

Gesundheitsziel
„Selbständigkeit und Lebens-
qualität im Alter erhalten“

Zielematrix der Landesgesundheitskonferenz
Berlin zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Zielematrix der Landesgesundheitskonferenz Berlin zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“

(Beschlossen im Steuerungsausschuss der LGK am 14. Juni 2011, in der Leitungsrunde der LGK am 16.12.2014, 14.10.2016, 15.11.2017 und 07.11.2018)

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 im Jahr 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 Strategie 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 Landesseniorenbeirat 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?

Im Jahr 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 Gesundheitszielprozesses übertragen. Im Jahr 2018 wurde die Zielmatrix um Ziele und Maßnahmen für Menschen in stationären Einrichtungen ergänzt (vgl. Beschluss 5/2018).

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

¹ Die Rahmenstrategie und weitere Unterlagen des Dialogprozesses sind online abrufbar unter 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.

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 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 settingbezogene 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.

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

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, Mundgesundheit 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.
5. Die zahnmedizinische Prävention und Versorgung bei älteren Menschen mit und ohne Pflegebedarf ist gestärkt

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 sozillagenbezogene 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 niedrighschwellige 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 besonderem 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/Mitteinwohner e.V.</p> <p>Arbeitshilfen „Gesund und aktiv älter werden“</p>	<p>Darstellung und Fachaus-tausch 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>Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung/Senatsverwaltung für Stadtentwicklung/Bezirke (Gesundheitsamt, Sozialamt, QPK)/Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege</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 ehrenamtlichen 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>

Nr.	Strategien	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit/Einbindung
1.3	Das Wissen über niedrigschwellige Zugangswege für Zielgruppen mit hohen Präventionspotenzialen fördern	<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, Pflege und Gleichstellung</p> <p>Senatsverwaltung für Inneres und Sport</p> <p>Bezirke (QPK und Gesunde-Städte Netzwerk)</p> <p>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Gesundheit Berlin Brandenburg/Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung</p> <p>Stadtteileinrichtungen, Beratungs- und Anlaufstellen, Freie Träger</p>
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, Pflege und Gleichstellung/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>

Nr.	Strategien	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit/Einbindung
1.5	Ganzheitlich angelegte gesundheitsförderliche Ansätze verstärkt in bestehende Konzepte der stationären (Pflege-)Einrichtungen integrieren	<p>Gesundheitsförderliche Ansätze (Schaffung vielfältiger, sinnstiftender und an individuellen Bedarfen orientierter tagesgestaltender Angebote) und pflegerische Versorgung durch gezielte Organisationsentwicklung miteinander abstimmen</p> <p>Förderung des aktiven Kennenlernens der Nachbarschaft und Öffnung von Pflegeheimen in den Sozialraum durch Aufbau von Kooperationen mit lokalen Partnerinnen und Partnern (z. B. halböffentliche Cafés, gemeinsame Ausflüge mit der Nachbarschaft etc.)⁴</p> <p>Partizipation der Bewohnenden an der Entwicklung der Angebotsstruktur stärken (z. B. über Heimbeiräte, aktivierende Befragungen, Biografiearbeit, Einbeziehung von Angehörigen oder Rechtlichen Betreuenden)</p>		<p>Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit einem Steuerungsgremium, das sich mit der Prävention und Gesundheitsförderung der Bewohnenden befasst, ist erhöht</p> <p>Gestiegene Anzahl von Kooperationen</p>	<p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Pflegekassen</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Pflegekassen/Bezirksämter (QPK und Altenhilfekoordination)/Mobilitätshilfedienste/SenStadtWohn/Quartiersmanagements/ SenIAS/Kontaktstellen Pflege-Engagement/Freiwilligenbörsen/</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Pflegekassen/Bezirksämter (QPK und Altenhilfekoordination)/ Mobilitätshilfedienste/SenStadtWohn/ Quartiersmanagements/ SenIAS/Kontaktstellen PflegeEngagement/Freiwilligenbörsen/</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/ Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Pflegekassen/Heimbeiräte/ Bezirkliche Seniorenvertretungen/BIVA-Pflegeschatzbund</p>

⁴ Vgl. etwa die Empfehlungen für die Praxis in: Prof. Josefine Heusinger et al: „Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern“, 2015, S. 87 ff., unter <https://www.zqp.de/portfolio/studie-geschlechtsspezifische-pflege/>

