Silver Heroes“ zeigt darüber hinaus eine umfangreiche Bilderstrecke mit betagten Athleten verschiedener Sportarten.

Kontakt

Karsten Thormaehlen
Carl-Benz-Straße 21, 60386 Frankfurt a. M.

Tel.: 069 – 4089 8840

Fax: 0611 – 846 509

Email: kt@karstenthormaehlen.com

Internet: www.karstenthormaehlen.com

Treffpunkt Hilfsbereitschaft – Landesfreiwilligenagentur Berlin



Seit 1988 ist der Treffpunkt Hilfsbereitschaft für alle Freiwilligen und Interessierten für Organisationen, Unternehmen, Medien, Politik und Verwaltung, die mit Freiwilligen oder Freiwilligenprogrammen arbeiten wollen, das Kompetenzzentrum zu allen Fragen im Bereich Bürgerschaftlichen Engagements in Berlin.

Wir bieten Ihnen Fachberatungen, wenn Sie sich freiwillig engagieren oder Freiwilligen Engagementmöglichkeiten bieten wollen, wir machen Projekte und Kampagnen, sind in Politik und Netzwerken aktiv – und qualifizieren zu allen Fragen rund um ein gelingendes Freiwilligenmanagement.

Der Treffpunkt Hilfsbereitschaft wird gefördert von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Kontakt

Schumannstraße 3, 10117 Berlin

Tel.: 030 – 847 108 790

Fax: 030 – 847 108 799

Email: treffpunkt@freiwillig.info



Verband für sozial-kulturelle Arbeit e.V.



Mitglieder des Verbandes für sozial-kulturelle Arbeit sind Träger von Stadtteilzentren (Nachbarschaftshäusern, Mehrgenerationenhäusern, ...) in ganz Deutschland. In Berlin gibt es in jedem Bezirk mindestens ein Stadtteilzentrum.



Stadtteilzentren sind Orte für Sport- und Gesundheitsangebote für Kinder und Erwachsene, es sind Orte für Kunst und Kultur, Orte mit Garten und Spielplatz, mit einem gemütlichen Nachbarschaftscafé und einer Bücherstube.

Stadtteilzentren sind Orte für Beratung, zum Beispiel zu Fragen rund um die Erziehung oder zur Rente, zu Fragen rund um Pflege und Betreuung von Angehörigen, zu Mietfragen, zu Fragen an Rechtsanwältinnen, die kostenlose Rechtsberatung anbieten.

Stadtteilzentren sind auch Orte für Begegnung, zum Beispiel auf dem Trödel, beim Europäischen Tag der Nachbarschaft, bei der langen Nacht der Familie oder dem Sommerfest.

Stadtteilzentren sind Orte, um sich ehrenamtlich zu engagieren oder um sich in Selbsthilfegruppen gegenseitig zu unterstützen.

Stadtteilzentren und Nachbarschaftshäuser sind Orte für alle Bürgerinnen und Bürger: Junge und Ältere, Familien und Singles, Menschen mit und ohne Behinderung ... und zunehmend Orte, an denen Menschen unterschiedlicher Kulturen Raum finden für Aktivitäten im eigenen Kulturkreis oder dezidiert mit transkulturellem, integrierendem Charakter.

Kontakt

Tucholskystraße 11, 10117 Berlin-Mitte

Tel.: 030 – 861 01 91 / 92

Fax: 030 – 862 11 55

Email: berlin@sozkult.de

Internet: www.stadtteilzentren.de

Mitglieder der LGK

Die Landesgesundheitskonferenz besteht seit dem Jahr 2004 und wurde 2006 im Dienstreformgesetz des öffentlichen Gesundheitsdienstes verankert. Sie stellt eine an Regeln gebundene Form der Zusammenarbeit der örtlichen Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Verwaltung, dem Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen dar. Diese stellen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam in den Dienst der Ziele der Landesgesundheitskonferenz.

Die Arbeitsweise der LGK basiert darauf, gesundheitspolitische Empfehlungen zu geben. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der Selbstverpflichtung ihrer Mitglieder. Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz werden durch den Gesundheits-senator berufen. Die Landesgesundheitskonferenz verständigt sich auf Basis freiwilliger Übereinkunft zu gemeinsamen Strategien für ein gesundes Berlin. 22 Berliner Institutionen und Verbände sind derzeit Mitglied der Landesgesundheitskonferenz.

