

# Siebte Landes- gesundheits- konferenz Berlin

**DOKUMENTATION**

**28. Oktober 2010  
Rathaus Schöneberg Berlin**

## **Impressum**

### **Redaktion**

Carola Gold (V.i.S.d.P)  
Rike Hertwig, Stefan Pospiech, Linda Ruppert,  
Julia Erbring, Merle Wiegand

### **Satz und Layout**

Connye Wolf, [www.connye.com](http://www.connye.com)

### **Herausgeber**

Fachstelle für Prävention und  
Gesundheitsförderung im Land Berlin

### **Fachliche Auskunft**

Stefan Pospiech

### **Druck**

allprintmedia, [www.allprint-media.de](http://www.allprint-media.de)

### **Bildnachweis**

André Wagenzik

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



## Inhaltsverzeichnis

### Eröffnung und Einführung

<b>Grußwort:</b> Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie Vorsitzende der Landesgesundheitskonferenz .....	2
---	---

### Fachvorträge

<b>Wozu dienen Gesundheitsziele und wer hält sich daran?</b> Dr. Matthias Wismar, European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel .....	5
<b>Der Berliner Gesundheitszielprozess „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter“: Handlungsfelder und Perspektiven</b> Stefan Pospiech, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin .....	8
<b>Laudatio für das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe</b> Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie Vorsitzende der Landesgesundheitskonferenz .....	10
<b>Dankesrede</b> Dr. Ole Baumann, Büro für medizinische Flüchtlingshilfe.....	11

### Fachforen

<b>Fachforum I: Psychotherapie im Alter – kein Thema!? Zur psychosozialen Unterstützung von älteren Menschen</b> <b>Impulsreferat</b> Michael Krenz, Präsident der Psychotherapeutenkammer Berlin .....	12
<b>Psychosoziale Unterstützung älterer Menschen durch den Berliner Krisendienst</b> , Gerd Gansen, Berliner Krisendienst .....	15
<b>Psychotherapie bei älteren Versicherten aus Sicht der Krankenkassen</b> , Christian Traupe, AOK Nordost .....	16
<b>Fachforum II: Auf dem Weg zur demenzfreundlichen Stadt Berlin – Beispiele und Erfahrungen aus den Bezirken</b> <b>Impulsreferate</b> Markus Rohner / Stephan Schikorra, GPV – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf .....	18
Veronika Vahrenhorst / Robert Stephan, Pflegestützpunkt Lichtenberg .....	20
<b>Fachforum III: Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Berlin – Herausforderungen, Perspektiven, Vernetzung</b> <b>Impulsreferat</b> Dr. Dr. Claus Köppel, Vivantes Wenckebach-Klinikum / Ärztekammer Berlin .....	24
<b>Betreute Urlaube fördern Teilhabe und wecken Lebensfreude</b> , Rosemarie Drenhaus-Wagner, Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.....	25
<b>Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow</b> , Gabriela Seibt, QVNIA e.V. – Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V. ....	26
<b>Herausforderungen, Perspektiven und Vernetzung der geriatrischen Versorgung aus Sicht des Pflegestützpunktes Friedrichshain-Kreuzberg</b> , Gisela Seidel, Pflegestützpunkt Friedrichshain-Kreuzberg.....	27
<b>Fachforum IV: Werden Frauen und Männer anders alt? Die Gesundheit von Männern und Frauen im Alter</b> <b>Impulsreferate</b> Prof. Dr. Birgit Babitsch, Berlin School of Public Health .....	29
Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.....	30
<b>Empfehlungen der DAK zum Thema „Mann und Gesundheit“</b> , Gerhard Loder, DAK – Deutsche Angestellten-Krankenkasse .....	33
<b>Anders altern in Berlin</b> , Dr. Marco Pulver, Schwulenberatung Berlin .....	34

### Abschlussveranstaltung

<b>Die Landesgesundheitskonferenz im Jahre 2010/2011 und Ausblick auf die künftige Tätigkeit</b> Prof. Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Staatssekretär für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz .....	36
---	----

### Rahmenprogramm

<b>Projektmesse</b> .....	41
---------------------------	----

<b>Mitglieder der LGK</b> .....	43
---------------------------------	----

# Eröffnung und Fachvorträge

## Gesundheit im Alter – Gesundheitspolitik in Berlin

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



Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich freue mich, Sie heute so zahlreich zu begrüßen. Viele bekannte und auch neue Gesichter von Akteuren aus dem Berliner Gesundheitssektor kann ich erkennen. Gemeinsam können wir die gute Gelegenheit nutzen, auf der mittlerweile siebenten Landesgesundheitskonferenz eine erste Bilanz darüber zu ziehen, wie es gelingt mit dem gewählten Ansatz tatsächlich Kooperationen zu fördern und Veränderungen zu erreichen.

Die Gesundheitspolitik ist traditionell ein unübersichtliches Feld. Die wirklichen Ursachen für Probleme herauszufinden gestaltet sich ebenso schwierig wie die Umsetzung der rich-

tigen Lösungen mit den richtigen Partnern. Entscheidungen in der Gesundheitspolitik sind meist nicht nur essenziell, sie sind auch stets sehr umstritten. Wir führen aktuell die Debatte um die als alternativlos bezeichnete Gesundheitsreform des Bundesgesundheitsministers. Ich habe dazu eine klare ablehnende Haltung. Ich halte den geplanten Systemwechsel bei der Finanzierung für fatal und die künftige Lastenverteilung für unausgewogen. Die gesetzliche Krankenversicherung braucht nicht nur eine solide finanzielle Basis, es muss vor allem eine sozial gerechte Lastenverteilung gesichert werden. Berlin wird die Gesundheitsreform im Bundesrat ablehnen. In den Ausschüssen des Bundesrates gab es allerdings ein acht zu acht – ein Patt, das derzeit noch für Schwarz-Gelb reicht. Hoffentlich erhebt sich bis zur Schlussabstimmung in Bundestag und Bundesrat noch breiterer öffentlicher Protest. Ich wünsche mir hier mehr und breitere Unterstützung im Widerstand gegen die Pläne des Bundes. Dazu gehört auch, dass wir an Alternativen arbeiten und in konkreten Projekten zeigen, dass es auch anders geht.

Mein Anspruch als Senatorin für Gesundheit ist es, die Patient/innen in den Mittelpunkt zu stellen. Denn auf deren Bedarf muss das Gesundheitssystem ausgerichtet sein. Aus die-

sem Grund habe ich gemeinsam mit meiner brandenburgischen Kollegin eine Bundesratsinitiative zu Patientenrechten gestartet. Ich will damit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für die Patient/innen erreichen. Die vorgeschlagene Entschließung soll den Diskussionsprozess für ein bundesweites Patientenrechtsgesetz voranbringen. Ich weiß, dass die überwältigende Mehrheit der Ärzt/innen eine gute Arbeit macht und in den Mittelpunkt dieser Arbeit die Patient/innen stellt. Umso verständlicher ist es, dass der Präsident der Berliner Ärztekammer dieses Vorhaben kürzlich so scharf kritisiert hat. Die Stärkung der Patientenrechte ist auch im Interesse der Ärzteschaft, das ist meine feste Überzeugung.

Es gibt Patientengruppen, die besondere Aufmerksamkeit verlangen. Dazu gehören die Kinder. Das Berliner Gesetz zum Schutz und zum Wohl des Kindes ist zum 1. Januar 2010 in Kraft getreten. Die zentrale Stelle für das verbindliche Einladungswesen bei der Charité arbeitet seit diesem Frühjahr. Die Zusammenarbeit mit den Bezirken, die dann im Bedarfsfall die Hausbesuche durchführen, läuft gut an. Erste Erinnerungsschreiben für die Kindergesundheitsuntersuchungen werden in diesem Monat versandt. Die Politik hat in dieser wichtigen Frage des Kinderschutzes auf aktuelle Herausforderungen reagiert und ich bin überzeugt davon, dass sich dieses Mehr an Verbindlichkeit, was wir hier schaffen, auch in einem Mehr an Kinderschutz niederschlagen wird.

Mehr Verbindlichkeit und vor allem mehr Planungssicherheit hat der Berliner Senat auch mit dem Beschluss zum Krankenhausplan geschaffen. Bis 2015 wird ein Bedarf von 21.500 Betten prognostiziert. Davon werden im

Krankenhausplan zunächst 20.600 aufgenommen. Das sind rund 300 Betten mehr als im bisherigen Krankenhausplan. Wir schaffen damit die Voraussetzungen, um insbesondere dem Bedarf in der Geriatrie Psychiatrie gerecht zu werden. Das hat viel mit dem aktuellen Schwerpunkt der Landesgesundheitskonferenz zu tun.

Der Krankenhausplan ist im Abgeordnetenhaus bereits abschließend behandelt worden. Damit können jetzt die Feststellungsbescheide an die Krankenhausträger gefertigt werden, die für die Verhandlungen mit den Kostenträgern schon dringend erwartet werden.

Und ich möchte darauf hinweisen, dass es in den letzten Jahren vermehrt und besser gelungen ist, das Thema Gesundheit in anderen Politikfeldern zu verankern. Das hat mit der engagierten Arbeit der Mitglieder und Partner der Landesgesundheitskonferenz zu tun. Der seit 2006 veränderte Ressortzuschnitt hat sicher auch einen zusätzlichen Impuls gegeben.

Gesundheits- und Umweltschutz sind in den konkreten Vorhaben der Lärminderung und Luftreinhaltung eng verbunden und werden von mir auch so kommuniziert. Im Rahmen der verbraucherpolitischen Projekte finanzieren wir Vorhaben, die im Bereich gesunde Ernährung wichtige Beiträge zur gesundheitlichen Prävention leisten. Gerade gestern gab es den ersten Runden Tisch zum Thema „Gesunde Ernährung“ in Kantinen der öffentlichen Einrichtungen in Berlin. Und nicht zuletzt ist es gelungen, das Thema Gesundheit in der Strategie Soziale Stadt nicht nur in der Zielebene und übergreifend zu verankern, sondern es werden erstmals in nennenswertem Umfang Gesundheitsprojekte im Stadtteil unterstützt.

Nach diesem allgemeinen Exkurs möchte ich mich dem heutigen Schwerpunkt zuwenden. Die 6. Berliner Landesgesundheitskonferenz hat im Jahr 2009 begonnen, sich – zusätzlich zur Umsetzung der Ziele zur Kindergesundheit – mit dem Thema „Gesundheit im Alter“ zu beschäftigen. Hierzu werden unter dem Leitmotiv „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter“ Gesundheitsziele entwickelt. Dabei hatten alle Beteiligten in den zurückliegenden Monaten die Aufgabe, Strategien für gesundheitliche Prävention und Versorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens sorgfältig zu diskutieren und abzustimmen.

Die diesjährige Landesgesundheitskonferenz stellt erneut dieses wichtige Thema in den Mittelpunkt. Sie finden im diesjährigen

Programm einige zusätzliche und wichtige Aspekte aus dem Spektrum des Themas „Gesund Altern“:

- Möglichkeiten psychotherapeutischer Versorgung im Alter,
- Bezirkliche Herangehensweisen für die Herausforderungen der Demenzerkrankung,
- Geriatriekonzept zur Weiterentwicklung der Versorgung,
- Geschlechtsspezifische Blickwinkel auf das Altern.

Einige wichtige Voraussetzungen für den Erhalt von Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen haben wir ja bereits im vorigen Jahr diskutieren können. Die Aufgabe der diesjährigen Konferenz wird es sein, festzustellen, in welchen Punkten weiterer Handlungsbedarf besteht. Wir befinden uns also bei der Bearbeitung der Gesundheitsziele für die Zielgruppe der über 65-Jährigen noch im Prozess. Dieser ist durchaus komplex und langwierig. Ich bin etwas ungeduldig und wollte wissen, warum wir heute noch nicht zur Beschlussfassung kommen. Mit dieser Landesgesundheitskonferenz soll die Diskussion im Zielprozess abgeschlossen werden. Ab Anfang nächsten Jahres beginnt die konkrete Formulierung. Damit die Umsetzung, die ja parallel schon startet, gut gelingt, sind hier Sorgfalt und breite Einbindung der Verantwortlichen besonders wichtig. Das überzeugt mich und führt im Ergebnis der heutigen Schlussdebatte dann auch zu tragfähigen Beschlüssen.

Erhalt der Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter ist ein gesellschaftliches Thema, das weit über die Gesundheitspolitik hinausgreift. Die EU plant für 2012 ein Europäisches Jahr für aktives Alter. Die Wohnungs- und Gesund-

heitswirtschaft diskutierte erst kürzlich Ziele, Konzepte und Ideen zum Thema „Leben und Wohnen im Alter“. Die Netzwerkagentur „Generationen Wohnen“ setzt hier den Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ im Rahmen des Handlungsfelds „Angebote und Dienste für ältere Menschen“ um. Sie kooperiert dabei unter anderem mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Health Capital Berlin-Brandenburg. Der Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ ist Ende 2007 von beiden Landesregierungen beschlossen worden und hat wichtige Impulse für die Vernetzung der Gesundheitswirtschaft mit anderen Wirtschaftszweigen und Anregungen für die Forschung gegeben.

Zwischenzeitlich wurden außerdem – in Umsetzung des Berliner Demografiekonzepts – aus meinem Hause drei Projekte aus dem derzeitigen LGK-Schwerpunkt in die Planungen der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung integriert. Sie beziehen sich alle auf das Handlungsfeld 4 des Demografiekonzepts „Langes Leben in der Stadt“:

1. Zentrum für Bewegungsförderung für Ältere,
2. Initiative „Demenzfreundliches Krankenhaus“,
3. Verbesserung der Gesundheitsversorgung alter kranker Menschen an den Schnittstellen im Gesundheitswesen.

Die im Rahmen des aktuellen Schwerpunktes wichtigen Themenkomplexe Gesundheitsförderung / Teilhabe / Ehrenamt / Wohnen hat die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in Kooperation mit Partnern aus der Landesgesundheitskonferenz vertieft. Im September 2010 fand die Fachtagung „Gesund alt werden im Kiez“ statt, um gute Beispiele aus



Berlin und dem Bundesgebiet vorzustellen, zu diskutieren und aktuelle Herausforderungen zu identifizieren.

Wir wissen bereits jetzt, dass die Herstellung von Transparenz und die Verbesserung der Kommunikationsstrukturen im Stadtteil – gerade mit den Interessenvertretern – sowie die Erprobung neuer Zugangswege für die schwierig zu erreichenden Gruppen wichtige Elemente einer Einflussnahme sein müssen. Hierzu ist der lokale Netzwerkaspekt in der Arbeit mit älteren Menschen ganz besonders wichtig. Wir brauchen die Mitwirkung von Seniorenvertretungen und Pflegestützpunkten, von Altenhilfekoordinatoren und Beratungsstellen, von gesundheitlichen Leistungserbringern und Krankenkassen, von Quartiers- bzw. Stadtteilmanagern und Wohnungsunternehmen, von lokaler Wirtschaft und Politik.

Letztere will ich besonders hervorheben. Wir haben schon einige Schritte auf dem Weg zu mehr und besserer Zusammenarbeit bewältigt. Das wäre ohne das besondere Engagement der bezirklichen Gesundheitspolitik und -verwaltung für die Erhaltung der Lebensqualität der Älteren von uns nicht gelungen. Deshalb möchte ich speziell die Leistungen im Rahmen des Konzepts „Demenzfreundliche Kommune“ oder der geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbände und allgemein die unzähligen breiten bezirklichen Aktivitäten und Veranstaltungen rund um die Gesundheit besonders würdigen.