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 selbst 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>Bewegungsförderung als integralen Bestandteil des Versorgungsalltags unter Berücksichtigung der Heterogenität der Bewohnerschaft implementieren/Transfer erprobter Ansätze und Maßnahmen⁵ unter Berücksichtigung vorhandener Berliner Strukturen, Akteure sowie Netzwerke</p>	<p>Veranstaltungen</p> <p>Individuelle Beratung</p> <p>Informationsbroschüren</p> <p>Kampagnen</p>	<p>Dokumentation Modelle guter Praxis</p> <p>Teilnehmende Veranstaltungen</p> <p>Dokumentationen, Informationsbroschüren</p> <p>Qualifizierungsveranstaltungen</p> <p>Bewegungsförderung ist explizit in Konzepten der Pflegeeinrichtungen ausgewiesen und wird umgesetzt/Steigende Zahl von Pflegeeinrichtungen, die über interne Austauschmöglichkeiten der Pflegekräfte zu bewegungsförderlichen Angeboten verfügen</p>	<p>Zentrum für Bewegungsförderung Landessportbund/Bezirkssportbünde/Sportvereine (häufig i.V.m. Arbeitskreis Berliner Senioren (ABS))</p> <p>Haus- und Fachärztinnen und -ärzte</p> <p>Volkshochschulen GKV</p> <p>Bezirksämter (QPK/Sozialamt/Altenhilfekoordination)</p> <p>Beratungsstrukturen (z.B. Pflegestützpunkte)</p> <p>Träger von Lebenswelten, z.B. Stadtteilzentren und Seniorenfreizeitstätten</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und -verbände/ LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Pflegekassen/SenGPG/SenInnSport</p>

⁵ Vgl. beispielsweise Übersicht der bewegungsfördernden Interventionen unter <https://www.zgp.de/portfolio/uebersicht-bewegungsfoerderung>

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring, z.B.	Zuständigkeit/Einbindung
2.2	Strategien und Maßnahmen der Bewegungsförderung tragen zum Aufbau sozialer Netzwerke für ältere Menschen bei	<p>Sportgruppen</p> <p>Spaziergangsgruppen</p> <p>Aufbau von bewegungsförderlichen Kooperationen mit lokalen Partnerinnen und Partnern aus dem Sozialraum</p>	Modelle guter Praxis bekannt machen und den Transfer in die Bezirke unterstützen	<p>Dokumentation Modelle guter Praxis</p> <p>Anzahl entsprechender Kooperationen</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> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/ Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege /Pflegekassen/Mobilitätshilfedienste/SenIAS/Landessportbund</p>
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, Setting Pflegeeinrichtung)</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>Betreuter Bewegungsparcours in einem benachteiligten Wohngebiet</p>	<p>Modellprojekte nach dem Setting-Ansatz</p> <p>Anzahl Seniorenaktivplätze/ Bewegungsparcours</p>	<p>Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung/ Senatsverwaltung für Stadtentwicklung/Senatsverwaltung für Inneres und Sport</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Pflegekassen</p> <p>Bezirksämter (QPK/Sozialamt/Altenhilfekoordination)</p>

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring, z.B.	Zuständigkeit/Einbindung
					<p>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)</p> <p>Träger von Lebenswelten, z.B. Stadtteilzentren und Seniorenfreizeitstätten</p> <p>Zentrum für Bewegungsförderung</p> <p>Landessportbund/Sportvereine /Volks-hochschulen</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 Volks-hochschulen</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
2.6	Die Qualitätssicherung und Gesundheitswirksamkeit der vorhandenen Angebote weiterentwickeln	Aus- bzw. Fortbildung von qualifizierten Anleitenden für die heterogene Zielgruppe Älterer einschließlich Menschen in stationären Einrichtungen	Qualifizierungskonzepte / Schulungen z. B. für Pflege- und Betreuungskräfte, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Mitarbeitende in Stadtteilzentren und Seniorenbegegnungsstätten	Durchgeführte Qualifizierungsmaßnahmen	Zentrum für Bewegungsförderung Gesetzliche Landessportbund/Sportvereine Krankenversicherung (GKV) Bezirksämter (QPK) Bezirksämter (QPK/Sozialamt/ Altenhilfskoordinatoren) Gesundheitswissenschaften, Sportmedizin Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Altenpflegesschulen/SenBJF/Pflegekassen

