

Strategiepapier der Landesgesundheitskonferenz Berlin zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“

(Beschlissen im Steuerungsausschuss der LGK am 14. Juni 2011, in der Leitungsrunde der LGK am 16.12.2014 und in der Leitungsrunde am 14.10.2016)

Vorbemerkung:

Das vorliegende Strategiepapier fasst die Ergebnisse der Landesgesundheitskonferenzen 2009 und 2010 sowie der begleitenden Treffen der Arbeitsgruppe der LGK, der Fachgespräche, Fachtagungen und Expert/innen-Gespräche zusammen. Das Handlungsfeld „Sucht im Alter“ wurde nachträglich in 2014 ergänzt auf Basis der Ergebnisse der Fachtagung „Sucht im Alter vorbeugen“, die gemeinsam von der Fachstelle für Suchtprävention, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und der Ärztekammer Berlin am 14.05.2013 durchgeführt worden war.

Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsziele für Ältere“ empfiehlt, das Strategiepapier als Grundlage für die weiteren Aktivitäten der Landesgesundheitskonferenz im Themenfeld „Gesundheit im Alter“ zu beschließen. Die Operationalisierung der einzelnen Strategien zu Teilzielen erfolgt im weiteren Prozess. Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung wird gemeinsam mit den Mitgliedern der LGK und weiteren Partnern geeignete Formen für ein Monitoring entwickeln.

Konsens innerhalb der LGK war, dass durch den Zielprozess die Vernetzung bestehender Strukturen und Prozesse befördert werden soll. Gesundheitsförderung wurde als wichtige Strategien für alle Handlungsfelder benannt. Die von der AG bearbeiteten Handlungsfelder wurden öffentlich diskutiert und unter Einbindung zahlreicher Akteure weiterentwickelt, die nicht Mitglieder der LGK sind. Die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sowie der Landessenorenbeirat sind in die AG einbezogen.

Bei der Erstellung des Strategiepapiers wurde berücksichtigt, dass die Formulierung quantifizierbarer Ergebnisziele anhand bevölkerungsbezogener Daten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für die Zielgruppe der älteren Menschen derzeit noch schwierig ist (vgl. GBE Berlin 2009). Der Schwerpunkt der AG lag daher darauf, Strategien auf der Struktur- und Prozessebene zu formulieren, die Ausgangspunkt für die weitere Arbeit in der Landesgesundheitskonferenz bilden können.

Die weitere Operationalisierung der Strategien sollte u.a. folgende Aspekte aufgreifen:

- Zu welchen Strategien ist eine konkrete Zielformulierung möglich?
- Welche Indikatoren können für ein Monitoring herangezogen werden (z.B. Daten der Gesundheitsberichterstattung, Experteninterviews, Befragungen etc.)? Welche räumlichen Bezugsgrößen können herangezogen werden?
- Wo ist eine Konkretisierung der Zielgruppen in Hinblick auf Alterskohorten und/oder gender- und kulturspezifische Aspekte notwendig und möglich?
- Was wären geeignete Formen und Zeiträume für eine Evaluation bzw. eine gemeinsame Überprüfung der Zielerreichung?

In 2015 und 2016 wurden weitere Ergänzungen des Strategiepapiers vorgenommen. Es erfolgte eine Erweiterung der Zielgruppe auf alle älteren Menschen sowie die Identifikation von Schnittstellen und Synergien zwischen dem Dialogprozess 80^{plus} und dem Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“. Die Mitglieder der AG haben sich mit diesem Thema auseinandergesetzt und die relevanten Ziele und Maßnahmen aus dem 80^{plus}-Dialogprozess in das Strategiepapier des Gesundheitszielprozess übertragen.

Hintergrundinformationen zum 80^{plus}-Dialogprozess:

Mit dem Ziel, bestehende Strukturen so weiterzuentwickeln, dass sie den Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft noch besser gerecht werden und alte Menschen dabei unterstützen, möglichst lang aktiv und eigenständig zu leben, hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015 das Projekt 80^{plus} initiiert. In einem ersten Schritt legte die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales das Diskussionspapier „80^{plus} – Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“ vor. Ausgehend von einer fundierten Problemanalyse wurden darin sieben wichtige Handlungsfelder identifiziert. Von besonderer Relevanz für dieses Strategiepapier sind die Handlungsfelder „Prävention und Gesundheitsförderung“, „Stationäre Versorgung“ und „Selbstbestimmung und Teilhabe“. Das Diskussionspapier bildete die Grundlage für einen berlinweiten partizipativen Dialogprozess mit Einrichtungen, Trägern und Verbänden des Sozial- und Gesundheitswesens sowie interessierten Bürgerinnen und Bürgern. Im Rahmen des mehrstufigen Dialogprozesses galt es, konkrete Lösungsansätze für die Versorgung hochaltriger Menschen sowie neue Wege der verbindlichen Zusammenarbeit zu entwickeln. Die 80^{plus}-Rahmenstrategie fasst die zentralen Ergebnisse des Dialogprozesses zusammen. Sie enthält konkrete Ziele und Maßnahmen, Kooperationspartner und Termine.¹

Begründung zur Erweiterung der Zielgruppe:

Um der wachsenden Heterogenität des Alters – einer Lebensphase, die je nach Definition mittlerweile vier bis fünf Lebensjahrzehnte umfassen kann – besser gerecht zu werden, sollte die Zielgruppe im Gesundheitsziel erweitert werden. Bisher waren ältere Menschen, die in Einrichtungen leben, nicht Teil der Zielgruppe, wodurch ein großer Personenkreis ausgeschlossen wurde. Aktuell leben in Berlin 112.509 pflegebedürftige Personen im Sinne des SGB XI, wovon 52.598 Menschen hochaltrig sind. Rund ein Viertel der Berliner Pflegebedürftigen wird in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt². Unter den Pflegebedürftigen, die in einem Pflegeheim versorgt werden, sind 88,0% Personen 70 Jahre alt oder älter. Allein die Altersgruppe der über 90-Jährigen macht 26,9% der Heimbewohnerinnen und -bewohner aus³. Bis zum Jahr 2030 wird Prognosen zufolge die Anzahl der hochaltrigen Menschen in Berlin auf 263.000 Personen steigen, unter denen voraussichtlich 98.000 Pflegebedürftige sein werden, von denen wiederum gut ein Drittel (35,0%) sich in der (voll-)stationären Pflege befinden wird.

Derzeit ist mit einer Gesamtzahl von 170.000 Menschen fast jede zwanzigste in Berlin lebende Person hochaltrig. Bereits heute leben beinahe zwei

¹ Die Rahmenstrategie und weitere Unterlagen des Dialogprozesses sind online abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gessoz/80plus/>

² Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016). 80^{plus}-Rahmenstrategie zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin. Ziele, Maßnahmen und Kooperationspartner.

³ Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016). Gut gepflegt! Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin. Landespflegeplan 2016. Berlin.

Drittel der hochaltrigen Menschen in Berlin „alleine“ im Sinne eines als ledig, verwitwet oder geschieden registrierten Familienstands. Aller Voraussicht nach werden zukünftig verstärkt Menschen höherer Altersgruppen von Armut bedroht sein. Aktuelle Untersuchungen des RKI zur „Gesundheit in Deutschland“ zeigen, dass sich die Häufigkeit der chronischen Erkrankungen mit zunehmendem Alter stark erhöht. Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur die Häufigkeit dieser Krankheiten, sondern auch die Wahrscheinlichkeit, an mehreren Krankheiten gleichzeitig zu leiden. Multimorbidität ist der Hauptfaktor für die ambulante und stationäre Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter. Angesichts des wachsenden Anteils Demenzerkrankter in der Gesamtbevölkerung wird auch die Anzahl an Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zunehmen. Die skizzierten sozialen Herausforderungen, die Morbiditätszahlen und der wachsende Pflegebedarf im Zusammenhang mit dem immer größer werdenden Anteil hochaltriger Menschen an der Gesamtbevölkerung machen einen deutlich erhöhten Bedarf an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Menschen notwendig.

Präventives Potenzial ist hier ausreichend vorhanden: So zeigt ein Blick auf die amtliche Krankenhausdiagnosestatistik, dass bei hochaltrigen Menschen Verletzungen (bspw. durch Stürze) und Vergiftungen (bspw. durch Fehler bei der Medikamenteneinnahme) mit 14,4% zu den wichtigsten Hauptdiagnosen für eine Krankenhausbehandlung zählen. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen können verbliebene gesundheitliche Ressourcen stärken, die Verschlechterung des Gesundheitsstatus vermeiden oder zumindest abmildern und so zum Erhalt der Selbständigkeit und der Lebensqualität beitragen. Vor allem gezielte setting-bezogene Maßnahmen versprechen daher große Effekte. Denn je mehr die Mobilität der Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen eingeschränkt ist, desto mehr gewinnt die unmittelbare Lebenswelt an Bedeutung. Geeignete Programme und Interventionsformen beispielsweise zur Bewegungsförderung in der Pflege liegen vor (vgl. Übersicht auf den Seiten des Zentrums für Qualität in der Pflege: <http://bfi.zqp.de>). Oftmals fehlt es jedoch noch an einer systematischen Implementierung.

Durch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, um Präventionsangebote auch bei Pflegebedarf zu ermöglichen (vgl. §5 SGB XI). Die Pflegekassen haben einen gesetzlichen Präventionsauftrag für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten und sollen hier entsprechende Leistungen erbringen. Eine Aufnahme von älteren Menschen in stationären Einrichtungen als Zielgruppe in das Strategiepapier sowie die systematische Einbeziehung geeigneter Lebenswelten (v. a. Pflegeheime) bilden einen wichtigen Baustein, um möglichst für alle relevanten Zielgruppen in Berlin geeignete Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen. Solche Maßnahmen sind auch besonders geeignet, um sie in Kooperation verschiedener Akteure durchzuführen.