Als Vorsitzende der Landesgesundheitskonferenz freue ich mich, dass wir seit Mitte 2008 mit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung eine kompetente Geschäftsstelle der LGK einrichten konnten. Und ich bin froh, dass die LGK seit 2009 stärker in der Öffentlichkeit präsent ist. In regelmäßigen Abständen führt die Fachstelle als Teil der LGK und in Kooperation mit der Urania Gesundheitsforen als ca. zweistündige Abendveranstaltung durch, die einen öffentlichen und fachpolitischen Diskurs mit interessierten Bürger/innen zu aktuellen Themen der Berliner Gesundheitspolitik ermöglichen. Allein die Stichworte zu den Themen, gesunde Ernährung in Kitas und Schulen, ärztliche Versorgung in Pflegeheimen, Chancen der integrierten Versorgung, regionale Verteilung der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie psychische Gesundheit und Arbeitswelt unterstreichen die gesundheitspolitische Aktualität und Bedeutung der gewählten Themen. Im Newsletter „Gesundheitsförderung aktuell“, den die Fachstelle regelmäßig herausgibt, können Sie ausführliche Berichte über die Foren nachlesen.

Gerade zur ambulanten ärztlichen Versorgung konnten im letzten Jahr Fortschritte erreicht werden. Der Landesausschuss hat mittlerweile beschlossen, dass als Planungsgrundlage nicht mehr die Gesamtstadt, sondern die zwölf Bezirke herangezogen werden sollen. Kleineräumige Versorgungsanalysen liegen vor. Zwar fehlen noch immer die bundesrechtlichen Vor-

aussetzungen für eine sachgerechtere Steuerung der Zulassungen, aber das Problembewusstsein ist bei den Verantwortlichen deutlich geschärft.

Die diesjährige Landesgesundheitskonferenz hat die für heute vorgesehenen vier Diskussionsforen bewusst so gewählt, dass noch zu ergänzende Erkenntnisse zum gesunden Altern zusammengetragen, vertieft und konkretisiert werden können. Mit der Empfehlung und Beschlussfassung konkreter und umsetzungsfähiger Gesundheitsziele für ältere Menschen in Berlin, die umfassende Bestandsaufnahme dann vorerst abschließen können. 2011 wird auch die erste Überprüfung zur Erreichung der Kindergesundheitsziele im Rahmen der LGK erfolgen. Auch darauf bin ich sehr gespannt. Wir werden dann einen guten Überblick darüber haben, wie der gewählte breite Ansatz der Berliner Landesgesundheitskonferenz das konkrete und zielgerichtete Handeln der vielfältigen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und darüber hinaus unterstützt und damit ein echter Beitrag für die Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität der Berlinerinnen und Berliner geleistet wird. Das ist letztlich unser aller Ziel.

Ich danke allen, die sich bisher und künftig in diesem Prozess aktiv beteiligen und den heutigen Referentinnen und Referenten. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünsche ich einen erkenntnisreichen Tag und gute Gespräche.

# Fachvorträge

## Wozu dienen Gesundheitsziele und wer hält sich daran?

Dr. Matthias Wismar, European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel



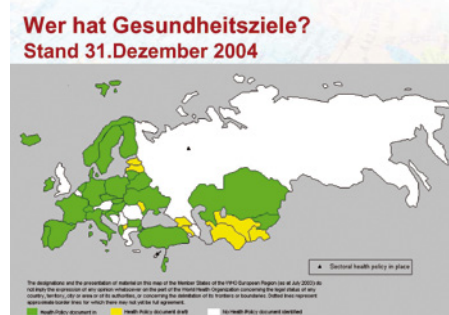
### Wozu dienen Gesundheitsziele und wer hält sich daran?

In welchen Ländern Europas gibt es Gesundheitsziele, wozu dienen sie und wer hält sich daran? Welches sind die Erfolgsfaktoren, damit definierte Gesundheitsziele zu anderen Praxen, anderen Verhalten, anderen Leistungserbringungen und dadurch zu mehr Gesundheit führen? Und worauf ist insbesondere zu achten?

### Wer hat Gesundheitsziele?

Schaut man nach Europa wird deutlich, dass eine überraschende Mehrheit der Länder bereits Gesundheitsziele verabschiedet hat.

Dabei können Gesundheitsziele verschiedenen Zwecken dienen. In den USA werden zum Beispiel Wartezeiten für die Notaufnahme in Krankenhäusern angezeigt. Der Hintergrund ist ein Gesundheitsziel, das Krankenhäuser dazu



verpflichtet, Patient/innen in der Notaufnahme innerhalb einer Stunde von einer Ärztin oder einem Arzt behandeln zu lassen. In Neuseeland wurde ein anderes Instrument etabliert, um Transparenz herzustellen: Verschiedene Regionen Neuseelands werden hinsichtlich ihrer Gesundheitsziele miteinander verglichen. Dabei wird untersucht, inwiefern die gesetzten Ziele erreicht wurden. Zu den Gesundheitszielen zählen: kürzerer Aufenthalt in Notaufnahmen, besserer Zugang zu Wahleingriffen, kürzere Wartezeiten für Krebsbehandlungen, besserer Impfschutz, mehr Hilfe für Raucher/innen bei der Rauchentwöhnung und bessere Versorgung für chronisch Kranke, insbesondere bei Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen. Der Vergleich schafft Anreize für die Krankenhäuser, sich zu verbessern.

Die Wartelisten abzubauen war eines der wichtigsten Gesundheitsziele in England. Die längsten Wartezeiten von 18 Monaten und länger sind dabei mittlerweile völlig verschwunden.

Dies liegt auch daran, dass das Nichterreichen von Gesundheitszielen mit Sanktionen verbunden ist. Wenn Gesundheitsziele erreicht werden, führt dies wiederum finanzielle Anreize mit sich. Dadurch verfügen die Kliniken über eine größere Freiheit des eigenen Krankenhausbudgets.

Es gibt also eine Reihe von Beispielen, in denen sich Gesundheitsorganisationen und Akteure

tatsächlich auf Gesundheitsziele einlassen, ihr Verhalten ändern und damit zu einer verbesserten Versorgung beitragen. Es gibt auch Gesundheitsziele, die einen deutlichen Anstieg der Versorgungsqualität bewirken können. Die USA treffen beispielsweise mit Hilfe von zusammengesetzten Indizes Aussagen über die Versorgung von Herzinfarktpatient/innen.

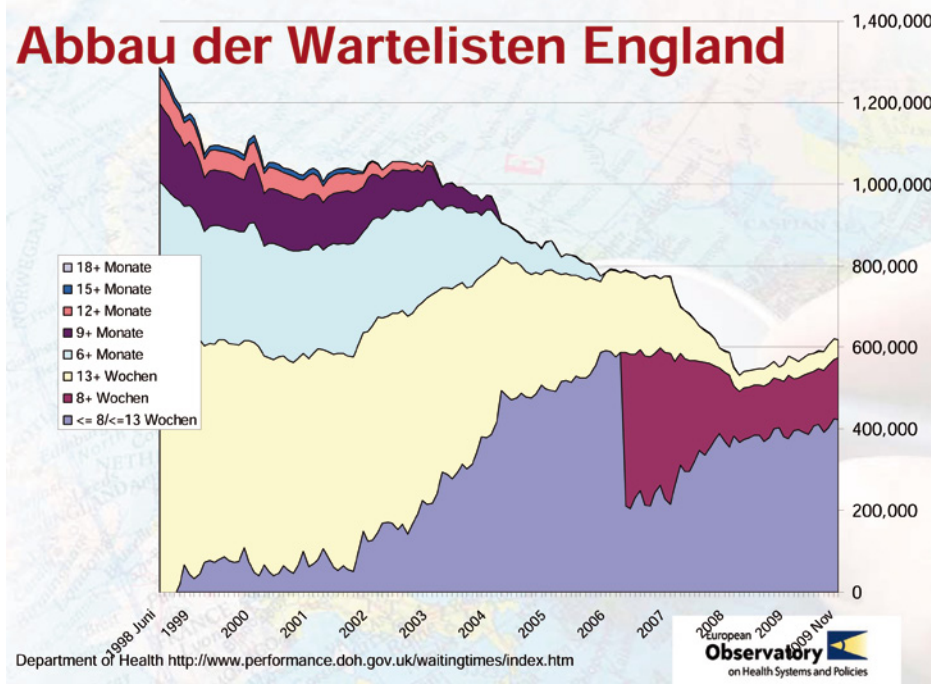
ge gesundheitliche Kostenlawine zu vermeiden. In Frankreich rief Jaques Chirac einen Krebsplan mit einer Laufzeit von fünf Jahren (2003-2007) ins Leben. Er genehmigte dafür ein Extrabudget von 690 Millionen Euro und schuf 3900 neue Stellen. Dieser Plan erstreckte sich über fünf verschiedene Ministerien. Es wurden Aufgaben

verschiedenen Akteure sich selbst überlassen bleiben. Es gibt genügend Beispiele dafür, dass sich Akteure auch ohne politische Führung vernetzen. Aber um Gesundheitsziele zu implementieren und tatsächlich umzusetzen bedarf es der politischen Führung.

**Mechanismen der intersektoralen Zusammenarbeit**

Der Mechanismus der intersektoralen Zusammenarbeit ist ein wichtiges Thema. Diese funktioniert nicht überall, da die Zuständigkeiten in Ministerien vielfach stark voneinander abgegrenzt sind. Nicht selten definieren Ministerien einen Begriff oder Sachverhalt unterschiedlich. Um die bestehenden Differenzen zu überwinden, muss ein Dialog hergestellt werden. Dieser kann dazu führen, dass sich unterschiedliche Bereiche gegenseitig unterstützen und zusammenarbeiten. Einige Länder haben hierfür eigens ein Public Health-Ministerium geschaffen. Die Aufgabe des Public Health-Ministeriums ist es, intersektorale Politik umzusetzen. Das bedeutet, verschiedene Ministerien am Kabinetttisch zu versammeln und somit eine gemeinsame Zuständigkeit für Gesundheitsthemen zu schaffen.

Es ist daher elementar zu erörtern, wie Ministerien zusammenarbeiten können. Es müssen Fragen nach politischer Zuständigkeit und Rechtmäßigkeit gemeinsam geklärt werden. Wenn die Intersektoralität vorangetrieben werden soll, muss darüber diskutiert werden, wie aus verschiedenen Zuständigkeitsbereichen Mittel zusammengeführt werden können, um diese qualitäts- und zielorientiert verteilen zu können.



Solche Beispiele machen deutlich, dass es Gesundheitsziele gibt, dass sie bereits weit verbreitet sind und sich Organisationen, Ärzt/innen, Pflegepersonal und weitere Gesundheitsberufe daran halten. Gesundheitsziele können demnach tatsächlich wirken.

**Was lässt sich über Erfolgsfaktoren sagen?**

**Politische Führung**

Was bedarf es aber, dass sich diese Wirkungen auch entfalten – was sind die Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitszielen?

Politische Führung ist ein wichtiger Faktor. Viele Länder erklären Gesundheit zur Chefsache, indem die Staats- und Regierungschefs gesundheitspolitische Themen nach außen vertreten.

In Großbritannien haben Tony Blair und Gordon Brown Gesundheitsziele initiiert. Als Finanzminister beauftragte Gordon Brown einen ehemaligen Gouverneur der Bank of England die Gesundheitskosten des demographischen Wandels zu berechnen. Im Ergebnis zeigte sich, dass verstärkte Investitionen in die Gesundheit notwendig sind um eine zukünftige

für Forschung, Prävention, Früherkennung und Versorgung identifiziert. Da der Krebsplan so erfolgreich war, hat Nicolas Sarkozy einen zweiten Plan mit 733 Millionen Euro aufgelegt. In Russland etablierte der Chef der damaligen Sowjetunion Gorbatschow einen Aktionsplan für Alkoholkontrollpolitik, woraufhin die Lebenserwartung rasant anstieg.

Der Weg der politischen Führung funktioniert eigentlich immer, wenn man Gesundheitsziele umsetzen möchte. Es gibt aber auch Alternativen.

Eine zweite Möglichkeit ist, dass Gesundheit zur Kabinettsangelegenheit ernannt wird. Gesundheitsziele können nachhaltiger und effektiver erreicht werden, wenn verschiedene Ministerien zusammenarbeiten. Die Gesundheit betrifft Bereiche wie Bildung, Wohnungsbau, und Verkehr. Die Ministerien sollten erkennen, dass es gemeinsame Möglichkeiten gibt Gesundheitspolitik voranzutreiben.

Eine dritte Möglichkeit, Gesundheitsziele erfolgreich umzusetzen, ist, dass das Gesundheitsministerium sich um die Umsetzung der Gesundheitsziele kümmert. Dies kann durch individuelle Partnerschaften oder gemeinschaftliche Programme realisiert werden.

Eines funktioniert jedoch fast nie – wenn keine politische Führung vorhanden ist und die ver-

**Mechanismen der inter-sektorellen Zusammenarbeit**

- Public Health Minister
- Kabinettssekretariate und –arbeitsgruppen
- Parlamentarische Ausschüsse
- Inter-ministerielle Arbeitsgruppen
- Zusammenlegung von Abteilungen, Referaten oder Ministerien
- Gemeinsame Budgets für Gesundheitsförderung
- Delegierte Finanzierung für Gesundheitsförderung
- Strukturen für den Dialog mit der Öffentlichkeit, Interessengruppen und der Industrie

Observatory on Health Systems and Policies

**Mandat, Verantwortlichkeit und Finanzen**

Das European Observatory on Health Systems and Policies interessiert sich für die Landesgesundheitskonferenz Berlin auch deshalb, um herauszufinden inwieweit diese ein effektives Mittel der Vernetzung darstellt. Um Gesundheitsziele umzusetzen müssen gemeinsame Perspektiven entwickelt und politische Entscheidungen vorbereitet werden. Die LGK erfüllt diesbezüglich einen weiteren wichtigen



Punkt: es ist ein klares Mandat, eine klare Verantwortlichkeit vorhanden.

Diese Verantwortlichkeit wird in den europäischen Ländern unterschiedlich definiert. In manchen Ländern ist die Gesundheitspolitik ausreichend stark, um Gesundheitsziele umzusetzen. Andere Länder haben die Tradition des White Papers, in dem Ziele formuliert und anschließend schrittweise umgesetzt werden – in Großbritannien verhandelte der Finanzminister mit jedem Ministerium Rahmenabkommen für Gesundheitsziele. In einigen Ländern werden Public Health-Gesetze formuliert. So wurden in Frankreich im Jahr 2004 hundert Gesundheitsziele im Annex des Public Health-Gesetzes veröffentlicht. Viele Länder arbeiten mit Leuchtturmprojekten, da sie finanziell gebunden sind und daher nur eine geringe Anzahl von Projekten vorantreiben können. Auch hierfür ist eine Geschäftsstelle, die die Realisierung solcher Projekte vorantreibt und koordiniert, unabdingbar.

#### **Infrastruktur**

Um Gesundheitsziele formulieren und umsetzen zu können, ist eine gewisse Infrastruktur nötig. Gesundheitsziele können sehr aufwendig sein, insbesondere wenn mit den Zielen das Gesundheitswesen gesteuert werden soll. Dazu sind Indikatoren nötig. Um Daten und Ausgangslagen bewerten und interpretieren zu können bedarf es eines Monitoringsystems. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse müssen möglichst zeitnah an die Akteure im Ge-

sundheitswesen in verständlicher Form zurückgeführt werden. Für all dies ist eine Infrastruktur notwendig: eine gewisse Dateninfrastruktur, aber auch die Möglichkeit nationale Ziele einer lokalen Umsetzung zuzuführen. In Schweden wurde hierfür das Nationalinstitut für öffentliche Gesundheit (Swedish National Institute for Public Health) gegründet. In Frankreich hatte die Verabschiedung des Public Health-Gesetzes 2004 eine vollständige Reorganisation des öffentlichen Gesundheitswesens zur Folge, bei der die Zuständigkeiten, der Wissenschaftssektor und die Berufsausbildung neu geordnet wurden. Um das Monitoring für Gesundheitsziele zu realisieren hat Katalonien die Indikatorenentwicklung weiter vorangetrieben.