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 Teilnehmende	QPK (Psychiatriekoordination)/Geriatrisch-Gerontopsychiatrische Verbände/ Pflegestützpunkte Demenzfreundliche Initiativen in den Bezirken Alzheimer-Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen Initiative (AAI) Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
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) Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung/Senatsverwaltung für Bildung/Bezirkliche Schulämter

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit/Einbindung
3.3	Transparenz und Zugang zu den Angeboten ist verbessert und pflegende Angehörige finden in den Bezirken ein breit aufgestelltes Hilfsangebot	<p>Transparenz über bestehende Strukturen und Angebote herstellen</p> <p>Beratungsangebote der Alzheimer - Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen-Initiative</p>	Vernetzung der bestehenden Unterstützungsstrukturen und Beratungsstellen	<p>Datenbank zu Angeboten nach §§ 45c und d SGB XI</p> <p>Datenbank Hilfelotse mit Einträgen zu weiteren wesentlichen Angebotsstrukturen und Angeboten</p>	<p>Bezirksämter (QPK)</p> <p>Demenzfreundliche Initiativen</p> <p>Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung</p> <p>Pflegestützpunkte</p> <p>Alzheimer-Gesellschaft Berlin und Alzheimer-Angehörigen Initiative (AAI)</p> <p>Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung</p>
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>LGK-Mitglieder</p> <p>Unternehmen (z.B. BVG, Einzelhandel, Polizei, Wohnungsbau)</p>

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit/Einbindung
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>
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 Rehabilitationseinrichtungen prüfen</p> <p>Durchführung eines „PreScreenings Demenz“ in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und auf den Stationen</p> <p>Implementierung eines Demenzbeauftragten im Krankenhaus</p> <p>Erstellung von stationären Behandlungskonzepten zum Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen incl. demenzsensibler Maßnahmen</p>	Umsetzungskonzepte in Akutkrankenhäusern	<p>Akteure des Fachaustausches auf der 6. LGK 2009</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Krankenhäuser</p> <p>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)</p>

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit/Einbindung
3.7	Umsetzungskonzepte verstärkt implementieren, um an Demenz erkrankte Menschen in stationären (Pflege-)Einrichtungen bedarfsgerecht zu versorgen	<p>Verstärkte Integration von spezifischen Konzepten für Menschen mit Demenz in die Arbeit der Einrichtungen bzw. Überprüfung der bestehenden Angebotsstruktur auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz</p> <p>Ausbau des Bestands der Wohngruppen für Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium</p> <p>Öffnung der Pflegeheime ins Quartier (z. B. Alzheimer-Salons mit Anwohnerinnen und Anwohnern)</p>		<p>Erhöhte Anzahl von pflegerischen Demenz-Ansätzen in den Konzepten der Pflege-Einrichtungen</p> <p>Gestiegene Anzahl der Wohngruppen für Menschen mit Demenz</p> <p>Anzahl von Angeboten, die Dritten offenstehen</p>	<p>Berliner Krankenhausgesellschaft/ Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Pflegekassen</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/ Pflegeheimträger und -verbände/ LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Demenzfreundliche Initiativen der Bezirke/Alzheimer Gesellschaft Berlin/Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales/Kontaktstellen Pflege-Engagement/Quartiersmanagement/Pflegekassen</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
3.8	Das Wissen über depressive Erkrankungen im Alter, insbesondere über Schutzfaktoren, (Prävention) fördern	Öffentliche Veranstaltungen in Settings, die von (älteren) Menschen <i>aufgesucht</i> werden Öffentliche Veranstaltungen in Settings (Pflegeeinrichtungen, Heime für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe etc.), die von älteren Menschen <i>bewohnt</i> 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 Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Pflegestützpunkte/Geriatriisch-Gerontopsychiatrische Verbände