Die Landesgesundheitskonferenz hat in ihrer Geschäftsordnung die Berücksichtigung von Gender Mainstreaming verankert. Für ihre Aktivitäten bedeutet dies, die Gesundheit aller in Berlin lebenden Menschen zu fördern, dabei jedoch bewusst die vielfältigen Lebenslagen von Frauen und Männern unterschiedlicher Herkunft, Menschen verschiedener sexueller Identität und Menschen mit unterschiedlichen Begabungen oder Behinderungen zu reflektieren und in ihren Entscheidungen und Angeboten zu berücksichtigen.

AOK Nordost

14456 Potsdam
Tel.: 0800 – 26 50 800
Fax: 0800 – 26 50 900
Email: service@nordost.aok.de
Internet: www.aok.de/nordost

Ärztekammer Berlin

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Tel.: 030 – 408 060
Fax: 030 – 408 063 499
Email: kammer@aekb.de
Internet: www.aerztekammer-berlin.de

Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.

Hallerstraße 6, 10587 Berlin
Tel.: 030 – 330 996 0
Fax: 030 – 330 996 66
Email: mail@bkgev.de
Internet: www.bkgev.de

BKK Landesverband Mitte

Landesvertretung Berlin-Brandenburg
Kaiserin-Augusta-Allee 104, 10553 Berlin
Tel.: 030 – 38 39 07-0
Fax: 030 – 38 39 07-1
Email: www.bkkmitte.de/kontakt.html
Internet: www.bkkmitte.de

Berlin School of Public Health, Charité Universitätsmedizin Berlin

Seestraße 73, 13347 Berlin
Tel.: 030 – 450 570 822
Fax: 030 – 450 570 972
Internet: <http://bsph.charite.de>

BIG direkt gesund

Charlotten-Carree
Markgrafenstraße 62, 10969 Berlin
Tel.: 030 – 26 36 76 644
Fax: 0231 – 555 719 9
Email: info@big-direkt.de
Internet: www.big-direkt.de

DGB Berlin-Brandenburg

Keithstraße 1/3, 10787 Berlin
Tel.: 030 – 212 401 11
Internet: www.berlin-brandenburg.dgb.de

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel.: 030 – 443 190 60
Fax: 030 – 443 190 63
Email: post@gesundheitbb.de
Internet: www.gesundheitbb.de

Industrie- und Handelskammer Berlin

Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
 Tel.: 030 – 315 100
 Fax: 030 – 315 101 66
 Email: service@berlin.ihk.de
 Internet: www.ihk-berlin.de

Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin

Ziolkowskistraße 6, 14480 Potsdam
 Tel.: 0331 – 646 30
 Fax: 0331 – 62 44 27
 Internet: www.ikkbb.de

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Masurenallee 6A, 14057 Berlin
 Tel.: 030 – 310 030
 Fax: 030 – 310 033 80
 Email: kvbe@kvberlin.de
 Internet: www.kvberlin.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin

Georg-Wilhelm-Straße 1610711 Berlin
 Tel.: (030) 8 90 04 0
 Fax: (030) 8 90 04 102
 E-Mail: kontakt@kzv-berlin.de
 Web: www.kzv-berlin.de

Knappschaft Berlin

Wilhelmstraße 138 – 139, 10963 Berlin
 Tel.: 030 613760-0
 Fax: 030 613760-598
 Email: zentrale@kbs.de
 Internet: www.kbs.de

Landessportbund Berlin

Jesse-Owens-Allee 2, 14053 Berlin
 Tel.: 030 – 300 020
 Fax: 030 – 300 021 07
 Email: info@lsb-berlin.org
 Internet: www.lsb-berlin.net

**LIGA der Spitzenverbände
der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin**

Brandenburgische Straße 80, 10713 Berlin
 Tel.: 030 – 860 011 02
 Fax: 030 – 860 012 60
 Email: herchner@paritaet-berlin.de
 Internet: www.ligaberlin.de

Patientenbeauftragte des Landes Berlin

Oranienstraße 106, 10969 Berlin
 Tel.: 030 – 9028-2010
 Email: patientenbeauftragte@sengs.berlin.de
 Internet: www.berlin.de/lb/patienten

Psychotherapeutenkammer Berlin

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
 Tel.: 030 – 887 140 0
 Fax: 030 – 887 140 40
 Email: info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
 Internet: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS)

Bismarckstraße 101, 10625 Berlin
 Tel.: 030 – 892 660 2
 Fax: 030 – 890 285 40
 Email: sekis@sekis-berlin.de
 Internet: www.sekis-berlin.de

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft

Bernhard-Weiß-Straße 6, 10178 Berlin
 Tel.: 030 – 902 275 050
 Email: briefkasten@senbwf.berlin.de
 Internet: www.berlin.de/sen/bjw

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

Oranienstraße 106, 10969 Berlin
 Tel.: 030 – 9028 0
 Email: pressestelle@sengs.berlin.de
 Internet: www.berlin.de/sen/gessoz