#### **Probleme/Warnhinweise**

Die Steuerung der Gesundheitsziele ist aber auch mit zahlreichen Herausforderungen verbunden: So haben von den gezeigten europäischen Ländern, die bereits Gesundheitsziele verabschiedet haben, etwa ein Drittel überhaupt keine Anstrengungen zur Umsetzung unternommen. Bei einem Drittel der Länder wurden bereits gute Prozesse der Vernetzung erzielt, es wurden jedoch keine Ziele umgesetzt. Nur ein Drittel der aufgeführten Länder hat tatsächlich Gesundheitsziele umgesetzt und dann nicht notwendigerweise alle, die definiert worden sind.

Bei der Umsetzung kann es allerdings zu Problemen kommen: Es ist wichtig zu wissen, was man eigentlich misst, wenn man Gesund-

heitsziele beurteilt. Nicht alles, was man zählen kann, zählt und nicht alles, was zählt, kann man zählen. Außerdem hört ein guter Indikator auf, ein guter Indikator zu sein, sobald er ein Ziel wird. Der Grund hierfür ist das mögliche Verhalten der Akteure. Wenn bei getroffenen Zielvereinbarungen die Nichteinhaltung der Gesundheitsziele mit Konsequenzen behaftet ist, werden die Akteure alles dafür tun, diese Ziele zu erreichen. Dazu zählt auch die Manipulation von vorhandenen Daten.

Ein weiteres Problem tritt auf, wenn Indikatoren vorhanden sind, es aber an Daten fehlt, anhand derer die Indikatoren gemessen werden können.

Wenn Gesundheitsziele tatsächlich umgesetzt werden, kann dies zu einer Politisierung führen, mit der nicht alle beteiligten Akteure einverstanden sind. Dadurch kann es zu Vermeidungsstrategien kommen. Die WHO hat ihre Gesundheitspolitik neu formuliert – Health 2020. Diese gesundheitspolitische Strategie steht in der Tradition der intersektoralen Politik. Die Gesundheitspolitik der WHO wird wieder wertebasiert sein und es wird wieder Gesundheitsziele geben. Daher ist es sehr interessant zu erfahren, wo die Landesgesundheitskonferenz Berlin tätig ist, um herauszufinden, wie eine europäische Gesundheitspolitik bei diesem Zielprozess weiterhelfen und unterstützen kann.

Vielen Dank!

# Der Berliner Gesundheitszielprozess „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter“: Handlungsfelder und Perspektiven

**Stefan Pospiech, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung**



Sehr geehrte Frau Senatorin,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich werde mich bemühen, Staatssekretär Prof. Hoff so gut wie möglich zu vertreten. Anknüpfend an den Vortrag von Dr. Wismar werde ich Ihnen vorstellen, wie der Berliner Gesundheitszielprozess methodisch und inhaltlich ausgestaltet ist.

Ausgangspunkt für den Zielprozess war ein Beschluss auf der 5. LGK im Jahr 2008 Gesundheitsziele auch für den Bereich „Gesundheit im Alter“ zu entwickeln. Dieser Prozess wird durch eine Arbeitsgruppe der LGK gesteuert, die beauftragt wurde, Vorschläge für Gesundheitsziele zu erarbeiten.

Ein grundlegender Konsens der Partner in der LGK war, durch den Zielprozess die Vernetzung von Professionellen aus den sozialen und gesundheitlichen Diensten mit Akteuren und Netzwerken aus Vereinen und nachbarschaftlichen Gruppierungen zu fördern. Dies wird als entscheidende Grundlage angesehen, um ge-

meinsame Ziele zu definieren und diese umzusetzen. Es gilt in einem solchen Prozess die Vielfaltigkeit von Akteuren, Interessen und möglichen Umsetzungsschritten bei gleichzeitig begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen zu berücksichtigen. Gesundheitszielprozesse leben davon, dass sie bei den beteiligten Akteuren eine Eigendynamik entwickeln und für Themen sensibilisieren. Denn Gesundheitsziele müssen in erster Linie den Nutzer/innen des Gesundheitssystems, den Bürger/innen der Stadt dienen. Die Landesgesundheitskonferenz bietet eine Möglichkeit, diesen Prozess transparent zu gestalten und die oft nur partiell zuständigen Einrichtungen, Organisationen und Berufe zu vernetzen und einzubinden.

Am Anfang der Diskussion stand die Frage, für wen Gesundheitsziele formuliert werden sollen. Innerhalb der Landesgesundheitskonferenz und unter Einbezug von Expert/innen verständigte man sich darauf, sich auf die Gruppe der älteren Menschen zu konzentrieren, die aus dem Berufsleben ausgeschieden und nicht stationär pflegebedürftig sind. Grund dafür war, dass wir gerade die Menschen erreichen möchten, die keine institutionelle Anbindung haben. Diese Zielgruppen können zum Beispiel nicht mehr über das Setting „Betrieb“ erreicht werden. Dies ist aber immer noch eine sehr große und heterogene Zielgruppe, die im Laufe des Prozesses weiter spezifiziert werden muss. Ein Weg die Ziele zielgruppenspezifisch zu gestalten ist der Beschluss besonders geschlechts- und kultursensible Aspekte sowie die soziale Lage zu berücksichtigen. Wie schon bei den Kindergesundheitszielen soll der Prozess einen Beitrag leisten, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen.

Um die Richtung des Zielprozesses nach außen darstellen zu können, wurde von den Partnern der LGK eine gemeinsame „Vision“ entwickelt. Es soll ein Beitrag geleistet werden, um Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter zu erhalten. Ausgehend

von diesem Oberziel fand im Kreise der LGK Mitglieder eine pragmatische Auswahl von Handlungsfeldern statt. Dafür wurde mit der Berlin School of Public Health ein Fragebogen entwickelt und an die Mitglieder der LGK geschickt. Darin konnten einzelne Themenbereiche priorisiert werden. Entscheidend war die Frage, bei welchen Handlungsfeldern sich die Mitglieder aktiv einbringen können und möchten. Bei dem Fragebogen wurde berücksichtigt, dass Gesundheitsziele im Wesentlichen in vier verschiedene Bereiche eingeteilt werden können, die miteinander kombinierbar sind:

- Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug
- Gesundheitsziele zur Gesundheitsförderung und Prävention
- Gesundheitsziele für bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen
- Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenorientierung

Aus der Befragung der LGK Mitglieder kristallisierten sich drei Handlungsfelder heraus, in denen die Arbeitsgruppe Ziele vorschlagen wird:

- Versorgung bei psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz und Depression
- Gesundheitsförderung als eine Strategie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und der sozialen Teilhabe älterer Menschen
- Die Förderung von Bewegung und körperlicher Aktivität

In den Dokumentationen der Landesgesundheitskonferenzen wird ersichtlich, wie die Konkretisierung der Handlungsfelder umgesetzt wird.

Aus der Befragung wurde zudem deutlich, dass sich die Partner durch die Gesundheitsziele besonders eine Verbesserung der intersektoralen Vernetzung der Akteure, Initiativen und Maßnahmen innerhalb und zwischen den Handlungsfeldern wünschen. Dies bedeutet, dass aus den Zielen nicht zwangsläufig neue Strukturen und Projekte resultieren müssen, sondern vor allem die Zusammenarbeit gestärkt, gemeinsame Strategien entwickelt und bestehende Strukturen und Prozesse optimiert werden. So können praxisorientierte Ziele entwickelt und von Beginn an konkrete Umsetzungsstrategien ausgearbeitet werden.

Dafür stellt die Landesgesundheitskonferenz einen geeigneten Rahmen dar. Der Gesundheitszielprozess wird daher durch eine öffentliche Diskussion zum Thema Gesundheit im Alter flankiert. Ich denke, die Programme der 6. und 7. LGK spiegeln dies sehr gut wieder. Die Themen der Fachforen der Landesgesundheitskonferenzen 2009 und 2010 sowie der



Fachtagung „Gesund alt werden im Kiez“ bilden das inhaltliche Spektrum ab und dienen der Arbeitsgruppe und dem Steuerungsausschuss als Orientierungspunkte.

Als eine besondere Herausforderung erwies sich, eine stringente Methodik zu definieren, die eine Offenheit des Prozesses gewährleistet und zugleich die vielfältigen Ergebnisse zusammenführt. Zu Anfang wurden daher Ge-

sundheitszielprozesse anderer europäischer Länder sowie anderer Bundesländer betrachtet. In Zusammenarbeit mit der Berlin School of Public Health wurde ein Zielkonkretisierungsmodell ausgewählt, das auch die Bundesplattform [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) nutzt.

Wie Dr. Wismar bereits darstellte, ist ein Erfolgsfaktor bei der Umsetzung von Gesundheitszielen, dass sich die Ziele auf stabile

Partnerschaften stützen. Die Entwicklung der Ziele darf nicht nur in Expertengremien stattfinden, sondern muss in der Öffentlichkeit diskutiert werden, so dass sich die Bevölkerung daran beteiligen kann. Hier können wir als Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag leisten.

Die Herausforderungen, die uns in diesem Prozess noch bevorstehen, sind aus der Fülle von Ergebnissen die richtigen Akzente zu setzen. Zudem ist es sehr wichtig weitere Partner zu gewinnen, die Verantwortung übernehmen. Je transparenter und nachvollziehbarer die Umsetzungsstrategie ist, um so eher kann die Kontinuität und Nachhaltigkeit des Zielprozesses gesichert werden. Methodisch gut formulierte Ziele nützen nichts, wenn nicht eine spürbare Verbesserung auf der lokalen Ebene entsteht. Hier muss der Zielprozess seine Wirkung entfalten.

Ich hoffe, ich konnte veranschaulichen, wie die Landesgesundheitskonferenz an den Gesundheitszielen arbeitet, und Ihnen Möglichkeiten aufzeigen, wie Sie sich an diesem Zielprozess beteiligen können.

Ich wünsche Ihnen anregende und informative Diskussionen in den Fachforen.

Vielen Dank.

## Laudatio für das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin

**Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz**



Mitte der 1990er Jahre wurden in Hamburg und Berlin die ersten Büros für medizinische Flüchtlingshilfe gegründet. Auch wenn es viele von uns nicht täglich vor Augen haben: in Deutschland leben viele Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Auch diese Menschen benötigen bei Erkrankungen oder gesundheitlichen Problemen Hilfe, Beratung und Unterstützung. Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist Ihnen jedoch im Prinzip verwehrt. Rein rechtlich sind diese Menschen von einer regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Auf dem Papier steht ihnen medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu. Dieses Gesetz ermöglicht allerdings nur Behandlungen bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen sowie Leistungen, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind. Dieses unzureichende Recht in Anspruch zu nehmen, ist für viele jedoch mit Gefahren

verbunden, weil sie durch die Beantragung der Kostenübernahme durch das Sozialamt zugleich die Meldung an die Ausländerbehörde und infolgedessen Abschiebehaft und Abschiebung befürchten müssen.

So wird ärztliche Hilfe – wenn überhaupt – meist erst gesucht und in Anspruch genommen, wenn dies aufgrund von Komplikationen und Chronifizierungen unvermeidbar geworden ist. Die Chance für eine frühzeitige Diagnose und Therapie besteht dadurch für diese Menschen nicht. Illegalisierte kommen so in gesundheitsschädliche oder sogar lebensbedrohliche Situationen, die inmitten des leistungsfähigen deutschen Gesundheitssystems eigentlich vermeidbar wären.

Das ist unmenschlich und widerspricht dem Verfassungsziel eines menschenwürdigen

Lebens für alle. Seit Jahren ermöglicht in Berlin das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe und auch die Malteser Migranten Medizin mit den jeweils kooperierenden Netzwerken eine anonyme und kostenlose oder kostengünstige Gesundheitsversorgung ohne Datenweitergabe an die Behörden. Beide Unterstützungsstrukturen basieren – beim Büro für medizinische Flüchtlingshilfe vollständig, bei der Malteser Migranten Medizin in Teilen – auf der ehrenamtlichen Arbeit der Mitarbeiter/innen, privaten Spendengeldern und der Kooperation mit professionellen Helfer/innen – Ärzt/innen, Hebammen und andere Fachleuten im Gesundheitsbereich –, die bereit sind, Illegalisierte kostenlos zu behandeln, sowie der Zusammenarbeit mit engagierten Krankenhäusern, die ihrerseits stationäre Therapien zu reduzierten Sätzen ermöglichen.

Das engagierte Handeln all dieser Helfer/innen hat in Berlin politischen Rückhalt. Das Integrationskonzept des Senates unterstreicht das Recht aller auf gesundheitliche Versorgung. Der von meinem Haus initiierte Runde Tisch „Flüchtlingsmedizin“ bringt seit zwei Jahren die wichtigsten Akteure zusammen und sucht nach besseren Lösungen. Dabei konnten auch schon einige Erfolge erzielt werden. Aber der Weg ist steinig, vor allem weil die bundesweite Rechtslage enge Grenzen setzt.

Das Recht auf körperliche Unversehrtheit und bestmögliche gesundheitliche Versorgung ist eben nicht nur ein Bürger-, sondern ein Menschenrecht. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe setzt sich für die Verwirklichung dieses Rechts ein. Ohne das selbstlose und unermüdliche Wirken des Medibüros wären wir in Berlin weniger weit. Dafür möchte ich Ihnen meine Anerkennung und meinen Dank aussprechen. Direkt dem Medibüro und indirekt ihren unverzichtbaren Partner/innen und Helfer/innen. Die Landesgesundheitskonferenz ist für diese Anerkennung der richtige prominente öffentliche Rahmen.

## Dankesrede

### Ole Baumann, Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin



Sehr geehrte Frau Senatorin Lompscher, liebe Teilnehmer/innen der Landesgesundheitskonferenz,

Ich möchte Ihnen im Namen des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe unsere Anerkennung dafür aussprechen, dass wir an dieser Stelle über die Situation der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen in Berlin sprechen. Wir verstehen diese Auszeichnung insbesondere als Anerkennung unserer politischen Arbeit.

Deutschland hat sich das „Recht auf körperliche Unversehrtheit“ ins Grundgesetz geschrieben und sich wiederholt international verpflichtet, jedem Menschen – egal welcher Nationalität und welchen Aufenthaltsstatus – Zugang zur medizinischen Regelversorgung zu ermöglichen. Die Realität sieht anders aus.

Anfang der 90er Jahre wurden Flüchtlinge mit der Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des heutigen § 87 des Aufenthaltsgesetzes aus der medizinischen Regelversorgung ausgeschlossen. Flüchtlinge haben seither in Deutschland – je nach ordnungspolitischen Regelungen – nur einen erheblich beschränkten oder gar keinen Zugang zu medizinischen Leistungen.

Aus Angst vor Abschiebungen werden Arztbesuche verzögert, bis sich das Leiden nicht länger aushalten lässt. Die Folge ist häufig eine Chronifizierung oder Exazerbation der Krankheit und schließlich die Notwendigkeit einer notfallmäßigen stationären und mitunter intensivmedizinischen Behandlung. Die Kosten für diese aufwendigen Behandlungen fallen schlussendlich an den Staat oder bleiben als unbeglichene Rechnungen bei den Berliner Krankenhäusern liegen. Diese Situation ist weder aus menschenrechtlicher, noch aus ge-

sundheitspolitischer Sicht tragbar.

#### Was ist zu tun?

Wäre es eine Bundeskonferenz, so könnte die Antwort nur lauten: Ersatzlose Rücknahme der Übermittlungspflicht nach §87 Aufenthaltsgesetz und des Asylbewerberleistungsgesetzes. Menschenrechte sind nicht reduzierbar.