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung, z.B.	Monitoring, z.B.	Zuständigkeit / Einbindung
3.9	Früherkennung depressiver Erkrankungen sowie Zugang zu und Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten für depressive älterer Menschen verbessern (sowohl in der eigenen Häuslichkeit als auch in stationären Pflegeeinrichtungen)	<p>Erprobung neuer Kooperationsformen zwischen ambulanter medizinischer Versorgung und Psychotherapie</p> <p>Fortbildungen für Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen (Screeninginstrument u.ä.) sowie Pflegekräfte (Sensibilisierung, Lotsenfunktion)</p> <p>Aufbau eines Case- Managements im Rahmen von Verträgen der Integrierten Versorgung</p> <p>Stärkung der kontinuierlich arbeitenden aufsuchenden Psychotherapie durch Klärung der juristischen Voraussetzungen</p> <p>Angemessene Rahmenbedingungen für Psychotherapie und psychosoziale Versorgung in stationären Einrichtungen (z. B. geeignete Räumlichkeiten, Entstigmatisierung etc.)</p>	<p>Fortführung des Fachdialoges (z.B. Psychotherapie bei chronischen Erkrankungen)</p> <p>Vorhandene Fortbildungen prüfen und weiterentwickeln</p> <p>Psychotherapeutische Angebote sind wohnortnah und barrierefrei zugänglich</p>	<p>Handlungsempfehlungen zu neuen Kooperationsformen</p> <p>Fortbildungskonzepte und durchgeführte Schulungen</p> <p>Verteilung psychotherapeutischer Praxen in Berlin</p> <p>IV-Verträge nach § 140a SGB V</p> <p>Anzahl von Pflegeeinrichtungen, in denen Psychotherapie angeboten wird</p> <p>Zahl der entsprechenden Behandlungsräume in Pflegeeinrichtungen</p>	<p>Psychotherapeutenkammer/Ärzttekammer Berlin</p> <p>Kassenärztliche Vereinigung</p> <p>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)</p> <p>Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung</p> <p>Berliner Krankenhaus-gesellschaft</p> <p>Psychotherapeutenkammer/Kassenärztliche Vereinigung</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Psychotherapeutenkammer</p>

Handlungsfeld Sucht im Alter:

4. „Sucht im Alter vorbeugen“

Kommentar:

Die Fachtagung „Sucht im Alter vorbeugen“, die gemeinsam von 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, Verlustererfahrungen, 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
	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 und wird weiter entwickelt entsprechend des aktuellen Forschungsstandes (Ärzteschaft/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	Ärzttekammer/Fachstelle für Suchtprävention/Bezirkliche Suchthilfekoordination/Hochschulen/LaGeSo/Pflegeheimträger und -verbände/Berliner Krankenhausgesellschaft/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Kassenärztliche Vereinigung
4.4	Transparenz über und Zugang zu Unterstützungsangeboten ist verbessert	Kooperationen zwischen Professionellen ausbauen zielgruppenspezifische Angebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen hinsichtlich late-onset Sucht entwickeln und verbreiten	Vernetzung von bestehenden Unterstützungsstrukturen – insbesondere zwischen Sucht- und Altenhilfe, Entwicklung von (zielgruppenspezifischen) Handreichungen, Information von Multiplikator/innen Aufsuchende Angebote (u.a. Beratung) in Pflegeeinrichtungen	Inanspruchnahme von Angeboten steigt	Bezirkliche Suchthilfekoordination/Bezirksämter (QPK)/Fachstelle für Suchtprävention / Suchthilfesystem Fachstelle für Suchtprävention/ Suchthilfesystem/Pflegeheimträger und verbände/Berliner Krankenhausgesellschaft/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege

Nr.	Strategie	Beispiele Maßnahmen	Umsetzung z.B.	Monitoring z.B.	Zuständigkeit/Einbindung
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/Bezirksämter (QPK)/Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Suchthilfesystem/Pflegeheimträger und -verbände/Berliner Krankenhausgesellschaft/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege
	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/Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/ Fachstelle für Suchtprävention/ IHK/Suchthilfesystem/Pflegeheimträger und -verbände/Berliner Krankenhausgesellschaft/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege

Handlungsfeld Mundgesundheit im Alter

5. „Die zahnmedizinische Prävention und Versorgung bei älteren Menschen mit und ohne Pflegebedarf ist gestärkt“

Kommentar:

Ausgangslage

Eine gute Mundgesundheit ist auch im hohen Alter die Basis für Gesundheit und Lebensqualität. Kommunikation, Nahrungsaufnahme und soziale Kontakte sind ohne einen gesunden Mund und ein funktionstüchtiges Gebiss nur eingeschränkt möglich. Viele Studien belegen zudem eine enge Symbiose zwischen Mundgesundheit und zahlreichen systemischen Erkrankungen, z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungenerkrankungen und Pneumonien.⁶ Konsens ist heute, dass nur durch eine regelmäßige gute Mundhygiene nachhaltige präventive Erfolge gewährleistet werden können, wozu neben einer ausgewogenen Ernährung, einer gewissenhaften Zahnpflege und dem Vermeiden zahnschädlicher Verhaltensweisen auch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen in der Zahnarztpraxis zählen. Aus unterschiedlichen Gründen wie mangelnder Mobilität, fehlendem Problembewusstsein, kognitiven Einschränkungen oder aufgrund von Allgemeinerkrankungen nehmen jedoch gerade ältere Menschen wesentlich seltener als Jüngere zahnärztliche Behandlungen in Anspruch. Bei älteren Berlinerinnen und Berlinern ab 50 Jahren hat die zahnärztliche Inanspruchnahme zwischen 2012 und 2016 um ca. 10 Prozentpunkte abgenommen.⁷ Zudem fällt auf, dass dem Thema Mundgesundheit im Alter in der Bevölkerung allgemein und auch in den Pflegeeinrichtungen im Speziellen noch zu wenig Bedeutung beigemessen wird, u. a. aufgrund von Scham aufseiten der älteren Menschen selbst und ihren Angehörigen sowie aufgrund von Berührungängsten mit dem Thema aufseiten des Pflegepersonals.

Spezifische Zielgruppen

Gerade für Zielgruppen, die die Mundhygiene nicht mehr eigenständig durchführen können oder denen das Aufsuchen einer Zahnärztin bzw. eines Zahnarztes nicht mehr möglich ist, braucht es alternative Lösungen. Zwar kann noch jeder zweite ältere Mensch über 75 Jahren uneingeschränkt zahnmedizinisch behandelt werden, aber nur noch nur 17,5 Prozent der Älteren über 75 Jahren mit Pflegebedarf. Zudem benötigt ein knappes Drittel dieser Altersgruppe mit Pflegebedarf Hilfe bei der Mundhygiene. Mehr als die Hälfte der über 75-Jährigen sind komplett zahnlos und knapp zwei Drittel leiden unter Zahnfleischbluten.⁸ Auch demenziell erkrankte ältere Männer und Frauen stellen eine besondere Risikogruppe dar,⁹ da die

⁶ Vgl. etwa Deschner J. et al.: Diabetes mellitus und Parodontitis, *Der Internist*. 2011; 52(4): 466–477; Kreissl M. et al: Mundgesundheit und Pneumonie. *Quintessenz*. 2008; 59:1089-1096; Paquette D. et al: Cardiovascular disease, inflammation and periodontal infection. *Periodontol 2000*. 2007;44:133-126; Raghavendran K. et al: Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia, *Periodontol 2000*. 2007; 44:164-177.

⁷ Vgl. Präsentation Prof. Nitschke Fachgespräch „Mundgesundheit im Alter“, 21. Juni 2017 (auf Anfrage über die Fachstelle verfügbar).

⁸ Vgl. Institut der Deutschen Zahnärzte 2016: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf.

⁹ Vgl. ZQP-Themen-Ratgeber Mundgesundheit 2013: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Ratgeber_Mundgesundheit.pdf.

Alltagsfähigkeiten und somit die Fähigkeiten zum eigenständigen Zähneputzen mit fortschreitender Erkrankung immer weiter abnehmen.