Ziele

- **Oberziel:** „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“
- **Zielgruppe:** Ältere Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind
- **Handlungsfelder:** Gesundheitsförderung im Setting, Bewegung, Versorgung bei psychischen Erkrankungen (Demenz und Depression), Sucht im Alter
- **Querschnittsziele:** Gendermainstreaming, Kultursensibilität, Soziallagenbezug

Ziele:

1. **Strategien und Maßnahmen der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe ausbauen.**
2. **Maßnahmen der Bewegungsförderung ausbauen und ältere Menschen motivieren und fördern, sich regelmäßig zu bewegen.**
3. **Die gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker, älterer Menschen und ihrer Angehörigen fördern und adäquate Versorgungsstrukturen weiterentwickeln.**
4. **Sucht im Alter vorbeugen.**

Bei der Konkretisierung und Umsetzung werden folgende Querschnittsthemen berücksichtigt:

- Gesundheitliche Chancengleichheit einschließlich der Situation älterer Migrant/innen und Migranten
 - Gender Mainstreaming

Erläuterungen zur Systematik des Strategiepapiers:

Strategie: Konkretisierung der inhaltlichen Schwerpunkte und der Vorgehensweise in den Handlungsfeldern des Gesundheitszielprozesses um die Gesundheitsziele umzusetzen

Maßnahmen: Beispiele für bestehende Maßnahmen, um die Umsetzung zu veranschaulichen **Umsetzung:**

Orientierungspunkte und Vorschläge für Maßnahmen, um Strategien umzusetzen **Monitoring:** Beispiele für mögliche Indikatoren für ein Monitoring

Zuständigkeit / Einbindung: Exemplarische Benennung entscheidender Akteure zur Umsetzung der Strategien

Handlungsfeld **Gesundheitsförderung im Setting:**

1. Strategien und Maßnahmen der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe ausbauen

Kommentar:

Im Gesundheitszielprozess der LGK wurde die soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige Strategie hervorgehoben, um ein aktives Altern zu fördern und die Lebensqualität im Alter zu verbessern. Im Prozess wurden Anhaltspunkte gewonnen und Beispiele vorgestellt (z.B. Regionalkonferenz „Gesundheit im Alter fördern - eine Zukunftsaufgabe der Kommunen, 15.10.2009 / Regionalkonferenz „Gesunde Lebenswelten im Quartier - Prävention und Gesundheitsförderung partizipativ entwickeln“ 6.2.2009 / Fachtagung „Gesund alt werden im Kiez, 2.9.2010), wodurch sich erfolgreiche Initiativen der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten älteren Menschen auszeichnen:

- die Umsetzung im Setting Stadtteil als zentrale Handlungsebene,
- die lebensweltorientierte Entwicklung und Umsetzung der Angebote mit einem zugleich hohen Partizipationsgrad der Zielgruppe(n),
- die Einbeziehung von informellen und/oder professionellen Multiplikator/innen,
- die Schaffung von Räumen/Möglichkeiten für informelles Lernen und Informationsvermittlung,
- die Anbindung gesundheitsfördernder Interventionen an soziale Ereignisse und Aktivitäten,
- die niedrigschwellige Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen,
- den Aufbau stabiler arbeitsfähiger Strukturen sowie
- die Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen.

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung ermöglicht durch die Fokussierung auf Sozialräume die Bestimmung von Zielgruppen und potenziellen Akteuren, die Ermittlung adäquater Zugangswege sowie die Nutzung vorhandener Ressourcen. Der Setting-Ansatz eignet sich in besonderer Weise für einen diskriminierungsfreien Zugang zu benachteiligten Zielgruppen und die Beteiligung der Zielgruppen und weiterer Akteure.

Nr.	Strategien	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
1.1	<p>Der Aufbau und die Weiterentwicklung nachbarschaftlicher /quartiersbezogener Netzwerke der Gesundheitsförderung im Alter insbesondere in Sozialräumen mit besonderen Entwicklungsbedarf werden gefördert (Soziale Stadt/Aktionsräume plus).</p> <p>Interventionen nach dem Setting-Ansatz für sozial benachteiligte ältere Menschen weiterentwickeln</p>	<p>Handlungskonzepte der Altensozialplanung/ Altenhilfeplanung in den Bezirken</p> <p>Netzwerk Märkisches Viertel</p> <p>Aktiv altern im Kiez Friedrichsfelde Süd / Miteinander wohnen e.V.</p> <p>Arbeitshilfen „Gesund und aktiv älter werden“</p>	<p>Darstellung und Fachaustausch über Modelle guter Praxis z.B. im Rahmen des Gesunde-Städte Netzwerkes</p> <p>Transparenz über lokale Aktivitäten und Akteure im Sozialraum herstellen</p> <p>Initiierung von lokalen Netzwerken</p>	<p>Qualitätskriterien /Erfolgsfaktoren darstellen</p> <p>Altenhilfeplanungen der Bezirke</p> <p>Themen bezirkliche Gesundheitskonferenzen</p> <p>Förderung von Setting-Projekten nach § 20 SGB V</p>	<p>SenGesSoz / Stadtentwicklung Bezirke (Gesundheitsamt, Sozialamt, QPK)</p> <p>Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung</p> <p>GKV</p> <p>Quartiersmanagement</p> <p>Träger von Lebenswelten (Stadtteilzentren, Seniorenfreizeitstätten ...)</p> <p>Einbeziehung von Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfer sowie ehrenamtliche Strukturen</p>
1.2	<p>Partizipative Methoden der Gesundheitsförderung bekannt machen und die Anwendung unterstützen</p>	<p>Werkstatt „Good Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung im Quartier“</p>	<p>Qualifizierung von lokalen Akteuren zu partizipativen Methoden</p> <p>Arbeitshilfen für lokale Akteure</p>	<p>Durchgeführte Fortbildungen</p> <p>Entwickelte Arbeitsmaterialien</p>	<p>Bezirke (QPK und Gesunde-Städte Netzwerk)</p> <p>Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung</p>
1.3	<p>Das Wissen über niedrigschwellige Zugangswege für Zielgruppen mit hohen Präventionspotenzialen fördern</p>	<p>Werkstatt „Good Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung im Quartier“</p> <p>Netzwerke, Fachdialoge, Gremien der Landesgesundheitskonferenz, LGK-interne Interventionsberichterstattung</p>	<p>Qualifizierung von lokalen Akteuren zu zielgruppenspezifischer Ansprache</p> <p>Arbeitshilfen für lokale Akteure</p> <p>Runde Tische für Informationsaustausch und verstärkte Öffentlichkeitsarbeit für Barrierefreiheit</p>	<p>Durchgeführte Fortbildungen</p> <p>Entwickelte Arbeitsmaterialien</p> <p>Durchgeführte Netzwerktreffen und Fachdialoge</p> <p>Durchgeführte Runde Tische</p>	<p>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</p> <p>Senatsverwaltung für Inneres und Sport</p> <p>Bezirke (QPK und Gesunde-Städte Netzwerk)</p> <p>GKV</p> <p>Gesundheit Berlin-Brandenburg</p> <p>Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung Stadtteileinrichtungen, Beratungs- und Anlaufstellen, Freie Träger</p>