#### Was können wir auf landespolitischer Ebene tun?

Das Land Berlin kann das geltende Recht konstruktiv nutzen. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe hat hierfür das Konzept „Anonymer Krankenschein“ vorgelegt. Wir haben damit ein Kompromissangebot gemacht, um aufzuzeigen wie eine – wenn auch eingeschränkte – medizinische Versorgung für Flüchtlinge jeder Zeit umsetzbar ist. Nach wohlwollender Kenntnisnahme durch den Gesundheitssenat wurde der Runde Tisch „Flüchtlingsmedizin“ gegründet. Über zwei Jahre fanden Verhandlungen mit den zuständigen Ressorts des Senats statt. Im Ergebnis hat der Innensenat erklärt, dass Menschen in dieser Stadt nur dann Anspruch auf eine medizinische Versorgung haben, wenn sie sich gegenüber den Ordnungsbehörden offenbaren. Auch von Seiten des Sozialsenats gab es keine Zeichen eines Entgegenkommens, geschweige denn einer Parteinahme für die Betroffenen. Die Landesregierung hat bis heute kein Kon-

zept vorlegen können, wie dem in der Verfassung und international verankerten Recht auf medizinische Versorgung entsprochen werden soll.

Sie haben uns heute eine Summe von insgesamt 2.000 Euro überreicht. Den Spendern möchten wir vielmals danken! Natürlich brauchen wir für unsere medizinische Arbeit Geld sowie Mitarbeiter/innen aus allen medizinischen Berufsgruppen. Wir freuen uns über jede Spende und jede qualifizierte medizinische Leistung. Sie sind alle herzlich eingeladen!

Aber das Recht der Menschen auf medizinische Regelversorgung kann nur politisch umgesetzt werden.

Wir als Büro für medizinische Flüchtlingshilfe wollen nicht dauerhaft als Lückenbüßer unentgeltlich staatliche Aufgaben übernehmen. Unser Netzwerk aus kooperierenden Ärzt/innen, Hebammen, Physiotherapeut/innen und Therapeut/innen, Apotheken, Psycholog/innen und Krankenhäusern kann nicht länger die Kosten einer verfehlten Politik tragen. Subsidäre und spendenfinanzierte Parallelsysteme stoßen mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten – gerade in dringenden und ersten Fällen – schnell an ihre Grenzen.

In diesem Saal sind Vertreter/innen nahezu aller gesundheitspolitisch relevanten Einrichtungen in Berlin versammelt. Es geht nicht um riesige Summen, sondern um politischen Willen. Wollen wir gesundheits- und menschenrechtspolitisch richtig, das heißt gerecht, vorausschauend und präventiv handeln? Oder wollen wir die Entscheidung über die medizinische Versorgung einem ordnungspolitischen Kalkül unterwerfen?

Frau Senatorin Lompscher, lieber Teilnehmer/innen, machen Sie uns überflüssig, schaffen Sie uns ab!  
Vielen Dank!

V.l.n.r.: Martina Schmiedhofer, Bezirksstadträtin für Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr Charlottenburg-Wilmersdorf; Gerald Müller, BKK Landesverband Mitte; Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz; Ole Baumann, Büro für medizinische Flüchtlingshilfe



# Fachforen

## Fachforum I: Psychotherapie im Alter – kein Thema!? Zur psychosozialen Unterstützung von älteren Menschen

### Teilnehmende

Michael Krenz, Psychotherapeutenkammer Berlin

Gerd Gansen, Berliner Krisendienst

Christian Traupe, AOK Nordost

**Moderation:** Elke Rodehüser, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin



### Impulsreferat Michael Krenz, Psychotherapeutenkammer Berlin

„Psychotherapie im Alter – kein Thema?“ ist eine Provokation, die ich gerne aufgenommen habe. Ich werde Ihnen anhand dieses Themas den Zusammenhang von Psychotherapie und psychosozialer Unterstützung darstellen.

Die Psychotherapie Älterer war, ist und wird immer ein Thema sein. Noch in den 80er – 90er Jahren war eine relativ große Gruppe von Psychotherapieausbilder/innen der Meinung, dass für die Psychotherapie Älterer nur schwerlich eine Indikation bestehe. Das habe ich in meiner Ausbildung ebenso gehört. In dieser Zeit wurde leider nie eine Psychotherapie Älterer besprochen.

Die Vorbehalte gegenüber älteren Patient/innen habe ich cursorisch zusammengestellt: mangelnde Motivation, eingeschränkte Ein- und Umstellungsfähigkeit, begrenzte Entwicklungsmöglichkeiten und Multimorbidität.

Hinzu kommt das zentrale Argument: Die Befürchtung, Psychotherapie destabilisiere die Patient/innen bzw. deren Familiensysteme.

Dies sind Vorurteile, die sich längst widerlegt haben, denn diese Kriterien können für alle Patientengruppen gelten, da sie keine Fragen des Alters sind. Die spezifische äußere und innere Situation, der (zeitgeschichtliche) Lebens- und eben auch der Erkrankungszusammenhang der älteren Patient/innen wird von den in der Regel jüngeren Fachleuten nur unzureichend verstanden. 30-Jährige, 40-Jährige, 50-Jährige sehen einen 60-, 70-, 80-Jährigen oder noch älteren Menschen aus seiner speziellen Lebensperspektive. Aus meiner Sicht besteht eine Generationenschanke, die noch nicht geöffnet ist.

Dann kommt ein ganz wesentlicher Moment dazu: die Beschäftigung mit der körperlichen Endlichkeit, den körperlichen und psychischen Grenzen. Psychotherapeut/innen sind plötzlich mit ihren eigenen Grenzen konfrontiert. Das macht vielen Kolleg/innen Angst. Eigene, ungelöste generationsspezifische Probleme und Konflikte zum Beispiel mit den Eltern, insbesondere aber auch Selbstständigkeits- und Abhängigkeitskonflikte werden aktualisiert. Die professionellen Helfer/innen, gerade die Jüngeren, geraten oft in eine Beziehungssituation, in der das, was sie mit den eigenen Eltern konfliktvoll erlebt haben, vergegenwärtigt wird. Das ist nicht zu kritisieren. Entscheidend ist, wie Psychologische Psychotherapeut/innen in der Beratung/Behandlung damit umgehen. Erfahrungen, die wir als Kinder und Eltern selbst gemacht haben, gehen in unser unbewusstes Beziehungsgedächtnis ein und bestimmen maßgeblich die beruflichen Beziehungen zu Älteren. Das muss reflektiert werden. Psychotherapie ist eben nicht etwas Äußeres, bei dem ich einen Fragenkatalog abarbeite. Es handelt sich vielmehr um bewegte und unbewegte Beziehungsprozesse. Eine Haltung vieler ist: „Die Älteren haben eben ihr

Leben gelebt und nun ist mal Schluss – es kostet viel Geld“. So wird es, drastisch ausgedrückt, zum Teil von der jüngeren Generation formuliert. Eine zynische Konsequenz im Alltag ist, dass die psychosoziale Versorgung älterer Menschen sich zu einer Art defensiven Palliativversorgung entwickelt. Pharmakotherapie, Hospitalisierung und eine ausschließlich unpersönliche, materielle Grundversorgung sind aus unserer Sicht nicht der richtige Weg.

### Was ist denn heute bereits psychotherapeutisch möglich?

Eine gute ambulante Psychotherapie ist vor allem für die informierten älteren Patient/innen, die mit unserem Gesundheitssystem umgehen können, realisierbar. Sie kommen zunehmend in die Psychotherapie-Praxen und werden dort behandelt. Aus meiner eigenen Praxis kann ich berichten, dass in den letzten 10 Jahren vermehrt ältere Patient/innen zur Behandlung kommen. Lassen Sie mich zwei Fälle darstellen. Im letzten Jahr rief mich eine ältere Dame an und fragt, ob sie zur Beratung kommen könne. Ihr sei gesagt worden, dass es in Mitte Psychologische Psychotherapeut/innen gäbe, die sie in einer besonderen Weise versorgen können. Es sei aber für sie so schwierig, da sie nicht in der Lage sei, mit Bussen und Bahnen hinzufahren. Ich habe mit ihr einen Termin vereinbart und es kam eine knapp 80-jährige rüstige Frau, die einen Schein in der Hand hatte und sagte: „Hier, das ist mein Bezugsschein für die Beratung vom Weißen Ring, ich bin nämlich überfallen worden.“ Sie litt seit diesem Tag an schweren Ängsten, als ihr auf dem Weg zur Physiotherapie die Handtasche von einem Mopedfahrer geklaut wurde. Ich habe ihr dann diesen „Bezugsschein“ zurückgegeben und gesagt, dass sie mit diesen Beschwerden psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen kann. Sie hat sich mit ihrer Krankenkasse beraten und ich habe sie dann in eine Psychotherapie zu einer Kollegin vermittelt. Wie ich hinterher hörte, hat sie mit ihr eine erfolgreiche Kurzzeit-Psychotherapie durchgeführt. Wenn ich die ältere Dame heute auf der Straße sehe, ist sie ganz froh und sagt, geholfen habe ihr, dass sie in dieser Situation möglichst schnell in eine Behandlung aufgenommen worden sei und zwar wohnortnah. Damit ist ein wichtiges Ziel benannt, welches es zu organisieren gilt.

In meinem zweiten Fall geht es um eine Patientin Anfang 70, bei der sich schwere Ängste und Depressionen in ganz bestimmten auslösenden Situationen immer wieder neu entwickeln, begleitet von einer chronischen Erkrankung. Mit ihr führe ich eine analytische Psychotherapie durch, eine Langzeit-Psychotherapie in einer Sonderform.

Damit will ich Ihnen verdeutlichen, dass es relativ gut über das Gesundheitssystem informierte Patient/innen sind, die fragen, von wem und wo sie Hilfe bekommen können.

In diesem Zusammenhang ist sehr wichtig, dass es keine Altersbegrenzung für die Genehmigung einer Psychotherapie nach dem Sozialgesetzbuch gibt. Relativ schlecht psychotherapeutisch werden die Patientengruppen versorgt, die diese Systemkompetenzen nicht haben. Hier fehlt das Wissen über die Psychotherapie und wie die Leistungen zu erhalten sind. Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik, alles geht durcheinander und die Empfehlung zum Beispiel vom Hausarzt zu Psychotherapeut/innen zu gehen, löst eher Ängste aus. Ein kurzes Beispiel: Ich wurde von einer Personalsachbearbeiterin aus München von der Frauenhofer Gesellschaft angerufen, die für einen Diplomingenieur einen Behandlungsplatz suchte. Es erschien ein schwerkranker, gerade von einem Herzinfarkt genesener, schwer traumatisierter Iraner, der depressiv war und aus kulturellen Gründen mit dem Gesundheitssystem, konkret dem Psychotherapieangebot, nicht umgehen konnte. Ich konnte ihn dennoch nach relativ wenigen Gesprächen an einen Kollegen vermitteln, der sich vor allem um die Folgen der schweren körperlichen Erkrankung kümmerte, so dass die aktuelle psychische Situation des Patienten auch behandelt werden konnte.

Das ist ein Beispiel für Patient/innen, die auf Umwegen kommen. Es gibt aber auch diejenigen, die einen Bedarf hätten, aber nicht kommen, weil sie aus besagten Gründen nicht wissen, was für Angebote es gibt und was überhaupt getan wird.

Im Kinder- und Jugendbereich haben wir uns diesem Thema angenommen und versuchen zum Beispiel mit dem Jugendamt oder Kliniken an die Jugendlichen und deren Familien heranzukommen. In sozialen Brennpunkten kann zusammen mit dem Jugendamt auf eine nicht ganz klassische Art und Weise die psychotherapeutische Versorgung eingeführt werden. Hier greifen interdisziplinäre Methoden- und Maßnahmenkombination in der Regel gut.

### Wie sieht die Statistik zu diesem Thema aus?

Psychische Erkrankungen nehmen im Alter zu, so wie psychische Erkrankungen generell zunehmen, dargestellt in den Reports der Krankenkassen und den epidemiologischen Untersuchungen. 19 Prozent der Berliner Bevölkerung sind 65 Jahre und älter. Ungefähr 25 Prozent der Älteren sind psychisch krank. Diese Erkrankungen, wie depressive Störungen,

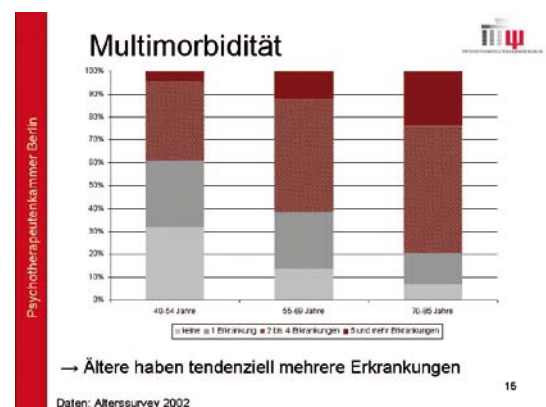
Demenzen und vor allem Ängste, treten immer in Kombination auf und sind individuell sehr stark ausgeprägt.

67 Prozent der alten Menschen in Heimen haben psychische Erkrankungen. Weit über die Hälfte (30 – 75 Prozent) hat Demenzen, bis zu 50 Prozent depressive Symptome und bis zu 20 Prozent schwere Depressionen. Untypische Depressionen treten im Alter gehäuft auf, das ist insbesondere für viele Hausärzte ein Thema. Zu ihnen kommen ältere Patient/innen, denen es nicht gut geht und die deswegen Medikamente haben möchten. Sie weisen körperliche Beschwerden und Erkrankungen auf, aber dahinter stecken oft schwere depressive Symptome und Erkrankungen.

Die Frühberentung in Berlin steigt an, in 48 Prozent der Fälle wegen verhaltens- und psychischen Störungen.



Die Multimorbidität nimmt bei den 40- bis 54-Jährigen und besonders den 70- bis 85-Jährigen rapide zu. Bei den Hochaltrigen weisen nur noch zirka 6 Prozent keine Erkrankungen auf. Diesen statistischen Ergebnissen muss auf der Versorgungsebene Rechnung getragen werden.



### Warum Psychotherapie älterer Patient/innen? Wo liegt der Nutzen?

Das ist eine zentrale Frage jeder Krankenkasse. Lohnt sich das? Ist es wirtschaftlich? Was kann das im engeren Sinne heißen? Eine zentrale

Forderung ist, dass Patient/innen aus Altersgründen keine Psychotherapie vorenthalten werden darf. Psychische und psychosomatische Symptomatik und Erkrankungen sind mit erheblichem Leidensdruck verbunden, zum Beispiel bei Depressionen und Ängsten. Diese können behandelt werden. Psychotherapie kann den älteren Patient/innen neue Orientierung und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen. Das ist eines der Ziele bei der Behandlung mit psychologischen Mitteln. Es sollen Möglichkeiten erarbeitet werden, die Merkmale einer Depression zu verstehen: den Rückzug, das Nicht-mehr-handeln-können, Konflikte, die eine Anpassung und Neuorientierung verhindern. Psychotherapie kann die Lebensqualität erheblich erhöhen und damit die Chronifizierung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen verhindern. Altersbedingten Erkrankungen wird vorgebeugt und deren Bewältigung besser ermöglicht.

Ich möchte Ihnen von einer Osteoporosepatientin erzählen. Aufgrund von Knochenbrüchen war sie zur Behandlung zwei Mal im Krankenhaus. Die Konsequenz ihrer Erkrankung ist, dass sie sehr auf sich achten muss, was bei ihr Angst verursacht. Angst ist einerseits wichtig, da sie als Warnsystem vor körperlicher Überforderung schützt. Die Schwierigkeit besteht darin, trotz der Angst mit dieser chronischen Erkrankung den Körper zu trainieren, um die verbliebene Knochensubstanz zu erhalten. Das ist oft konfliktreich, denn die Patientin beginnt zu verstehen, dass ihre Ängste vor einem Sturz oder vor Überforderungssituationen Motive sind, sich zum Beispiel nicht mit Freund/innen zu treffen und sich aus Kontakten zurückzuziehen. Den Konflikt, der hinter den Ängsten steht zu thematisieren, ihn anzusprechen und zu bearbeiten, fördert schließlich aber die Mobilität.