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vdek-Landesverband Berlin/Brandenburg
 Friedrichstraße 50-55, 10117 Berlin
 Tel.: 030 – 25 37 74 0
 Fax: 030 – 25 37 74 19 /26
 Email: lv-berlin.brandenburg@vdek.com
 Internet: www.vdek.com

Bezirke

Vier für Gesundheit zuständige Bezirksstadträte oder -stadträtinnen auf Vorschlag des für Gesundheit zuständigen Mitglieds des Senats

Über die Fachstelle

Die Fachstelle unterstützt die Landesgesundheitskonferenz Berlin in ihrer Arbeit. Die Fachstelle verknüpft die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz mit den Aktivitäten vieler weiterer Akteure in Berlin und fördert so den gesundheitspolitischen Dialog. Ein Schwerpunkt dabei ist, durch Prävention und Gesundheitsförderung die Gesundheit und Lebensbedingungen der multikulturellen Berliner Bevölkerung zu verbessern. Dies gilt besonders für Menschen in schwierigen Lebenssituationen: Hier ist das Potenzial, durch Gesundheitsförderung und Prävention Gesundheitsgewinne zu erzielen, besonders groß. Dies kann nur gelingen, wenn bereichs- und ressortübergreifend zusammengearbeitet wird, wie in der Landesgesundheitskonferenz Berlin. Eine der wesentlichen Aufgaben ist es, die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung durch Qualifizierungsangebote und fachlichen Austausch zu fördern. Dazu bündelt die Fachstelle Informationen, Aktivitäten und gute Beispiele in und aus Berlin.

Aufgaben der Fachstelle

Seit 2008 übernimmt die Fachstelle eine Reihe von Aufgaben im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Geschäftsfunktion der Landesgesundheitskonferenz Berlin:

- fachliche Unterstützung der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz, z.B. bei der Erarbeitung, Umsetzung und Beobachtung der Gesundheitszielprozesse
- fachliche Vor- und Nachbereitung der Gremien der Landesgesundheitskonferenz Berlin. Dies sind im Wesentlichen der Steuerungsausschuss sowie die Arbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz.
- Durchführung der Landesgesundheitskonferenzen, die mindestens einmal im Jahr öffentlich stattfinden
- Konzeption und Durchführung thematischer Gesundheitsforen der Landesgesundheitskonferenz
- Information der Öffentlichkeit über die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz und ihrer Schwerpunkte. So wird beispielsweise vierteljährlich der Newsletter „Gesundheitsförderung aktuell“ herausgegeben, der Informationen aus Land und Bezirken bündelt.

Gesundheitszielprozesse unterstützen

- Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt die Gesundheitszielprozesse der Landesgesundheitskonferenz, indem sie gemeinsam mit den Mitgliedern sowie weiteren Akteuren Themen und Handlungsfelder auswählt, in denen Gesundheitsziele formuliert werden. Die Fachstelle berät dabei die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz fachlich und methodisch und sichert die Ergebnisse.
- Die Fachstelle begleitet die Umsetzung der Gesundheitsziele in Form eines Monitorings. Sie stellt dabei u. a. Informationen und Hinweise zu erfolgreichen Praxisbeispielen, zur Qualitätsentwicklung sowie zu bewährten Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zur Verfügung.

Austausch, Verzahnung und Vernetzung

- Die Bezirke tragen entscheidend zur Umsetzung der Berliner Gesundheitsziele bei. Die Fachstelle führt daher einen regelmäßigen Austausch mit den Qualitäts-, Planungs- und Koordinierungsstellen Gesundheit der Bezirksämter und unterstützt die Bezirke bei Zielprozessen und Gesundheitskonferenzen.
- Aufgabe ist auch die Zusammenarbeit und Unterstützung anderer Gesundheitsförderungsinitiativen, beispielsweise des Regionalverbundes des GesundeStädte-Netzwerkes, der Berliner Initiative für gesunde Arbeit (BIGA) oder des Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg.
- Die Fachstelle führt des Weiteren zahlreiche Fachveranstaltungen, Gespräche mit Expertinnen und Experten sowie Workshops durch, um intersektorale und multiprofessionelle Kooperation zu fördern und Akteure zu qualifizieren.
- Wichtige Partner sind die Fachstelle für Suchtprävention Berlin, die in diesem Themenfeld zahlreiche Präventionsaktivitäten durchführt sowie das
- kom-zen, angesichts der Zielsetzung, Menschen anderer Herkunftsländer mit Präventionsangeboten zu erreichen und die Akteure zu sensibilisieren.

Weitere Informationen unter:

www.berlin.gesundheitfoerdern.de