Nr.	Strategien	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
1.4	Ansprache und Aktivierung von hochaltrigen Menschen in ihrer Häuslichkeit		<p>Stärkung der aufsuchenden sozialen Arbeit für hochaltrige Menschen</p> <p>Mobilisierung von jüngeren und migrantischen Ehrenamtlichen für die aufsuchende Altenarbeit</p>	<p>Gestiegene Zahl von Nachbarschaftsinitiativen</p> <p>Sinkendes Durchschnittsalter bei Mitgliedern der Sozialkommissionen</p>	<p>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</p> <p>Bezirke (QPK und Gesunde-Städte Netzwerk und Amt für Soziales)</p> <p>Stadtteilzentren/Träger der offenen Altenarbeit/Kontaktstellen Pflege-Engagement/Freiwilligenbörsen</p> <p>Landesseniorenbeirat, Landesseniorenvertretung, Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe</p>

Handlungsfeld **Bewegung**:

2. Maßnahmen der Bewegungsförderung ausbauen und ältere Menschen motivieren und fördern, sich regelmäßig zu bewegen

Kommentar:

Konkretisierung Zielgruppen

In den durchgeführten Expert/innen-Treffen wurden Zielgruppen benannt, bei denen ein besonderes Potenzial gesehen wird, durch bewegungsfördernde Maßnahmen Gesundheitsgewinne zu erzielen (vgl. Dokumentation 6. LGK). Im Bewegungsverhalten ist ein deutlicher Schichtgradient zu erkennen, woraus abzuleiten ist, dass die Strategien und Maßnahmen besonders auf sozial benachteiligte ältere Menschen auszurichten sind: ältere sozial benachteiligte Männer und Frauen, isoliert lebende ältere Menschen, ältere Migrant/innen und mobilitätseingeschränkte ältere Menschen. Die Ausgestaltung der Maßnahmen sollte altersspezifische (Alterskohorten) Bedarfe und funktionale Einschränkungen berücksichtigen.

Die Umsetzungsstrategie wird lokale Akteure aus der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit sowie die Zielgruppen selber einbeziehen und damit die Weiterentwicklung bestehender Strukturen unterstützen. Dazu gehören besonders Träger und Mitarbeiter/innen aus Sportvereinen, Seniorenfreizeitstätten, Nachbarschaftshäusern, Stadtteilzentren, Mehrgenerationenhäusern und anderen Orten der Begegnung älterer Menschen (Träger von Lebenswelten). Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Einbindung älterer Menschen in soziale Netzwerke unterstützt wird. Akteure des Wohnungsbaus und der (sozialen) Stadtentwicklung werden gezielt eingebunden. Bei der Umsetzung wird an bestehende Strukturen, Netzwerke, Programme und Maßnahmen angeknüpft.

Verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheits- und Bewegungsförderung

Definition Terminus Bewegungsförderung: *„Bewegungsförderung umfasst aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht Maßnahmen zur Unterstützung und zum Ausbau gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität. Sie ist dabei als Prozess zu verstehen und zielt darauf ab, möglichst allen Menschen ein hohes Maß körperlicher Aktivität als wesentlichen Bestandteil eines gesunden Lebensstils zu ermöglichen (...) Bewegungsförderung will sowohl Verhältnisse (Arbeits-, Umwelt-, und Lebensbedingungen) als auch das individuelle Verhalten von Menschen positiv beeinflussen (...)“ (Geuter, Holleder 2011).*

Maßnahmen der Bewegungsförderung lassen sich auf der Ebene des Individuums (z.B. Gesundheitsbildung und -information), über das soziale Umfeld (Familie, soziale Netzwerke im Quartier), auf struktureller und politischer Ebene (z.B. bauliche Umwelt, Barrierefreiheit) sowie als Mehrebenen-Interventionen (Kombination verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen / Setting-Ansatz) durchführen.