Ein wesentlicher Punkt bei der Psychotherapie im Alter ist die Förderung der Autonomie. Hospitalisierung und die Einweisung in ein Pflegeheim kann somit oftmals verhindert werden. Wichtig ist die Situation im Alter konkret aufzunehmen, um so zu erkennen, welche Maßnahmen nötig sind, um psychische und physische Ressourcen zu aktivieren. Psychotherapie kann aus unserer Sicht mittel und langfristig die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen optimieren und damit letztlich auch Kosten einsparen. Aus meiner praktischen Erfahrung kann ich ableiten, dass Patient/innen vom Hausarzt oft nicht an eine/n Psychotherapeut/in überwiesen werden, weil sich die Symptomatik körperlich präsentiert. Der Hausarzt kann zum Teil den Zusammenhang

nicht erkennen und erklärt den Patient/innen, dass die Symptome normale Alterserscheinungen sind. Gesundheitsleistungen könnten präziser und zielgenauer eingesetzt werden, wenn den behandelnden Ärzt/innen deutlicher ist, wie das Wechselspiel zwischen Körper und Psyche zusammenhängt. Sehr wichtig ist hier die Medikamententherapie. Ältere Patient/innen sind eine enorme Abnehmerschaft für Arzneimittel. Zu hinterfragen ist jedoch, ob die zum Teil unkoordinierte Einnahme nicht mehr Schaden als Gesundung herbeiführt. Dazu muss der Austausch zwischen den Fachärzt/innen über die Medikation verbessert werden.

#### **Wer kann Psychotherapie in Anspruch nehmen?**

Alle Patient/innen haben ein Erstzugangsrecht zu Psychotherapeut/innen. Jede Leistung, die keine Kassenleistung ist, muss privat bezahlt werden. Zum besseren Verständnis: Es gibt niedergelassene Psychotherapeut/innen, die sozialrechtlich zugelassen sind, also Kassentherapien machen können. Diese kassenzugelassenen Kolleg/innen sind verpflichtet, nach den Psychotherapierichtlinien zu behandeln. Die Richtlinien stehen im Kontext zur Bezahlung durch die Krankenkassen. Doch nicht alles was notwendig und nützlich wäre, wird von den Kassen erstattet. Es muss eine psychische bzw. eine psychosomatische Erkrankung vorliegen. Im Sinne des Sozialgesetzbuches V ist Psychotherapie immer eine Krankenbehandlung. Dazu gehören zum Beispiel auch psychische Erkrankungen in Folge von schweren körperlichen Erkrankungen. Nach fünf probatorischen Sitzungen („Probesitzungen“) erfolgt die Indikationsstellung zur Behandlung. Jede/r Psychotherapeut/in muss eine Art Behandlungsplan vorlegen, der von Gutachtern positiv oder negativ beschieden werden kann. Außerdem ist jede Psychotherapie zeitlich begrenzt, Patient/innen erhalten also nur ein limitiertes Stundenkontingent. Ein ganz entscheidender Punkt ist, dass Erziehungs-, Lebens-, Familien-, Sexual- und andere Beratungen überhaupt nicht vergütet werden. Gerade bei der Vernetzung von Gesundheitsberufen ist das problematisch. Benötigen Ältere Hilfe bei Familienproblemen o.ä. müssen sie in eine Lebensberatungsstelle oder zu einer anderen Einrichtung gehen. Wir sind uns durchaus darüber bewusst, dass diese Trennung künstlich ist. Gerade bei einer Beratung/Behandlung Älterer ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwingend und Grundlage des Erfolges.

#### **Wer sind die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?**

Seit 1999 sind diese zwei neuen Heilberufe gesetzlich eingeführt, die den Fachärzten gleichgestellt sind. Ich bin auch ein Angehöriger dieser Berufsgruppe und stehe der Psychotherapeutenkammer vor. Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes, ebenso wie die Ärztekammer, die Tierärztekammer, die Apothekerkammer oder die Zahnärztekammer. Die Basis unseres Handelns ist das Berliner Heilkammergesetz. Unser Selbstverständnis ist, dass wir eine Behörde mit hoheitlichen Aufgaben sind. Uns obliegen zum Beispiel die gesamte Berufsaufsicht, die Fortbildungsverpflichtung und deren Einhaltung. Gleichzeitig haben wir als Vorstand ganz konkret festgelegte fachliche, innovative Perspektiven. Dazu gehört die Psychotherapie benachteiligter Patientengruppen zu entwickeln und zu verbessern, besonders in Fällen von Fehl- oder Unterversorgung. Ein Beispiel für diese Gruppen sind die Älteren. Ein weiteres sind Kinder und Jugendliche, die nicht in der Lage sind das Richtlinienangebot wahrzunehmen. Eine andere große Patientengruppe sind die Migrant/innen, wie in meinem zweiten Fallbeispiel deutlich wurde.

Die Professionalisierung der Berufsausübung von psychologischen Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen ist zudem von zentraler Bedeutung. Uns ist wichtig, dass eine qualitativ hochwertige Psychotherapie angeboten wird, dass aber auch eine Vernetzung mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen möglich ist. Als Beispiel möchte ich ein Projekt mit der Zahnärztekammer nennen, bei dem es um die Psychosomatik in der Zahnheilkunde geht. In einer Sprechstunde, zu der die Zahnärzt/innen die Patient/innen überweisen können, wird eine erneute Untersuchung von anderen Zahnärzt/innen und psychologischen Psychotherapeut/innen vorgenommen. Diese Methode ist sinnvoll, wenn es in der konventionellen Zahnarztbehandlung nicht weiter geht. Nachdem analysiert wurde, wie Probleme psychisch oder körperlich zusammenspielen, wird dem/der Patient/in bzw. dem/der überweisenden Kolleg/in vorgeschlagen, wie man weiter vorgehen kann, welche Behandlung eventuell noch eingeleitet werden muss oder ob der/die Patient/in nicht gar eine Psychotherapie braucht.

#### **Wie sehen die „harten“ Daten aus?**

In Berlin gibt es insgesamt 3454 psychologische Psychotherapeut/innen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (KJP). Das



Schwergewicht liegt mit knapp 2000 bei den ambulant Niedergelassenen. Dann gibt es eine große Gruppe von Kolleg/innen, die in den Beratungseinrichtungen arbeiten, wie hier im Berliner Krisendienst. 309 Kolleg/innen arbeiten in unterschiedlichen Funktionen in Kliniken. Für uns überraschend war die Erkenntnis, dass bereits knapp 80 Prozent der psychotherapeutischen Versorgung im engeren Sinn von den psychologischen Psychotherapeut/innen und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen vorgenommen wird.

### Einige „harte“ Daten:

Kammermitglieder (PP und KJP)	3.454
• davon sozialrechtlich Zugelassene (KV)	1.732
• KJP	455
• KJP/PP = „Doppelapprobierte“	101
• Ambulant tätige PP	1.923
• Stationär tätige PP	309
• PP und KJP in Beratungseinrichtungen	830

Knapp 80 % der psychotherapeutischen Versorgung der Berliner Bevölkerung erfolgt durch PP und KJP.

### Welchen Beitrag leisten die Psychotherapeut/innen bei der psychosozialen Versorgung?

Fakt ist, dass ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflege, Ärzteschaft, Sozialarbeit, Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen und vielen anderen im ambulanten sowie stationären Bereich keine Vernetzung stattfindet und somit keine angemessene und erfolgreiche psychosoziale Versorgung umgesetzt werden kann. Ich will konstatieren, dass das eine Binsenweisheit ist, eine politische Entscheidung mit finanziellen Konsequenzen wird jedoch nicht getroffen. Die Fachleute müssen mit der Gesundheitspolitik und den Kassen ins Gespräch kommen, damit überhaupt ein Versorgungsangebot gemacht werden kann. Ich kritisiere, dass das gar nicht oder nur unzureichend passiert. Die Umsetzung muss pragmatisch erfolgen und regional organisiert sein. Im Bereich Kinder und Jugendliche haben wir damit gute Erfahrungen. Ein interdisziplinäres Kollegium hat sich mit der Fragestellung befasst, warum die Zusammenarbeit teilweise unzureichend ist. Interessant war, dass alle Professionen aus verschiedenen Perspektiven das Problem erkennen. Aber wichtig ist das daraus folgende Handeln. Wir benötigen nicht zwangsläufig große Modellprojekte. Die Versorgung kann schnell und pragmatisch umgesetzt werden, wenn beispielsweise der psychologische Psychotherapeut mit dem Hausarzt zusammenarbeitet.

### Was kann in Berlin über das Angebot der Einzelpsychotherapie hinaus getan werden?

Ich favorisiere, dass regional unterschiedliche psychosoziale Versorgungspfade für ältere Patient/innen mit anderen Professionen entwickelt werden. Hier kann nach Indikation Psychotherapie als eine Maßnahme neben anderen angeboten werden. Diese Idee beinhaltet auch eine koordinierende Stelle, wobei die Zusammenarbeit nicht zentral bestimmt werden soll. Hier spielen wiederum ökonomische Gesichtspunkte eine Rolle, da die Leistungserbringer in Konkurrenz stehen und Kooperationen nur eingeschränkt möglich sind. Wir engagieren uns für die Mitarbeit in Konsil- und Liaisondiensten für ältere Patient/innen, die ggf. auch entwickelt werden können. Des Weiteren sind Angebote von Supervisionen oder Balint-Gruppen sinnvoll. In einer Balint-Gruppe arbeiten zum Beispiel verschiedene Professionen an einem Fall und heben die Schwierigkeiten hervor, so dass jeder besser verstehen kann, was der andere macht.

Es fehlt auch an Patienteninformationen speziell für Ältere. Oft wissen die Betroffenen nicht wo der Unterschied zwischen einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem Psychologen ist. Wir haben großes Interesse eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, der Pflege u.a. zu entwickeln. Es gibt bereits gute Ansätze und ich will vor allem signalisieren, dass wir reflektieren, wie wir uns beteiligen können.

Zu den aktuellen Projekten der Psychotherapeutenkammer zur Psychotherapie älterer Patient/innen gehört die Entwicklung einer curricularen Fortbildung für psychologische Psychotherapeut/innen. Entgegen einer Fortbildungsveranstaltung wird ein Block von Veranstaltungen über eineinhalb Jahre vermittelt, in dem Besonderheiten der Psychotherapie Älterer vermittelt werden. Informationen über unterschiedliche Perspektiven, neue Erkenntnisse und angemessene Behandlungsstrategien sollen dort Platz finden. Außerdem möchten wir die Zusammenarbeit mit den Kolleg/innen, die bereits ältere Patient/innen behandeln, fördern. Dazu haben wir eine kleine Umfrage durchgeführt, die noch ausgewertet werden muss. Es soll damit eine kollegiale Austauschkultur gestiftet werden. Als drittes Beispiel möchte ich Ihnen ein konkretes Supervisionsangebot für Mitarbeiter/innen in der Pflege nennen, das bereits existiert.

Psychotherapie im Alter – für uns Psychotherapeut/innen auf jeden Fall ein Thema.

Vielen Dank!

### Psychosoziale Unterstützung älterer Menschen durch den Berliner Krisendienst

Gerd Gansen vom Berliner Krisendienst gab in seinem Vortrag einen kurzen Einblick in das Tätigkeitsfeld des Berliner Krisendienstes. Ein Themengebiet des Berliner Krisendienstes stellt die psychosoziale Unterstützung von älteren Menschen dar.

Ältere Menschen können ähnliche psychische Krisen erleben wie Jüngere. Dazu gehören Lebenskrisen, die beispielsweise aus familiären Konflikten, Trennungen oder Übergängen von einer Lebensphase in die andere resultieren. Unterstützungsbedarf entsteht aber auch nach Traumatisierungen, suizidalen oder psychiatrischen Krisen. Letztere können unter anderem durch Depressionen ausgelöst werden. Für ältere Menschen sind Verlusterfahrungen oft ursächlich für Krisen, da die Lebensphase des Alters häufiger durch Verluste geprägt ist:

- Verlust von Gesundheit
- Verlust sozialer Beziehungen
- Verlust der Mobilität
- Verlust der Autonomie in der Selbstversorgung

Solche Verlusterfahrungen können sich wiederum verstärkt negativ auf Krisenverläufe auswirken.

Gerd Gansen wies auf den Unterschied zwischen psychischen Krisen und Erkrankungen hin. Für die Übernahme der Kosten einer Psychotherapie durch die Krankenkassen ist



das Vorliegen einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung erforderlich. Viele Krisen sind jedoch Teil des Lebens, die aus besonderen Situationen entstehen, ohne dass daraus gleich eine diagnostizierbare psychische Erkrankung resultiert.

Die Inanspruchnahme des Berliner Krisendienstes steigt von Jahr zu Jahr an. In den Jahren 2008 und 2009 gab es in ganz Berlin über 50.000 Kontakte zum Krisendienst. 75 Prozent der Menschen, die in dieser Zeit Kontakt zum Berliner Krisendienst aufnahmen, waren zwischen 21 und 50 Jahren alt. Trotz intensiver Bemühungen des Berliner Krisendienstes seine Angebote in der Öffentlichkeit

darzustellen, liegt der Anteil der Klienten, die älter als 61 Jahre sind, bei 6 bis 9,5 Prozent. Gründe hierfür sind, dass ältere Menschen bei eigener Hilflosigkeit häufig Schamgefühle entwickeln und bei der Inanspruchnahme von Hilfen von außen sehr zurückhaltend reagieren. Hinzu kommt, dass ältere Menschen häufig bereits viele Krisensituationen bewältigt haben. Sie greifen dann auf bewährte Mittel zurück, die aber nicht immer die beste Lösung darstellen. Das Konzept Krise dient vielen älteren Menschen offenbar nicht als Selbstbeschreibung. Eine größere Schnittmenge besteht mit dem Begriff der Seelsorge sowie mit kirchlichen Trägern. Konfessionell gebundene ältere Menschen haben mehr Möglichkeiten auf Unterstützungsangebote aus diesem Segment zurückzugreifen. Des Weiteren befürchten viele ältere Menschen, dass mit der eigenen Organisation von Hilfe ein Verlust von Autonomie einhergeht. Diese Furcht spielt bei der geringen Inanspruchnahme älterer Menschen von psychosozialen Hilfsangeboten eine große Rolle.

### Psychotherapie bei älteren Versicherten aus Sicht der Krankenkassen

Christian Traupe von der AOK Nordost erklärte, dass psychische Erkrankungen verstärkt in den Fokus der Fachöffentlichkeit rücken. Die Konzentration liegt bisher jedoch auf den psychischen Erkrankungen jüngerer Menschen. Die 7. LGK macht verstärkt auf den Aspekt der psychischen Erkrankungen des älteren Teils der Bevölkerung aufmerksam. Auch die Zahlen der AOK deuten darauf hin, dass ältere Menschen deutlich seltener Psychotherapie in Anspruch nehmen als jüngere Menschen. Dies sei letztlich gegen die Logik, da man zu Recht davon ausgehen kann, dass bei älteren Menschen psychische Probleme stärker auftreten. Die Hypothesen der AOK über Gründe der geringen Inanspruchnahme ähneln denen, die bereits von der Psychotherapeutenkammer und dem Berliner Krisendienst aufgestellt wurden. Zum einen nehmen ältere Menschen psychische Probleme häufig nicht als Krankheit wahr, da bei ihnen noch ein stark biologisch orientiertes Krankheitsverständnis vorherrscht. Zum anderen werden psychische Probleme von Teilen der Angehörigen, aber zuweilen auch bei Pflegepersonal oder Leistungsanbietern als altersbedingte Erscheinung und nicht als psychische Erkrankung wahrgenommen. Dementsprechend fehlt eine Weiterleitung innerhalb des Gesundheitswesens. Ein weiteres Problem sind häufig vorkommen-

de Fehldiagnosen bei der Behandlung älterer Menschen. So werden beispielsweise Depressionen nicht immer als solche erkannt und mit Demenzercheinungen oder anderem verwechselt.