Rahmenbedingungen

Die Bedeutung des Handlungsfeldes wurde bereits bundesweit erkannt und Mundgesundheit als Teilziel 5 des Nationalen Gesundheitszieles „Gesund älter werden“ verabschiedet.¹⁰ Auch in anderen Bundesländern wurden verschiedene Prozesse initiiert und Maßnahmen ergriffen (z. B. Entwicklung der Brandenburger „Empfehlungen zur zahnmedizinischen Versorgung und Mundpflege bei älteren Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen“). Zudem ermöglichen verschiedene gesetzliche Neuregelungen optimierte Strukturen der zahnärztlichen Versorgung älterer Menschen, z. B. Vergütungsmöglichkeiten für aufsuchende Betreuung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, 2013) und Kooperationsverträge von Zahnärztinnen und Zahnärzten mit Pflegeeinrichtungen (Pflege-Neuausrichtungsgesetz, 2014). Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz, 2015) wurden die Pflegekassen beauftragt, Leistungen zur Prävention in teil- oder vollstationären Einrichtungen zu erbringen. Doch ein Blick auf die bundesweite Quote von unter 20 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen, die bundesweit durch aufsuchende zahnärztliche Versorgung abgedeckt sind, zeigt: für eine breite Abdeckung muss noch viel getan werden. In Berlin sind immerhin bereits mit einem guten Drittel der ca. 400 stationären Einrichtungen Kooperationsverträge geschlossen worden (KZV Berlin, Stand: 31.03.2017). Auch die zahnärztliche Inanspruchnahme in Form der aufsuchenden Betreuung ist in Berlin bei Menschen über 65 Jahren seit der Einführung im Jahr 2013 gestiegen: 2016 nahmen immerhin ein Fünftel der Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren Pflegebedürftigen die Leistungen einer aufsuchenden Betreuung durch den Zahnarzt in Anspruch.

Handlungsbedarf

Um den konkreten Handlungsbedarf in Berlin festzustellen sowie geeignete Ziele und Maßnahmen zu entwickeln, wurde am 21. Juni 2017 im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz ein Fachgespräch durchgeführt. In diesem Zuge wurden folgende Handlungsbedarfe benannt:

- Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen intensiver über eine zahnärztliche Kooperation informiert werden.
- Zahnmedizinische Versorgung muss in stationären Pflegeeinrichtungen stärker ausgebaut werden.
- Ambulante Pflegedienste müssen für Mundgesundheit sensibilisiert und über zahnärztliche aufsuchende Betreuung informiert werden.
- Zusammenarbeit zwischen Zahnärztinnen und -ärzten und ambulanten Pflegediensten muss gestärkt werden.
- Betroffene, Angehörige und Betreuerinnen/Betreuer müssen über zahnärztliche aufsuchende Betreuung informiert werden.
- Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und Fachärztinnen und -ärzte ohne zahnmedizinische Spezialisierung müssen für die Beurteilung des Mundgesundheitszustands ihrer Patientinnen und Patienten sensibilisiert bzw. befähigt werden; Vermittlung an die Zahnärztinnen und -ärzte muss sichergestellt werden.

¹⁰ Vgl. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de: Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden 2012, S. 54 ff.: http://gesundheitsziele.de//cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf.

Weitere Bedarfe, die artikuliert wurden, bezogen sich auf Rahmenbedingungen, die auf Berliner Ebene nur eingeschränkt zu ändern sind. Hierzu zählen etwa der Personalmangel und Zeitdruck in der Pflege; beide Faktoren erschweren es den Pflegekräften, der Mundhygiene der Pflegebedürftigen ausreichend Zeit zu widmen. Darüber hinaus wurden aber zahlreiche Teilziele und Maßnahmen benannt, die auf Landesebene umgesetzt werden können. Auf Basis dieser fachlichen Rückmeldungen wurde von den Initiatoren des Fachgesprächs – Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung sowie Zahnärztekammer Berlin – die vorliegende Ziele-Matrix entwickelt, die mit den Teilnehmenden des Fachgesprächs abgestimmt und durch die LGK-Leitungsrunde am 15.11.2017 beschlossen wurde. Eine Bilanz zum Grad der Zielerreichung im Handlungsfeld soll zum Ablauf der Legislaturperiode im Jahr 2021 gezogen werden.