Die Verknüpfung von Bewegungsförderung mit sozialen, kulturellen oder geselligen Aktivitäten fördert den Aufbau sozialer Netzwerke und kann zum Erhalt des psychischen Wohlbefindens beitragen.

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring, z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
2.1	Unterstützung und Motivation älterer Menschen fördern, körperliche Aktivitäten in ihrem Alltag zu integrieren	<p>Projekt „Bewegungsrezept“</p> <p>Angebote der Gesundheitsbildung der Volkshochschulen</p> <p>Angebote Gesundheitssport</p> <p>Qualifizierung von Fachkräften (z.B. aus Beratungsstellen, Selbsthilfekoordination, Seniorenvertretung) als Bewegungs-Lotsen für hochaltrige Menschen</p>	<p>Veranstaltungen</p> <p>Individuelle Beratung</p> <p>Informationsbroschüren</p> <p>Kampagnen</p>	<p>Dokumentation Modelle guter Praxis</p> <p>Teilnehmer Veranstaltungen</p> <p>Dokumentationen, Informationsbroschüren</p> <p>Qualifizierungsveranstaltungen</p>	<p>Zentrum für Bewegungsförderung</p> <p>Landessportbund/Sportvereine</p> <p>(häufig i.V.m. Arbeitskreis Berliner Senioren (ABS))</p> <p>Haus- und Fachärzte</p> <p>Volkshochschulen</p> <p>GKV</p> <p>Bezirksämter (QPK / Sozialamt/ Altenhilfekoordination)</p> <p>Beratungsstrukturen (z.B. Pflegestützpunkte)</p> <p>Träger von Lebenswelten, z.B. Stadtteilzentren und Seniorenfreizeitstätten</p>
2.2	Strategien und Maßnahmen der Bewegungsförderung tragen zum Aufbau sozialer Netzwerke für ältere Menschen bei	<p>Sportgruppen</p> <p>Spaziergangsgruppen</p>	<p>Modelle guter Praxis bekannt machen und den Transfer in die Bezirke unterstützen</p>	<p>Dokumentation Modelle guter Praxis</p>	<p>Zentrum für Bewegungsförderung</p> <p>Landessportbund / Sportvereine / Volkshochschulen</p> <p>Bezirksämter (QPK / Sozialamt/ Altenhilfekoordination)</p> <p>Träger von Lebenswelten, z.B. Stadtteilzentren und Seniorenfreizeitstätten</p>

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring, z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
2.3	Bei der Planung von Strategien und Maßnahmen der Bewegungsförderung findet eine Orientierung am Setting-Ansatz statt. (Mehrebenen-Interventionen)	<p>Gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung (z.B. Setting Kommune)</p> <p>Gestaltung des Wohnumfeldes (z.B. Bezirksamt C-W: „Sport im Park“ im Preußenpark und Lietzensee</p> <p>Kooperatives Modellprojekt zur Bewegung und Mobilität bei hochaltrigen Menschen</p>	<p>Stadtteilbegehungen</p> <p>Betreuer</p> <p>Bewegungsparcours in einem benachteiligten Wohngebiet</p>	<p>Modellprojekte nach dem Setting-Ansatz</p> <p>Anzahl Seniorenaktivplätze/ Bewegungsparcours</p>	<p>SenGesSoz / Sen Stadtentwicklung / Sen Inneres</p> <p>Bezirksämter (QPK / Sozialamt / Altenhilfekoordination)</p> <p>GKV</p> <p>Träger von Lebenswelten, z.B. Stadtteilzentren und Seniorenfreizeitstätten</p> <p>Zentrum für Bewegungsförderung</p> <p>Landessportbund / Sportvereine / Volkshochschulen</p> <p>Wohnungsbauunternehmen</p>
2.4	Strategien und Maßnahmen der Bewegungsförderung tragen zur Partizipation und sozialen Teilhabe für ältere Menschen bei	Stadtteilbegehungen	<p>Anwendung von Methoden der partizipativen Qualitätsentwicklung</p> <p>Arbeitshilfen für lokale Akteure</p> <p>Qualifizierungen</p>	<p>Dokumentation Modelle guter Praxis</p> <p>Schulungskonzepte</p>	<p>Bezirksämter (QPK / Sozialamt / Altenhilfekoordination)</p> <p>Landessportbund / Sportvereine</p> <p>Volkshochschulen</p> <p>Träger von Lebenswelten, z.B. Stadtteilzentren und Seniorenfreizeitstätten</p> <p>Einbeziehung von Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfer sowie ehrenamtlichen Strukturen</p>