Eine weitere Hypothese bezüglich der geringen Inanspruchnahme von Psychotherapie im Alter betrifft den Zugang älterer Menschen zu psychotherapeutischen Leistungen: Zum einen wird nicht ausreichend über Hilfsangebote informiert, zum anderen haben ältere Menschen häufig eine eingeschränkte Mobilität. Dies führt zu einer Reihe von Problemen: Wenn es



zu keiner adäquaten Behandlung kommt wird die Lebensqualität der Versicherten negativ beeinträchtigt.

Es bestehen zwei weitere indirekte Folgewirkungen, die für die AOK, aber auch für die Betroffenen große Relevanz besitzen. Erstens können psychosomatische Formstörungen insbesondere im Schmerzbereich auftreten. Hier kommt es zu gesundheitlichen Problemen, obwohl keine körperliche Ursache vorliegt. Dass hierbei im Hintergrund eine psychische Erkrankung besteht wird dabei häufig nicht erkannt. Zweitens existiert eine mangelnde Compliance bei psychischen Erkrankungen im Bezug auf andere Erkrankungen. Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, haben oft noch weitere Beschwerden. Die Medikamenteneinnahme einzuhalten oder den Lebenswandel umzustellen, was bei psychischen Erkrankungen häufig notwendig ist, kann von multimorbiden psychisch kranken Menschen oft nur schwer umgesetzt werden. Christian Traupe führte das Beispiel eines an Depressionen leidenden Diabetikers auf, der bereits Schwierigkeiten habe, morgens das

Bett zu verlassen. Dieser Patient wird es schwer haben, sich pünktlich sein Insulin zu verabreichen oder seine Ernährungsgewohnheiten umzustellen. Eine Kombination, die in einen Teufelskreis führt: Zu physischen Erkrankungen kommen teilweise psychische Erkrankungen hinzu. Durch die psychische Erkrankung funktioniert wiederum die Strategie zur Behandlung der physischen Erkrankung nicht. Wenn sinnvolle Behandlungspfade durch die psychische Erkrankung nicht umgesetzt werden können, ist dies für die Krankenkassen im Interesse der Versicherten aber auch aus Kostengründen ein Problem.

Christian Traupe nannte einige wichtige Punkte im Hinblick auf mögliche Lösungen. Eine Früherkennung psychischer Probleme sei gerade bei älteren Menschen von großer Bedeutung. Hier müssten die geeigneten Mittel und Wege noch besser identifiziert werden. Eine Lösungsmöglichkeit wäre die verbesserte Information von Hausärzten und Pflegepersonal, um frühzeitig eine entsprechende Behandlung einleiten zu können. Des Weiteren sollten Psychotherapeut/innen – insbesondere im Bereich der Heimversorgung – besser eingebunden werden. Mithilfe einer Supervision könnte eine vernünftige Aufgabenteilung zwischen Psychotherapeut/innen und Pflegepersonal stattfinden. Das so geschulte Pflegepersonal, das im direkten Umfeld zu den Patient/innen steht, könnte somit schnell und adäquat reagieren.

Ein grundsätzliches Thema bei psychischen Erkrankungen ist eine bessere Vernetzung. Der gute Wille zur Vernetzung der Akteure scheitert häufig am bestehenden Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Dieser müsse auf ver-

nünftige Bahnen gelenkt werden. Es müssen neue Lösungsansätze zu Behandlungspfaden innerhalb des Gesundheitswesens gefunden werden. Zudem sollte eine bessere Vernetzung zwischen dem Gesundheitswesen und den Angeboten außerhalb des Gesundheitswesens, das heißt von staatlicher bzw. städtischer Seite erfolgen. Nicht nur bei psychischen Erkrankungen spielen soziale Faktoren eine Rolle. Für nachhaltige Problemlösungen müssen diese beiden Bereiche zusammenarbeiten.

Die im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen lassen sich durch das familiäre Umfeld ergänzen. Für die AOK erscheint es wichtig, Angehörige stärker in die Betreuung psychisch kranker älterer Menschen einzubinden. Hierzu besteht ein Kursangebot der AOK für pflegende Angehörige. Zurzeit liegt der Schwerpunkt noch auf den pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Solche Ansätze könnten auch auf die pflegenden Angehörigen von depressiv Erkrankten ausgedehnt werden.

Christian Traupe begrüßte das sich stärker entwickelnde Problembewusstsein hinsichtlich psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen. Es trete langsam aber sicher ein wichtiger Erkenntniswandel ein, der eine aktive Auseinandersetzung mit diesem Thema unabdingbar mache.

## Diskussion

In der anschließenden Diskussion wurde das Thema der psychosozialen Unterstützung von älteren Menschen nochmals vertieft. Dabei wurde auf die Kluft zwischen Beratung und Therapie aufmerksam gemacht. Die kurzen Sprechzeiten der Hausärzte werden als möglicher Grund angesehen, dass psychische Erkrankungen oft unerkannt bleiben. Aufgrund dessen erfolgt häufig keine Überweisung an einen Psychotherapeuten. Diesbezüglich wurde ein durch Krankenkassen gefördertes Konzept der stärkeren Zusammenarbeit zwischen Hausarzt/innen und Psychotherapeut/innen gefordert. Es soll eine stärkere Kooperation zwischen psychotherapeutischen und (haus)ärztlichen Berufen ermöglichen.

Aufgrund von Mobilitätseinschränkungen können ältere Menschen oft keinen Psychotherapeuten aufsuchen. Nur wenige Psychotherapeuten bieten Hausbesuche an. Michael Krenz sieht für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen die Schaffung neuer Formen von psychotherapeutischen Behandlungssettings als notwendig an. Es ist jedoch gesetzlich festgelegt, dass Psychotherapeuten einen festen Praxissitz brauchen, an dem die Versorgung sichergestellt werden kann. „Nichtwartzimmerfähigen Patienten“ muss eine alternative Versorgungsform angeboten werden. Dazu gehört bei-

spielsweise die aufsuchende Therapie oder eine beratende Versorgung anhand von Supervision. Der Berliner Krisendienst verfügt über Möglichkeiten hilfsbedürftige Menschen vor Ort aufzusuchen und zu beraten.

Um psychotherapeutische Maßnahmen bei älteren Menschen besser zu etablieren wurde auf die Erfahrungen der Homecare Ärzt/innen verwiesen und damit auf eine mögliche Zusammenarbeit von ambulanter Psychotherapie mit Homecare Ärzt/innen aufmerksam gemacht. Nähere Infos zu Homecare Ärzt/innen sind unter [www.homecareberlin.de](http://www.homecareberlin.de) zu finden.

Durch die vorherrschende Stigmatisierung der Psychotherapie scheuen sich viele Patient/innen vor dem Aufsuchen einer psychotherapeutischen Praxis. Das führt dazu, dass sich viele jahrelang in Arztpraxen und Kliniken behandeln lassen, ohne eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung zu erhalten.

Außerdem wurde das große Problemfeld „Sucht im Alter“ angesprochen. So wurde insbesondere auf Alkoholsucht von älteren Frauen eingegangen und festgestellt, dass Entzugsmöglichkeiten für ältere Menschen kaum vorhanden sind. Dabei entstehen laut AOK bei suchtkranken Menschen deutlich höhere Kosten über die Gesamtbehandlung aller Krankheiten gegenüber Nicht-Suchtkranken.

## Fachforum II: Auf dem Weg zur demenzfreundlichen Stadt Berlin – Beispiele und Erfahrungen aus den Bezirken

### Teilnehmende

Markus Rohner und Stephan Schikorra, GPV – Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund  
Charlottenburg-Wilmersdorf

Veronika Vahrenhorst und Robert Stephan, Pflegestützpunkt Lichtenberg

**Moderation:** Sybille Kraus, St. Hedwigs-Kliniken Berlin



### Impulsreferat Markus Rohner und Stephan Schikorra, GPV – Gerontopsychiatrisch- Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf

Markus Rohner und Stephan Schikorra vom Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbund (GPV) Charlottenburg-Wilmersdorf stellten die Kampagne „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ vor.

Die Kampagne „Unsere Kommune ist demenzfreundlich – Charlottenburg Wilmersdorf“ kann als Element in den deutschlandweiten Bemühungen und Aktionen verstanden werden, Menschen mit Demenz mehr in die Gesellschaft und die Krankheit Demenz besser in die gesellschaftliche Diskussion zu integrieren. Somit ist auch die Zielstellung des Projekts zweigeteilt.

Eine große Gewichtung der Kampagne liegt darin, aufzuklären und über die Krankheit Demenz zu informieren. Es sollten und wurden Plattformen angeboten, über die sich Menschen nicht nur informieren, sondern auch miteinander ins Gespräch kommen können. Das andere Ziel ist die bessere gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz.

### Der Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V.

Um dies zu schaffen, war die Struktur in der das Projekt eingebettet ist, besonders wichtig. Träger der Kampagne ist der Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V. (GPV). Der GPV wurde 1997 als Modellprojekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ gegründet. 2007 wurde aus dem Modellprojekt ein eingetragener, gemeinnütziger Verein, der mittlerweile 43

Einrichtungen hat, die im Bereich der Altenpflege tätig sind. Das sind im Wesentlichen Krankenhäuser, Heime, ambulante Pflegedienste und Tageskliniken. Ein wichtiges Ziel des Vereins ist es, die Versorgungssituation in Charlottenburg-Wilmersdorf, einem Bezirk mit 320.000 Menschen, zu verbessern. Zentrale Aktivitäten des Verbunds spielen sich in den Arbeitsgruppen ab, in denen es darum geht, im kollegialen Gespräch Synergien herzustellen und durch fortlaufende gemeinsame Fortbildungen ein einheitliches Verständnis von Qualität zu erhalten. Zu diesen Arbeitsgruppen gehören beispielsweise die Foren für stationäre und ambulante Pflege. Hier werden aktuelle und praxisrelevante Themen der Gesundheitspolitik und des Pflegemanagements bearbeitet. Ein weiterer Baustein sind öffentlichkeitswirksame Bemühungen und Aktionen. So engagiert sich der GPV beispielsweise seit Jahren im deutschen Pflegeforum.

### Hintergrund der Kampagne „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“

Neben einigen anderen regelmäßigen Veranstaltungen des GPV gibt es auch anlassbezogene Arbeitsgruppen. Eine davon wurde 2009 gegründet, nämlich die Arbeitsgruppe, die das Projekt „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ initiiert und umgesetzt hat. Ein Grund für diese Initiative ist sicherlich in der steigenden Zahl der Menschen mit Demenz zu finden. Da Demenz aufgrund des spezifischen Krankheitsverlaufs unterdiagnostiziert ist, kann man keine präzisen Angaben über die Anzahl der Menschen mit Demenz machen. Diese Zahl beläuft sich in Deutschland momentan auf rund 1,2 Millionen. Für Charlottenburg-Wilmersdorf bedeutet das rund 5000 Menschen mit Demenz. Die Zahl der Neuerkrankungen liegt in Deutschland bei etwa 200.000 pro Jahr. Für Charlottenburg-Wilmersdorf sind es demnach rund 770. Der Prognose nach soll für das Jahr 2030, bei gegebenen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen, die Zahl der Menschen mit Demenz auf zwei Millionen ansteigen. Das ist die Krankheitslast, die den Hintergrund für die vielen Aktivitäten bildet. Diese Zahlen und vor allen Dingen die Tatsache, dass die Krankheit Demenz häufig tabuisiert wird und viele Ängste mit dieser Erkrankung verbunden sind, bilden die Basis des Engagements. Drei Zahlen skizzieren, welche Ressourcen eingesetzt werden, um die Krankheitslast von Demenz zu verringern: Weltweit sollen ungefähr 25.000 Forscher daran arbeiten, Demenz und insbesondere Alzheimer zu erforschen.

Der Bund hat im Jahr 2008/2009 einen Betrag von 13 Millionen Euro eingesetzt, um die bes-

ten Versorgungskonzepte zur Demenz zu fördern.

Die Robert Bosch Stiftung hat ein Förderprogramm zur Schaffung demenzfreundlicher Kommunen ausgeschrieben, auf das sich 500 Kommunen beworben haben und das 50 Initiativen mit mehr als 500.000 Euro gefördert hat. Diverse andere Stiftungen loben ebenso Fördermittel aus, beispielsweise das Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Charlottenburg-Wilmersdorf ist einen besonderen Weg gegangen. Der GPV hat zusammen mit den Mitgliedern und anderen Unterstützern und vor allem zusammen mit dem Bezirksamt und der Abteilung für Gesundheit, Soziales, Umwelt und Verkehr und der Leitung von Frau Martina Schmiedhofer, starke Kooperationspartner, die den Verbund nicht nur mit Geld, sondern auch mit ihrem Wissen und ihrer Zeit unterstützen. Insgesamt konnte für das Jahr 2010 ein Betrag von 45.000 Euro zur Verfügung gestellt werden. Schirmherrin der Kampagne ist die Bürgermeisterin Monika Thiemen.

### Die Kampagne

Die demenzfreundliche Kommune und mit ihr die Aktion Demenz ist eingebettet in Bemühungen, die es in ähnlicher Weise schon einige Jahre vorher gab. Bereits in den 70er Jahren wurden mit der Reform in der bundesdeutschen Psychiatrie ähnliche Wege bürgerschaftlichen Engagements beschritten. Dazu zählen der Ausbau gemeindenaher Versorgungsbausteine und alles, was damit zusammenhängt, die Menschen stärkt und sie aus einer Tabuzone herausnimmt. Antistigmatisierungskampagnen wurden in den 70er Jahren stark aufgegriffen. Jetzt ist es die Demenz, die die Menschen bewegt, Aktionsbündnisse zu bilden.

Im Rahmen der Kampagne „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ wurden rund 80 Veranstaltungen angeboten und auch im Jahr 2011 wird es in Charlottenburg-Wilmersdorf mit der Kampagne weitergehen. Es ist eine bunte Kampagne – nicht nur deswegen gibt es ein farbiges Logo. Es ist eine wichtige Botschaft, dass Demenz nicht nur schwarz und grau und nur Depression und Last ist. Es gibt weitere wichtige Aspekte in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz: Fröhlichkeit, Zuversicht, Nähe und Kultur sind einige davon. Es geht nicht nur um Kuration, sondern auch um Prävention. Und Prävention bedeutet auch, gute Laune zu verbreiten. Das Programm beinhaltet Informationsveranstaltungen rund um das Thema Demenz für Profis, für die BVG, für Schulen, für Kirchengemeinden. Überall dort, wo Informationsbedarf zum Thema „Demenz“

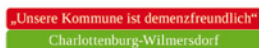
besteht, führt der GPV Fort- und Weiterbildungen in Kooperation mit der Alzheimer-Gesellschaft sowie anderen Expert/innen und Instituten durch. Ein wichtiger Schwerpunkt besteht darin, in die Gemeinden, in die Gesellschaft hinein zu gehen. Dazu wurden Kinoabende veranstaltet, mit Filmen zum Thema Demenz, die zum Teil sehr gut besucht waren und immer wieder berührten. Für Informationsveranstaltungen sind Kirchengemeinden ein ganz wichtiger Ansprechpartner. Die Mitarbeiter/innen in den Kirchengemeinden stellen zunehmend fest, wie wichtig Seniorenarbeit ist und damit zum Beispiel auch die Arbeit mit dem Thema „Demenz“. Es geht darum, die Ausgrenzung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu vermeiden, auch dort wo Gemeinschaft eine Verpflichtung ist. Der GPV ist im Kontakt mit den Kirchenkreisen Charlottenburg und Wilmersdorf sowie dem Geistlichen Zentrum für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen im Kirchenkreis Schöneberg. Zwei Kirchengemeinden im Bezirk haben im Jahr 2010

Der GPV hat sich im Rahmen der Kampagne auch an die Menschen gewendet, um die es eigentlich geht – Menschen mit Demenz. Ein Höhepunkt hierzu war das „Bunte Herbstfest“ in der Evangelischen Auen-Kirchengemeinde. Zum Herbstfest kamen rund 150 bis 160 Personen.