Nr.	Teilziel	Maßnahmenempfehlung	Indikatoren für ein Monitoring	Relevante Akteurinnen und Akteure
5.1	Der Mundgesundheitszustand von älteren Menschen mit Pflegebedarf ist erhalten und nachhaltig verbessert.	<p>Berücksichtigung der zahnärztlichen Expertise bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf Grundlage der bestehenden Regelungen und unter Einbeziehung der relevanten Akteure</p> <p>Verankerung der Mundgesundheit als eigenständiges Kriterium bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Nichtversicherten durch die bezirklichen Dienste (Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und Aids sowie den Sozialpsychiatrischen Diensten)</p> <p>Zahnmedizinische Eingangsunteruchung (Mundhygiene- und Zahnstatus) von Klientinnen und Klienten, die in Pflegeheime aufgenommen werden, binnen acht Wochen nach Aufnahme</p>	<p>Zahnärztliche Expertise in der Praxis der Pflegebegutachtung des MDK vertreten</p> <p>Aufführung der „Mundgesundheit“ als eigenständiges Kriterium/Thema bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit</p> <p>Aufnahmeuntersuchung wird in Qualitätsstandards der Pflegeeinrichtungen aufgenommen</p>	<p>Gesetzliche Krankenversicherungen (GKV)/MDK Berlin-Brandenburg/Kassen-zahnärztliche Vereinigung (KZV)/Zahnärztekammer (ZÄK)</p> <p>Sozial- und Gesundheitsämter der Bezirke</p> <p>Berliner Krankenhausgesellschaft/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege/KZV/Pflegeheimträger und -verbände/Pflegekassen</p>
5.2	Mundgesundheits-Kompetenzen bei Multiplikatoren, älteren Menschen und deren Angehörigen sind ausgebaut. In diesem Rahmen ist auch der enge Zusammenhang von Mundgesundheit und systemischen Erkrankungen verstärkt bekannt gemacht.	<p>Sensibilisierung der Multiplikatoren in der pflegebezogenen Beratungslandschaft für das Thema Mundgesundheit, dessen Relevanz und die Bedeutung präventiver Maßnahmen (zahnbewusste Ernährung, regelmäßige zahnärztliche Kontrolle etc.)</p> <p>Aufnahme des Themas Mundgesundheit in Fortbildungen für Rechtliche Betreuerinnen und -Betreuer</p>	<p>Anzahl entsprechender Schulungen bzw. Verbreitung von Informationsmaterialien</p> <p>Anzahl entsprechender Schulungen</p>	<p>Alzheimer-Gesellschaft Berlin/Fachstelle für pflegende Angehörige/Kontaktstellen Pflege-Engagement/Pflegestützpunkte/SEKIS/Seniorenvertretungen/ZÄK</p> <p>Berufsverbände der rechtlichen Betreuer/Betreuungsvereine/ZÄK</p>

Nr.	Teilziel	Maßnahmenempfehlung	Indikatoren für ein Monitoring	Relevante Akteurinnen und Akteure
		<p>Integration des Themas Mundgesundheit in bestehende Angebote für pflegende Angehörige bzw. Entwicklung neuer Angebote zum Thema Mundgesundheit (z. B. Themenblatt „Mundgesundheit“ bei PfiFF-Programm)</p> <p>Sensibilisierung Älterer ohne Pflegebedarf für das Thema Mundgesundheit – auch bzgl. der Wechselwirkungen von Medikamenten, Mundtrockenheit und Multimedikation – in seniorenbezogenen Settings (z. B. Seniorenbegegnungstätten, Kirchengemeinden, Stadtteilzentren) und über Besuchskommissionen</p>	<p>Anzahl an Angeboten zum Thema Mundgesundheit für pflegende Angehörige</p> <p>Anzahl entsprechender Informationsveranstaltungen bzw. -materialien</p>	<p>Alzheimer Gesellschaft Berlin/Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Pflegeversicherungen/Pflegestützpunkte</p> <p>Bezirke (QPK und Abteilung Soziales)/Träger der Stadtteilzentren/ ZÄK</p>
5.3	<p>Mundgesundheits-Kompetenzen des Personals in der Pflege und der ambulanten medizinischen Versorgung sind ausgebaut. In diesem Rahmen ist auch der enge Zusammenhang von Mundgesundheit und systemischen Erkrankungen verstärkt bekannt gemacht.</p>	<p>Stärkung mundgesundheitsbezogener Praxisphasen und interdisziplinärer Ausrichtung in der Ausbildung des Pflegepersonals (z. B. analog zum Projekt „Azubiss“¹¹/ZÄK Sachsen-Anhalt)</p> <p>Stärkere Verankerung des Themas Mundgesundheit in Fortbildungen für Pflegepersonal</p>	<p>Verankerung des Themas Mundgesundheit im Alter und Ergänzung von Praxisphasen in Curricula</p> <p>Anzahl durchgeführter Fortbildungen zum Thema Mundgesundheit im Alter</p>	<p>Altenpflegeschulen/Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie/ZÄK</p> <p>Bezirke (QPK)/Geriatrisch-Gerontopsychiatrische Verbände (GGVen)/Pflegeheimträger und -verbände</p>