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring, z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
2.5	Vorhandene Angebote der Bewegungsförderung unter Beteiligung der Zielgruppen niedrigschwellig und wohnortnah ausgestalten.	Projekt „Sport vor Ort“ Präventive Hausbesuche	Fachaustausch über gute Praxis Transparenz über Zahl und Art der Angebote im Sozialraum (LOR-Ebene)	Lokale Netzwerke mit dem Schwerpunkt Bewegungsförderung Angebote auf LOR-Ebene	Träger bewegungsfördernder Angebote, besonders: Landessportbund / Sportvereine / Volkshochschulen Stadtteilzentren Begegnungsstätten und Treffpunkte der freien Wohlfahrtspflege GKV Bezirksämter (QPK / Sozialamt / Altenhilfekoordination)
2.6	Die Qualitätssicherung und Gesundheitswirksamkeit der vorhandenen Angebote weiterentwickeln	Ausbildung von qualifizierten Anleitern	Qualifizierungskonzepte / Schulungen	Durchgeführte Qualifizierungsmaßnahmen	Zentrum für Bewegungsförderung Landessportbund/Sportvereine QPK Gesundheitswissenschaften, Sportmedizin

Handlungsfeld *Versorgung bei psychischen Erkrankungen (Schwerpunkt Demenz und Depression):*

3. Die gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker, älterer Menschen und ihrer Angehörigen fördern und adäquate Versorgungsstrukturen weiterentwickeln

Schwerpunkt Demenz

Kommentar:

Die Strategien und Umsetzungsschritte wurden, ausgehend von der 7. LGK 2010, in einem Fachaustausch mit den demenzfreundlichen Initiativen in den Bezirken sowie Akteuren auf Landesebene (u.a. Landesseniorenbeirat, Alzheimer-Gesellschaft Berlin, Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung, GKV) erarbeitet. Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung fungiert als vermittelnde Stelle zwischen den Initiativen und den Mitgliedern der LGK, um den Fachaustausch der Initiativen zu unterstützen und die Ergebnisse in den Steuerungsausschuss zu tragen und zu beraten. Die Ergebnisse sind in den Protokollen des Fachaustausches der Treffen der demenzfreundlichen Initiativen vom 17.2.2011 und 5.4.2011 festgehalten.

In der Umsetzungsstrategie soll besonders die Teilhabe von an Demenz erkrankten älteren Menschen berücksichtigt werden, deren Autonomie aufgrund fehlender familiärer oder sozialer Netzwerke und/oder geringer finanzieller Ressourcen besonderes gefährdet ist.

Ein Schwerpunkt wird auf die Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger gelegt, um sozialen (z.B. berufliche Situation, Freizeitmöglichkeit, soziale Kontakte) und gesundheitlichen Benachteiligungen vorzubeugen. Dabei sollte besonders die Situation von demenziell erkrankten Migrant/innen und ihren Angehörigen berücksichtigt werden.

Auf der 6. LGK 2009 wurden in dem Fachforum „Versorgung an Demenz erkrankter, älterer Menschen im Akut-Krankenhaus“ Eckpunkte benannt, die Grundlage der weiteren Beratung in der LGK sind (vgl. Dokumentation 6. LGK)

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
3.1	Das Wissen in der Bevölkerung über das Krankheitsbild Demenz fördern	Landesweite und bezirkliche Veranstaltungen, die über das Krankheitsbild und Unterstützungsstrukturen informieren	Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit der demenzfreundlichen Initiativen in den Bezirken	Anzahl und Format der Veranstaltungen Teilnehmer/innen	QPK (Psychiatriekoordination) Gerontopsychiatrisch-geriatrische Verbände Pflegestützpunkte Demenzfreundliche Initiativen in den Bezirken Alzheimer-Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen Initiative (AAI) SenGesSoz Projekt IdeM
3.2	Die Akzeptanz gegenüber an Demenz erkrankten Menschen fördern, um die soziale Teilhabe zu stärken	Orte und Anlässe gemeinsamer Begegnungen schaffen	Gute Praxis: Pilotprojekt „Lernen fürs Leben“ im Rahmen des Ethikunterrichts in die Fläche bringen	Gute Praxis - Konzept und Umsetzungsstrategie Anzahl beteiligte Schulen	Demenzfreundliche Initiativen Alzheimer-Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen Initiative (AAI) SenGesSoz Senatsverwaltung für Bildung / Bezirkliche Schulämter
3.3	Transparenz und Zugang zu den Angeboten ist verbessert und pflegende Angehörige finden in den Bezirken ein breit aufgestelltes Hilfsangebot	Transparenz über bestehende Strukturen und Angebote herstellen Beratungsangebote der Alzheimer - Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen-Initiative	Vernetzung der bestehenden Unterstützungsstrukturen und Beratungsstellen	Datenbank zu Angeboten nach §§ 45c und d SGB XI Datenbank Hilfelotse mit Einträgen zu weiteren wesentlichen Angebotsstrukturen und Angeboten	QPK Demenzfreundliche Initiativen Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung Pflegestützpunkte Alzheimer-Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen Initiative (AAI) SenGesSoz