Im Jahr 2011 werden strukturelle Arbeiten stärker im Zentrum der Arbeit stehen.

### Arbeiten an den Strukturen – Heute und in Zukunft

Der GPV hat mit dem Handelsverband Berlin-Brandenburg (HBB) eine Kooperation geschlossen. Im Rahmen dieser Kooperation wurde in Form eines Faltposters ein Leitfaden für Menschen mit Demenz in den Ladenlokalen von Charlottenburg-Wilmersdorf verteilt. In diesem Faltposter werden u.a. kurz und knapp die wesentlichen Merkmale benannt, die im Umgang mit Menschen mit Demenz beachtet werden sollten. Des Weiteren gibt es eine Kooperation mit der BVG. Die Beschäftigten der BVG sollen im Umgang mit Menschen mit



## „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“

### - Eine Kampagne als Zukunftswerkstatt -



Siebte Landesgesundheitskonferenz Berlin  
28. Oktober 2010

1

Gottesdienste für Menschen mit Demenz mit der Unterstützung des GPV organisiert und durchgeführt. Diese wurden sehr gut angenommen. Zum Teil waren 200 Personen in der Kirche. Anlässlich des Welt-Alzheimer-tages, der jedes Jahr im September stattfindet, fördern und unterstützen wir in der Kaiser-Wilhelm Gedächtniskirche einen Gottesdienst für pflegende Angehörige und Menschen, die in diesem Bereich tätig sind. In einem Pflegestützpunkt in der Bundesallee wird aus Büchern zum Thema „Demenz“ vorgelesen. Auch dies wurde sehr gut angenommen.

Demenz geschult werden und erhalten dazu auch einen Leitfaden. Eine weitere Kooperation besteht mit dem Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA Berlin.

Zwei weitere Projekte sind sehr wichtig. Bei der Kampagne „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ interessiert auch die Frage, wie sehen betroffene Angehörige und die Betroffenen dies selbst. Welche Wünsche haben diese, was kann man aus deren Sicht im Bezirk verbessern? Dazu wurde ein professionell moderierter und sehr effektiver Workshop abgehalten.



gehörig sein. Pflegende Angehörige und Betroffene fallen oftmals in ein emotionales Loch nach dem die Diagnose Demenz gestellt wurde. Nicht alle wissen, was auf Sie zukommt, geschweige denn, welche unterstützenden Angebote es im Bezirk gibt, auf die Sie zurückgreifen könnten. Um hier eine Art erste Hilfe anzubieten, sollen speziell geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter/innen die Betroffenen aufsuchen und Ihnen Unterstützungsmöglichkeiten anbieten.

**Impulsreferat  
Veronika Vahrenhorst  
und Robert Stephan,  
Pflegestützpunkt Lichtenberg**

Die Diskussion war sehr rege. Menschen haben sich geäußert und mahnten an, dass sich die Unterstützungsleistungen des öffentlichen Verkehrs weiter verbessern müssten, dass solche Kampagnen wie „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ besser in der Öffentlichkeit kommuniziert werden sollten. Zu diesem Workshop wird es in naher Zukunft ein Gespräch mit der Stadträtin geben, in dem die Bürger/innen direkt Ihre Anliegen vortragen können.

Das zweite Projekt hat zurzeit die größte Aktualität. Es handelt sich um die „Schutzräume für Menschen mit Demenz“. Immer wieder werden Menschen zum Beispiel auf der Straße orientierungslos angetroffen. Oft müssen diese Menschen auf die Polizeiwache gebracht werden oder im Funkwagen sitzen. Eine Situation, die für die Betroffenen unangenehm ist. Das Ziel des Projekts ist, dass Menschen mit Demenz in solchen Situationen von professionellem Pflegepersonal betreut werden (Wechsel von Inkontinenzmaterial, Reichen von Essen und Trinken). Um die Versorgung zu optimieren, hat der GPV e.V. in Kooperation mit dem Bezirksamt und der Polizeidirektion 2 folgende innovative Lösung erarbeitet: Menschen, die im Bezirk auf der Straße orientierungslos angetroffen werden und offensichtlich an Demenz erkrankt sind, sollen ab voraussichtlich Februar 2011 in einer stationären Pflegeeinrichtung in räumlicher Nähe zugeführt und dort adäquat versorgt werden, bis der Wohnort von der Polizei ermittelt ist. Schutzräume dürfen nur Einrichtungen anbieten, die Mitglied im GPV e.V. sind und gemeinsam erarbeitete Kriterien erfüllen.

Ein Schwerpunkt unserer zukünftigen Arbeit wird die Unterstützung von pflegenden An-

**Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg verstehen-annehmen-miteinander leben**

Der Fennpfuhl ist eine in den 70er Jahren erbaute Großsiedlung im Plattenbau. Viele Einwohner am Fennpfuhl sind die Erstbeziehergeneration. 24 Prozent der Einwohner sind 65 Jahre und älter. Der Anteil älterer Migrant/innen in Lichtenberg ist sehr gering. Nach bundesweiten Studien leiden 8-13 Prozent aller Menschen über 65 Jahre an Demenz, Tendenz steigend.

Der Stadtteil am Fennpfuhl ist schon seit einigen Jahren aktiv in einem Netzwerk – Forum Fennpfuhl. Die Akteure treffen sich regelmäßig zu Themen, die den Stadtteil betreffen. Zu den Akteuren gehören Wohnungsunternehmen, Stadtteilzentren, Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Altenhilfe, Bürgerschaft, Kirchengemeinde, Projekte und viele mehr.

Das Forum stellt eine Plattform zum Austausch über Aktivitäten und Initiativen am Fennpfuhl dar und organisiert gemeinsame Aktivitäten (Stadtteilstoff, Tag der offenen Tür, etc.). Das Thema Demenz stand bisher noch nicht im Mittelpunkt. Das Anliegen zur Demenzfreundlichen Kommune Fennpfuhl wurde in dem Forum vorgestellt und dadurch wichtige Projektpartner gefunden.

Zur Auftaktveranstaltung im Juni 2008 für eine Demenzfreundlichen Kommune am Fennpfuhl wurden Gewerbetreibende, Kirchengemeinden, Kulturschaffende, Bildungseinrichtungen, Kommunalpolitiker, Freizeiteinrichtungen, Vereine, Wohnungsunternehmen, ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe aus dem Stadtteil und alle anderen, die sich für eine demenzfreundliche Kommune engagieren wollen, eingeladen.

Zunächst haben wir uns mit der Frage beschäftigt:

Wie können wir unseren Stadtteil am Fennpfuhl in einen Ort verwandeln, in dem ein besseres Leben mit Demenz möglich ist? Und haben Ziele der Initiative Demenzfreundliche Kommune am Fennpfuhl formuliert:

- Die Stimme von Menschen mit Demenz hörbar machen und ihre Lebenswelten erschließen
- Menschen mit Demenz und deren Angehörige ins Rampenlicht rücken
- Statt Isolation und Rückzug, Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe erschließen
- Eine Kultur der Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz fördern
- Öffentlichkeit, Medien, Kulturschaffende und besonders Politiker sensibilisieren und zum Handeln bewegen

In einem weiteren Treffen wurde vereinbart, dass die Aktionen, die am Fennpfuhl stattfinden, genutzt werden, um das Thema Demenz in die Öffentlichkeit zu tragen, zum Beispiel das Sommerfest am Anton-Saefkow-Platz, die Woche der Seelischen Gesundheit und die Gesundheitskonferenz.

**LICHTENBERG  
DEMENTZ-freundliche Kommune**

Wir beraten Sie! Telefon 97 60 93 59  
Koordinierungsstelle Rund ums Alter · Lichtenberg

**Was wir dafür tun:**

- Aufklärungsarbeit leisten mit Vorträgen, Lesungen, Filmvorführungen
- Zusammenarbeit mit der Kirche am Fennpfuhl, gemeinsamer Gottesdienst
- Schulungsveranstaltungen für Angestellte von Wohnungsbaugesellschaften, Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes (Sozialamt, Feuerwehr, Polizei), Bürger/innen
- Multiplikatoren als Unterstützer gewinnen
- Veranstaltung eines Infotages zum Thema „Demenz“

- Teilnahme an der Beratungsbörse für pflegende Angehörige und andere Interessierte in Kooperation mit dem Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbund Lichtenberg – GGK Lichtenberg
- Öffentlichkeitsarbeit/Interviews/Podiumsdiskussionen

Die ehemalige Koordinierungsstelle Rund ums Alter Lichtenberg, jetzt Pflegestützpunkt Lichtenberg, ist federführend für das Projekt. Im Oktober 2009 wurde dafür eigens eine Personalstelle für die Projektkoordination geschaffen, die aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) finanziert wird. Einzelne Initiativen werden aus der Projektgruppe entwickelt und umgesetzt. Diejenigen, die Interesse an dem Thema haben, aber aus unterschiedlichen Gründen (Personal- und Zeitmangel) nicht aktiv mitarbeiten können, werden regelmäßig per E-mail über den aktuellen Stand informiert.

**Die Initiative hat bereits folgende Aktivitäten durchgeführt:**

**Lesezeichen**

Die Projektgruppe hat ein Lesezeichen entworfen. „Demenzfreundliche Kommune – verstehen, annehmen, miteinander leben“ mit der Telefonnummer des Pflegestützpunktes, welcher als Vermittlungsagentur für niedrigschwellige Angebote gemäß § 45 b SGB XI anerkannt ist.

Das Lesezeichen wird von Projektbeteiligten in Ihren eigenen Flyer eingelegt, sowie dem Buchladen, der Stadtbibliothek am Anton-Saefkow-Platz und den anderen Interessierten zur Verfügung gestellt, um ihren Kunden bei Bedarf konkrete Hilfe und Unterstützung anbieten zu können. Durch eine großzügige Spende des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge gGmbH konnten wir erst kürzlich eine Neuauflage in Höhe von 5.000 Stück drucken lassen.

**L.I.E.S. – Literatur und Information in einer Stadtbibliothek**

Von der Stadtbibliothek am Fennpfuhl wurde eine Medienliste über vorrätige Bücher und andere Medien zum Thema Demenz und Alzheimer erstellt und ins Internet gestellt. Die Liste wird ständig aktualisiert und erweitert.

**Tag der offenen Tür**

In allen Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter wurde im Oktober 2008 im Rahmen der Woche der seelischen Gesundheit ein gemeinsamer Tag der offenen Tür zum Thema Demenz veranstaltet.

**Gesundheitskonferenz**

Das Bezirksamt hat die Gesundheitskonferenz 2008 unter das Motto „Gesundes Altern in Lichtenberg“ gestellt. Dort wurde die Initiative „Demenzfreundliche Kommune am Fennpfuhl“ einem großen Fachpublikum, aber auch Laien (ältere Menschen und ihre Angehörigen, Ehrenamtlichen) vorgestellt.

**Filmvorführung mit Podiumsdiskussion**

Im November 2008 fand in einem Off-Kino in einem benachbarten Bezirk eine Filmvorführung von „Mein Vater“ mit anschließender Podiumsdiskussion statt. Diese Veranstaltung wurde vom Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Funktionsbereich Gerontopsychiatrie organisiert.

**Informationsreihe für pflegende Angehörige und Interessierte**

Seit 8 Jahren führt der Pflegestützpunkt, (ehemals Koordinierungsstelle), in Kooperation mit der Stadtbibliothek Informationsveranstaltungen für Angehörige von Menschen mit Demenz und anderen Interessierten zu den Themen: Demenz, Depression, Umgang mit Demenz, Unterhaltsrecht, Patientenverfügungen, Betreuungsrecht, Wohnformen, etc. durch.

**Multiplikatorenschulung**

Es wurden Multiplikatoren aus der Projektgruppe ausgebildet, die unterschiedliche Adressaten (Ehrenamtliche, Mitarbeiter in Einrichtungen, Gemeindemitglieder, Mitarbeiter in Wohnungsunternehmen) schulen können. Die Grundlage für die Schulung ist das Handbuch der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

**Was ist für die Zukunft geplant?**

- Eine Fachtagung für die Bürger zum Thema Demenz. Verschiedene Einrichtungen stellen ihre Betreuungsangebote vor. Zusätzlich sollen Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz angeboten werden.

- weitere Schulungsveranstaltungen zum Thema: Herausforderung Demenz
- Zur Sensibilisierung/Motivierung von Mitarbeitern/Ehrenamtlichen in Einrichtungen ist geplant, durch zum Beispiel Malen, Menschen mit Demenz eine andere Ausdrucksform anzubieten und diese zu nutzen, um in Kommunikation miteinander zu treten
- Systematische Öffentlichkeitsarbeit: In den Regionalzeitungen/Kiezblättern soll eine Rubrik eingerichtet werden, in dem Bürger, Politiker, sonstige bekannte Persönlichkeiten über das Thema Demenz berichten.
- In Zusammenarbeit mit den Sozialkommissionen und den Ortsgruppen der Volkssolidarität sollen weitere Ehrenamtliche zur Unterstützung der Initiative gewonnen werden
- Veranstaltung von thematischen Lesungen in Zusammenarbeit mit der Bibliothek am Anton-Saefkow-Platz

**Welche Schwierigkeiten, Stolpersteine gab es?**

Die kontinuierliche Kontaktaufnahme zu Einzelhändlern und anderen Interessierten ist sehr personal- und kostenintensiv (Kontaktpflege, Flyer, Infomaterial, etc.). Wünschenswert wäre die Einrichtung zumindest einer Honorarstelle für die Gewährleistung der Kontinuität in der Kontaktpflege, der Öffentlichkeitsarbeit, der Koordination der verschiedenen Projekte, der Moderation der Arbeitsgruppen und der Evaluation der Initiativen. Momentan werden die verschiedenen Aktionen und Veranstaltungen des Projektes ausschließlich über Spenden finanziert.

**Was können Sie tun?**

Wir sind eine Demenzfreundliche Kommune auf dem Weg. Was einen Stadtbezirk demenzfreundlich macht, wollen wir gemeinsam mit Ihnen in den nächsten Jahren herausfinden. In der Vergangenheit haben wir bereits einige Ideen konkret umgesetzt und auch für das Jahr 2011 planen wir verschiedene Aktionen. Wir werden Sie darüber informieren und weiter auf dem Laufenden halten. Aber auch Ihre Ideen und Ihr Engagement werden benötigt, um das Projekt weiterzuentwickeln.

Sie möchten sich einbringen und an der Gestaltung der Demenzfreundlichen Kommune Lichtenberg aktiv beteiligen? Dann wenden Sie sich einfach an uns!