¹¹ Informationen zum Projekt „Azubiss“ unter: <http://www.zaek-sa.de/downloads/zahnaerzte/pdf/Flyer%20Azubiss.pdf>

Nr.	Teilziel	Maßnahmenempfehlung	Indikatoren für ein Monitoring	Relevante Akteurinnen und Akteure
		<p>Stärkere Verankerung des Themas Mundgesundheit in Fortbildungsnetzwerken und Qualitätszirkeln von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten (insbesondere im Bereich der Neurologie, Augenheilkunde Orthopädie, Frauenheilkunde und Urologie) und Durchführung berufsgruppenübergreifender Fortbildungen</p> <p>Sensibilisierung von Zahnärztinnen und -ärzten für allgemeingesundheitliche Besonderheiten älterer Menschen (z. B. „DemenzPartner“-Schulungen¹²)</p>	<p>Anzahl durchgeführter Fortbildungen zum Thema Mundgesundheit im Alter</p> <p>Anzahl Informations-veranstaltungen bzw. -materialien zum Thema Altersgesundheit</p>	<p>Ärzttekammer/Bezirke (QPK)/Berufsverbände der Neurologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Frauenheilkunde und Urologie/Pflegeheimträger und -verbände/Hausärzteverband Berlin und Brandenburg/ZÄK</p> <p>Ärzttekammer/AOK PflegeAkademie/Landesverband Geriatrie Berlin/ZÄK</p>
5.4	Die Vernetzung und der fachliche Austausch der verschiedenen Versorgungs-Akteure im Handlungsfeld Mundgesundheit im Alter ist verbessert	<p>Erhöhung der Quote der abgeschlossenen Kooperationsverträge zwischen Zahnärztinnen und -ärzten sowie stationären Pflegeeinrichtungen</p> <p>Sensibilisierung der Träger von teilstationären Pflege-Einrichtungen (Tagespflege) für das Abschließen von Kooperationsverträgen</p>	<p>Anzahl der Kooperationsverträge (Berlin liegt im Vergleich der Bundesländer bezüglich der Vertragsquote in der oberen Hälfte)</p> <p>Vernetzungstreffen Kassenzahnärztliche Vereinigung mit entsprechenden Einrichtungen</p>	<p>Berliner Krankenhausgesellschaft/Geriatriisch-Gerontopsychiatrische Verbände/KZV/Pflegeheimträger und -verbände</p> <p>KZV/Pflegeheimträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege</p>

¹² Hintergrundinformationen zur „DemenzPartner“-Initiative der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e. V. unter: <https://www.demenz-partner.de>

Nr.	Teilziel	Maßnahmenempfehlung	Indikatoren für ein Monitoring	Relevante Akteurinnen und Akteure
		<p>Beförderung der zahnärztlichen Inanspruchnahme von Menschen mit ambulantem Pflegebedarf durch Pflegedienste sowie Sensibilisierung der Pflegedienste für Möglichkeiten des aufsuchenden Zahnarztbesuches</p> <p>Vermittlung indizierter Patientinnen und Patienten der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte an die Zahnärztinnen und -ärzte</p>	<p>Vernetzungstreffen Kassenzahnärztliche Vereinigung mit Pflegediensten/Informationsmaterialien zum aufsuchenden Zahnarztbesuch</p> <p>Gestiegener Vernetzungsgrad, z. B. in Form eigener Gremien bzw. Runder Tische</p>	<p>KZV/Pflegedienstträger und -verbände/LIGA der Freien Wohlfahrtspflege</p> <p>Ärzttekammer/Berufsverbände der Neurologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Frauenheilkunde und Urologie/Hausärzteverband Berlin-Brandenburg/KZV</p>

Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung



Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung wird finanziert aus Mitteln der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und ist in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.