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
3.4	Akteure auf Landesebene (z.B. Kammern, Krankenkassen, Unternehmen) werden in den Fachaustausch mit den bezirklichen Initiativen eingebunden, um Kooperationen auf der bezirklichen und lokalen Ebene zu fördern.	<p>Fachdialoge, um die lokale Vernetzung und Kooperation zu verbessern</p> <p>Modellprojekt „Schutzräume für Menschen mit Demenz“</p>	Einladung zentraler Akteure auf Landesebene in den Fachaustausch der Initiativen	Kooperationen und gemeinsame Initiativen	<p>Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung</p> <p>Demenzfreundliche Initiativen</p> <p>Alzheimer-Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen Initiative (AAI)</p> <p>Mitglieder LGK</p> <p>Unternehmen (z.B. BVG, Einzelhandel, Polizei, Wohnungsbau)</p>
3.5	Zentrale Akteure des öffentlichen Lebens im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen schulen	<p>Entwicklung akteursspezifischer Schulungskonzepte</p> <p>Bündelung von Schulungskonzepten und ihrer Umsetzung</p>	<p>Transparenz über Schulungskonzepte herstellen</p> <p>Anleitung zur Anwendung der Konzepte</p>	<p>Vorliegende Schulungskonzepte bzw. Mustercurricula</p> <p>Durchgeführte Schulungen</p> <p>Anzahl der geschulten Ehrenamtlichen im Rahmen geförderter niedrigschwelliger Angebote</p>	<p>Demenzfreundliche Initiativen</p> <p>Alzheimer-Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen Initiative (AAI)</p> <p>Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung</p>

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
3.6	Umsetzungskonzepte implementieren, um an Demenz erkrankte Menschen in Akutkrankenhäusern (und Rehabilitationseinrichtungen) bedarfsgerecht zu versorgen	Handlungsempfehlungen für eine Initiative „demenzfreundliches Krankenhaus“	<p>Transparenz und Austausch über Umsetzungskonzepte herstellen</p> <p>Transfer auf Rehabilitations-einrichtungen prüfen</p> <p>Durchführung eines „PreScreenings Demenz“ in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und auf den Stationen</p> <p>Implementierung eines Demenz-beauftragten im Krankenhaus</p> <p>Erstellung von stationären Behandlungskonzepten zum Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen incl. demenzsensibler Maßnahmen</p>	Umsetzungskonzepte in Akut-Krankenhäusern	<p>Akteure des Fachaustausches auf der 6. LGK 2009</p> <p>Berliner Krankenhaus-gesellschaft/Krankenhäuser</p> <p>GKV</p>

Schwerpunkt Depression

Kommentar:

Strategien und Maßnahmen wurden auf Basis der Fachforen der 7. LGK sowie eines Fachgespräches unter Federführung der Psychotherapeutenkammer Berlin und Ärztekammer Berlin entwickelt. Dabei wurde an die Diskussionen zur geriatrischen Versorgung auf der 6. und 7. LGK und das Geriatriekonzept der Ärztekammer Berlin angeknüpft. Der Fachdialog soll weitergeführt werden. Von der AG wird empfohlen, die Aktivitäten unter dem Dach der LGK dazu zu nutzen, die Arbeit des Berliner Bündnisses gegen Depression zu unterstützen.

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung, z.B.	Monitoring, z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
3.7	Das Wissen über depressive Erkrankungen im Alter, insbesondere über Schutzfaktoren, (Prävention) fördern	Öffentliche Veranstaltungen in Settings, die von (älteren) Menschen aufgesucht werden	Organisation von Veranstaltungen Unterstützung der Arbeit des Berliner Bündnis gegen Depression	Durchführung und Dokumentation der Veranstaltungen	Berliner Bündnis gegen Depression Psychotherapeutenkammer / Ärztekammer Berlin Träger von Lebenswelten
3.8	Früherkennung depressiver Erkrankungen sowie Zugang und Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten für depressive älterer Menschen verbessern	Erprobung neuer Kooperationsformen zwischen ambulanter medizinischer Versorgung und Psychotherapie Fortbildungen für Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen (Screeninginstrument u.ä.) Aufbau eines Case-Managements im Rahmen von Verträgen der Integrierten Versorgung	Fortführung des Fachdialoges (z.B. Psychotherapie bei chronischen Erkrankungen) Vorhandene Fortbildungen prüfen und weiterentwickeln Psychotherapeutische Angebote sind wohnortnah zugänglich	Handlungsempfehlungen zu neuen Kooperationsformen Fortbildungskonzepte und durchgeführte Schulungen Verteilung psychotherapeutischer Praxen in Berlin IV-Verträge nach § 140a SGB V	Psychotherapeutenkammer / Ärztekammer Berlin Kassenärztliche Vereinigung GKV SenGesSoz BKG

Handlungsfeld **Sucht im Alter:**

4. „Sucht im Alter vorbeugen“

Kommentar:

Die Fachtagung „Sucht im Alter vorbeugen“, die gemeinsam von der Fachstelle für Suchtprävention, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und der Ärztekammer Berlin am 14.05.2013 durchgeführt wurde, hat die Bedeutung von Sucht und Suchtrisiken im höheren Lebensalter verdeutlicht. Geschätzt sind bundesweit bis zu 400.000 ältere Menschen von einem Alkoholproblem betroffen. Gemäß einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) schätzen Pflegekräfte, dass derzeit zirka 14 Prozent der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Fachtagung, die eine Anbindung des Themas an die Gesundheitsziele

einschließen, werden auf Beschluss der Leitungsrunde in die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele einbezogen. Dabei bindet die Fachstelle vorhandene fachspezifische Arbeitsstrukturen mit ein, wie zum Beispiel die Initiative Medikamente, die bei der Fachstelle für Suchtprävention angesiedelt ist und Akteure aus Verwaltungen, Versorgung, Sucht- und Altenhilfesystem bündelt.

Schwerpunkt der Betrachtung im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz liegt auf Gesundheitsförderung und Primärprävention von Suchtrisiken (insbesondere sogenannte late-onset Sucht). Risikofaktoren in diesem Zusammenhang sind u.a. zunehmende chronische Erkrankungen, Multimorbidität, psychische Probleme/Erkrankungen, zunehmende Einsamkeit, Verlusterfahrungen, soziale Isolation, Verlust von Tagesstruktur z.B. am Übergang in den Ruhestand, Belastungen im Berufsleben, Arbeitslosigkeit, Altersarmut.

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
	Sensibilisierung/Öffentlichkeitsarbeit				
4.1	Das Wissen bei Politik und Entscheidungsträger/innen zum Thema „Sucht im Alter vorbeugen“ ist erhöht	Einbindung des Themas in Fachveranstaltungen und Publikationen, Erstellen von spezifischen Informationsmaterialien	Einladung von Referent/innen und Einbindung von Fragestellungen in Veranstaltungskonzepte	Thema wird in Konzepten, auf Fachtagungen und Gremien sichtbar berücksichtigt	Fachstelle für Suchtprävention, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung / Akteure der Landesgesundheitskonferenz / SenGeSoz / Bezirke
4.2	Das Wissen in der Öffentlichkeit für das Thema „Sucht im Alter vorbeugen“ ist erhöht (insbesondere Bürger/innen, Angehörige, Stadtteil/ Nachbarschaft, Seniorenvertretungen/Multiplikator/innen /Quartiersmanagement) – Setting Kommune – dabei wird vorhandenes Wissen zu Gender- und Diversityaspekten der Suchtgefährdung explizit einbezogen	Einbindung des Themas in öffentliche Veranstaltungen in Settings, die von (älteren) Menschen aufgesucht werden / Medien/Publikationen (Zeitschriften / Bezirksblätter, Infoblätter)	Informationen an Multiplikator/innen z.B. auch von Bewegungsangeboten, Veranstaltungsorganisatoren	Rücklauf auf Kontakt –und Beratungsangebote Statistiken von Einrichtungen zur Nutzung Anfragen von Expertise Teilnahme an Veranstaltungen Präsenz des Themas in Gremien	Fachstelle für Suchtprävention, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung QPK's, Bezirke, SenGeSoz
	Qualifizierung und Information in den Versorgungseinrichtungen				
4.3	Das Wissen professioneller Akteure des Versorgungssystems über das Risikogeschehen sowie über Hilfesysteme und geeignete Maßnahmen ist erhöht (Ärztenschaft/Apotheken/Krankenhäuser/Pflegeeinrichtungen und -dienste)	Informationsangebote werden entwickelt und verbreitet, Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote lokaler und professioneller Akteure	Fachveranstaltungen, Fortbildungsveranstaltungen, Fachartikel / Printmedien	Fachtagungen werden angeboten Teilnehmerzahlen an Fortbildungen Verankerung des Themas in Curricula	Ärztammer, Fachstelle für Suchtprävention, Suchthilfekoordinatoren, Hochschulen, Lageso

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
4.4	Transparenz über und Zugang zu Unterstützungsangeboten ist verbessert	Kooperationen zwischen Professionellen ausbauen, zielgruppenspezifische Angebote für ältere Menschen und ihre SenGesSoz Angehörigen hinsichtlich late-onset Sucht entwickeln und verbreiten	Vernetzung von bestehenden Unterstützungsstrukturen – insbesondere zwischen Sucht- und Altenhilfe, Entwicklung von (zielgruppen-spezifischen) Handreichungen, Information von Multiplikator/innen	Inanspruchnahme von Angeboten steigt	Bezirkliche Suchthilfekordinator/innen / QPK's Fachstelle für Suchtprävention / Suchthilfesystem
4.5	Das Thema Sucht im Alter ist in lokalen Netzwerken wie z.B. gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbänden, Pflegestützpunkten etc. präsent	s.o. 4.1./4.2.		Qualitätszirkel, Feedbackrunden Einbindung in Gremien, gegenseitige Vernetzung Kooperationsvereinbarungen	Fachstelle für Suchtprävention, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, QPK's, GKV'en Suchthilfesystem
	Suchtprävention in Settingprojekten verankern / Qualitätsentwicklung				
4.6	Berücksichtigung Suchtprävention als Querschnittsthema in gesundheitsfördernden Settingprojekten ist verstärkt (Schnittstellen Stadtteil, Betriebe, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung/Pflege) → im Sinne eines nachhaltigen und langfristigen Ansatzes – einschließlich Gender- und Diversityaspekte	Einbindung des Themas in BGF/BGM Konzepte, Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der Sozial- und Gesundheitsberufe, sowie des Überganges in den Ruhestand	Präsentation guter Praxis z.B. BGM in Gesundheitsberufen	Verankerung in Konzepten	Professionelle, die Gesundheitsförderung im Setting sowie BGF/BGM konzipieren und umsetzen / GKV'en, Fachstelle für Suchtprävention, IHK, BKG Suchthilfesystem...