## Kontakt

Pflegestützpunkt Lichtenberg

Ansprechpartner: Veronika Vahrenhorst

(Leiterin Pflegestützpunkt) und

Robert Stephan (Projektkoordinator)

Weißenseer Weg 6, 10367 Berlin

Telefon: (030) 983 17 63 – 24

Fax: (030) 983 17 63 – 19

An der Initiative Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg sind beteiligt:

(Stand: November 2010)

- Alzheimer Angehörigen Initiative gGmbH
- Bezirksamt Lichtenberg Abt. Gesundheit, Planungs- und Koordinierungsstelle
- BILOBA gGmbH
- Caritas Beratungszentrum Fennpfuhl
- Ev. Kirchengemeinde Am Fennpfuhl
- Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
- GFA Pflegedienst
- Haltestelle Diakonie
- HilDie Projekt/Kiezspinne
- HU-MA GmbH Pflegedienst
- Kiezlotsen Lichtenberg
- Paritätisches Seniorenwohnen gGmbH
- Pflegestützpunkt Lichtenberg
- SANA-Klinikum Lichtenberg
- Seniorenheim Alfred Jung Volkssolidarität
- Senioren- und Pflegehaus „An den Siegfriedshöfen“
- Seniorenwohnpark Lichtenberg
- Wohn- und Pflegezentrum am Landschaftspark Herzberge

## Diskussion

In der anschließenden Podiumsdiskussion konnte das Publikum seine Expertise, weitere Beispiele hinsichtlich der Ausgestaltung einer demenzfreundlichen Stadt und konkrete Anregungen einbringen.

Es wurde vorgeschlagen, Möglichkeiten für Außenstehende zu schaffen, sich mit dem Heimumfeld vertraut zu machen. Mit Aktionen, die im Pflegeheim veranstaltet werden, aber für die Öffentlichkeit zugänglich sind, könnten Ängste bezüglich eines späteren Wohnortwechsels in ein Pflegeheim abgebaut werden. Des Weiteren sollte verstärkt auf Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aufmerksam gemacht werden.

Es wurde die nötige Betreuung von Demenzkranken und eine Sensibilisierung der Bevölkerung diskutiert sowie über das Eingehen



stehen der eigenen Erkrankung gesprochen. Veronika Vahrenhorst wies darauf hin, dass Betroffene durch eine neutrale Beratung, wie sie durch die Pflegestützpunkte angeboten wird, geneigter sind, Hilfe anzunehmen. Ein Einbezug der Verwaltungsebene könnte dabei helfen, das Bewusstsein der Bevölkerung zu schärfen und den Begriff Selbstbestimmung auch bei demenziellen Erkrankungen zu verdeutlichen.

Es wurde über Informationsveranstaltungen und Aktionstage in verschiedenen Berliner Kommunen berichtet und somit die breite Vielfalt an verschiedenen Aktionen aufgezeigt. Die Zielgruppe dieser Aktionen sollte sich aber nicht nur auf Demenzerkrankte und ihre Angehörige beschränken. Es sollte vielmehr auch versucht werden, einen breiten Teil der Bevölkerung anzusprechen. Dazu ist eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Generationsübergreifende Aktivitäten können durch Kooperationen mit Schulen entstehen. Dies sind Ansätze, die dabei helfen, Menschen mit einer Demenzerkrankung in die Gesellschaft zu integrieren. Das ist insbesondere deshalb wichtig, da Demenz einen langsamen Krankheitsverlauf hat und die Patient/innen weiterhin ihre gewohnten gesellschaftlichen Tätigkeiten ausführen, dabei aber offen mit ihrer Erkrankung umgehen wollen. Aufklärungsarbeit ist auch unter dem Aspekt unverzichtbar, in der Gesellschaft die Hemmschwelle für die Erkrankung Demenz zu senken. Es wurde darauf hingewiesen, dass bereits eine große Bandbreite an qualitativem Aufklärungsmaterial vorhanden ist, das weiter kommuniziert und transportiert werden muss. Des Weiteren wurde darüber diskutiert, wie

Betroffene und deren Angehörige in bestehenden Expertengruppen einbezogen werden könnten, da sie eine Bedarfserhebung wesentlich realistischer gestalten und eine gelebte Teilhabe ermöglichen. Hierzu bedarf es aber eines Dialoges bzw. Austausches.

Als Brückenschlag zum Fachforum „Versorgung an Demenz erkrankter, älterer Menschen im Akut-Krankenhaus“ der vorherigen LGK im Jahr 2009, berichtete Prof. Späth-Schwalbe vom Vivantes Klinikum Spandau über seine langjährigen Erfahrungen mit dem Thema Demenz in der stationären Versorgung. Eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe entwickelte für die Vivantes Kliniken ein Demenz-Konzept. Dabei wurden Lücken im stationären Bereich bei der Behandlung demenzieller Patient/innen aufgedeckt. Es ist insbesondere aufgefallen, dass Krankenhausangestellte nicht ausreichend für den Umgang mit geriatrischen Patient/innen geschult sind. 70 Prozent der älteren Patient/innen sind in Abteilungen untergebracht, in denen kein speziell geschultes Personal arbeitet. Als erste Maßnahme wurden Mitarbeiter-Schulungen organisiert, in denen der richtige Umgang mit geriatrischen Patient/innen erlernt wird.

Daraufhin befragte Sybille Kraus nochmals das Podium bezüglich der Möglichkeiten und Erfahrungen, wie Krankenhäusern in die gegebenen Beispiele demenzfreundlicher Kommunen eingebunden werden können.

Veronika Vahrenhorst schilderte die Erkenntnisse im Bezirk Lichtenberg. Dort bestehen Partnerschaften mit Kliniken und dem Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbund Lich-



tenberg. Zudem wurde eine Personalstelle zur Optimierung des Überleitungsmanagements geschaffen. Ein Mitarbeiter des Pflegestützpunktes nimmt hierbei Kontakt mit Patient/innen im Krankenhaus auf und berät über Möglichkeiten der Nachversorgung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Die Patient/innen werden nach Entlassung auch zu Hause unterstützt. Versorgungslücken werden dabei direkt an die in den geriatrischen Abteilungen zuständigen Ärzt/innen, Therapeut/innen und Pflegekräfte des Krankenhauses weitergeleitet. Der Mitarbeiter des Pflegestützpunktes nimmt auch an Teamsitzungen des Krankenhauses teil, sodass ein direkter Kontakt zum Krankenhaus besteht. Veronika Vahrenhorst sieht dieses Projekt als sehr sinnvoll an, machte aber auf die Problematik der nicht vorhandenen dauerhaften Finanzierung aufmerksam.

In Charlottenburg-Wilmersdorf sind zwei große Krankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen

ausgestattet und Mitglied im GPV. Im Jahr 2011 soll das integrierte Versorgungsdenken in Richtung „Netzwerk demenzfreundliche Pflege“ gelenkt werden. Diesbezüglich wurden bereits Standards hinsichtlich der Bedeutung demenzfreundlicher Versorgung aufgestellt: Bessere Überleitung sowie bessere Zusammenarbeit. Das bedeutet, dass Case Management Strukturen geschaffen und in die Zusammenarbeit mit einbezogen werden sollen. Dazu gehört auch, dass Angehörige einbezogen werden. Der Schwerpunkt sollte von Kuration auf Prävention verlagert werden, um herauszufinden, was bereits im Vorfeld getan werden kann. Zum Abschluss fasste die Moderatorin die Ergebnisse des Fachforums kurz zusammen: Das Wissen über Demenz hat im Allgemeinen zugenommen, es muss jetzt noch zielgerichtet weiterverfolgt werden, um eine Einbindung in die Lebensrealität aller Betroffenen herzustellen. Es wurden viele Beispiele genannt, die das Thema Demenzfreundlichkeit positiv aufgreifen. Die bestehenden Strukturen weiterhin zu

verbessern, zu öffnen und individuell zu gestalten wird jedoch noch einen langen Prozess darstellen. Eine Vernetzung der Beteiligten bzw. das Bewusstsein über die Wichtigkeit der Vernetzung hat bereits begonnen. Die betroffenen Menschen sind zum Großteil im Bezirk zu finden und nicht im Krankenhaus. Dieser Aspekt sollte nicht aus den Augen gelassen werden. In diesem Fachforum konnten viele Beispiele aufgezeigt werden, wie eine Kommune demenzfreundlich zu gestalten ist. Sybille Kraus schloss das Fachforum mit einem Zitat eines an Demenz erkrankten Patienten:

*„Erarbeitet Anwendungsempfehlungen, schreibt Konzepte, führt clinical pathways ein, macht Qualitätsmanagement, bildet euch fort, initiiert, bindet ein, redet und redet. Vergesst aber das Handeln nicht.“*

## Fachforum III: Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Berlin – Herausforderungen, Perspektiven, Vernetzung

### Teilnehmende

Dr. Dr. Claus Köppel, Vivantes Wenckebach-Klinikum/ Ärztekammer Berlin  
Rosemarie Drenhaus-Wagner, Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.  
Gabriela Seibt, QVNIA e.V. – Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V.  
Gisela Seidel, Pflegestützpunkt Friedrichshain-Kreuzberg

**Moderation:** Dr. Rainer Neubart, Sana Klinikum Lichtenberg



### Impulsreferat Dr. Dr. Claus Köppel, Vivantes Wenckebach-Klinikum

#### Geriatriekonzept Berlin

PD Dr. Dr. Claus Köppel vom Vivantes Wenckebach-Klinikum stellte als Impuls für das Fachforum „Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Berlin“ das Geriatriekonzept der Ärztekammer Berlin vor. Dr. Köppel betonte, dass das Geriatriekonzept sich primär an die in der ärztlichen Versorgung tätigen Professionellen richtet, die Wichtigkeit der Vernetzung mit anderen Berufsgruppen aber in allen Punkten mitgedacht wurde. Um die notwendigen Schritte zu identifizieren, lag der Schwerpunkt auf der Analyse der ärztlichen Tätigkeiten im Themenfeld „Geriatric“.

Das Thema Alter wird jeden einmal betreffen. Die im Fokus stehende Frage ist daher, unter

welchen Lebensumständen man alt werden möchte und wie die Umwelt, Angehörige, nahe-stehende Menschen und Freunde mit dem eigenen Älterwerden umgehen werden. Mit der steigenden Lebenserwartung verschiebt sich das Krankheitsspektrum weiter auf die letzte Phase des Lebens. Für Demenzerkrankungen, deren Prävalenz aufgrund der höheren Lebenserwartung immer weiter ansteigt, ist zum Beispiel momentan noch keine therapeutische Lösung in Sicht. Selbst eine frühzeitige Diagnose ist schwierig, da die Erkrankung bereits zehn Jahre vor den ersten klinischen Zeichen anfangen kann.

Das Geriatric-Konzept 2010 der Ärztekammer Berlin beschäftigt sich mit einer grundlegenden Frage: Wie viel Spezialisierung für den alten Menschen ist notwendig? Ist es aufgrund der demographischen Entwicklung notwendig, die gesamte Ärzteschaft – Kinderärzte ausgenommen – auf die Behandlung zunehmend al-

ter Menschen einzustellen? Und inwieweit sollte geriatric Kompetenz in jedes Fachgebiet integriert werden?

Dr. Köppel sieht beide Vorgehensweisen als notwendig an, forderte aber eine klare Reflexion zwischen den nötigen Kompetenzen eines Spezialisten für die Behandlung älterer Menschen und dem geriatric Schulungsbedarf der einzelnen medizinischen Fachgebiete. Im deutschen ärztlichen Wertesystem kommt dem Fachgebiet der Geriatric noch nicht die angemessene Bedeutung zu. Der Fachbereich Geriatric sollte – auch im Hinblick auf die Weiterbildung – auf gleicher Augenhöhe mit den Fachbereichen Innere Medizin, Gastroenterologie, Kardiologie und ähnlichen Fächern gesehen werden.

Für alle Facharztgebiete gibt es die Zusatzbezeichnung Geriatric, da die Ärztekammer Berlin der Überzeugung ist, dass die einzelnen Fachgebiete sich allesamt auf die altersmedizinischen Herausforderung einstellen müssen.

Für den ambulanten Bereich besteht die Möglichkeit, im Rahmen von zertifizierten Kursen eine Zusatzqualifikation im Fachgebiet Geriatric zu erwerben, die eine entsprechende Honorierung erfährt. Eine angemessene Honorierung für die Behandlung geriatric Patient/innen im ambulanten Bereich könnte die Motivation für eine Weiterqualifizierung unterstützen. Momentan muss der höhere Betreuungsaufwand durch zeitliche und finanzielle Reserven bei der Behandlung junger und nicht schwer erkrankter Patient/innen ausgeglichen werden.

Erfreulich sind Modellprojekte wie die „Geriatric Schwerpunktpraxen“, die auch finanziell unterstützt werden. Derzeit werden drei Schwerpunktpraxen gefördert, die mit dem Modell eines Case Managers arbeiten. Case Management sollte – auch vor dem Hintergrund eines partiellen Ärztemangels – an Bedeutung gewinnen. In England wurden hier bereits wertvolle Erfahrungen gesammelt.

Eine Kernforderung des Geriatric Konzeptes für den stationären Bereich ist der Ausbau der geriatric Kompetenz in den Rettungsstellen der Krankenhäuser. Diese Forderung vertreten auch Patientenverbände, da das Personal in den Rettungsstellen den Erstkontakt gestaltet und die Weichen für einen adäquaten Behandlungsprozess stellt. Dies betrifft die Ärzt/innen, aber auch Pflegekräfte und andere nichtärztliche Berufsgruppen. Hierzu gibt es bereits erste Schritte hinsichtlich der Entwicklung entsprechender Curricula.

Eine große Herausforderung sieht Dr. Köppel auch darin, Nachwuchs für das geriatrische Fachgebiet zu gewinnen. Die geriatrische Versorgung ist Teil des Studiums. Dies reicht aber nicht aus, um die angehenden Ärzt/innen für die Komplexität dieses Fachgebiets zu sensibilisieren und zu gewinnen.

Wenn, wie in dem Titel des Fachforums angedeutet, über eine „Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Berlin“ gesprochen wird, muss auch überlegt werden, wie die Krankenhasträger sichtbar machen können, wie sie die Versorgung geriatrischer Patient/innen in ihrem Verantwortungsbereich organisieren. Die angemessene und möglichst zeitnahe Versorgung des geriatrischen oder gerontopsychiatrisch betreuungsbedürftigen Patient/innen im Krankenhaus ist zurzeit noch verbesserungsbedürftig. Im Hinblick auf die Sicher-



stellung der geriatrischen Versorgung im Bereich der stationären Pflege fordert das Geriatriekonzept der Ärztekammer eine Fortführung des Berliner Heimarztmodells.

Das Geriatriekonzept sieht eine weitere Spezifizierung der geriatrischen Versorgung vor. Daraus folgt, dass weitere ärztliche Disziplinen im Bereich der Altersmedizin geschult werden müssen. Denn jedes ärztliche Fachgebiet, mit Ausnahme der Kinderärzte, kann interessante Interaktionen mit dem Fachgebiet der Altersmedizin vornehmen. Dazu sind spezialisierte Angebote notwendig, damit eine Vernetzung des Fachgebiets Geriatrie mit anderen Fächern wie beispielsweise der Onkologie oder Hämatologie stattfindet. Wenn man die Erwartungen berücksichtigt, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache abnehmen werden, stattdessen aber viele Menschen zum Ende ihres Lebens eine Krebsbehandlung benötigen, so wird deutlich, dass Krebserkrankungen bei geriatrischen Patient/innen mit einer spezifischen Expertise behandelt werden müssen. Ein Augenmerk sollte daher auch auf den Ausbau der Palliativmedizin gelegt werden. Beispiel für eine gewinnbringende Vernetzung ist auch das Krankheitsbild Demenz. Hier bedarf es eines

klugen Zusammenwirkens von Geronto-Psychiatern und Geriatern.

Eine weitere zentrale Herausforderung, die das Geriatriekonzept beschreibt, ist die Vernetzung mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen wie der Pflege, den Hilfsmittelversorgern, Selbsthilfegruppen, Besuchsdiensten sowie der Seelsorge und anderen. Die menschliche Zuwendung, zum Beispiel durch seelsorgerische Angebote, spielt eine zentrale Rolle. Angesichts des gestiegenen Kostendrucks, dem die Krankenhäuser durch Fallpauschalen und enge Pflegeschlüssel unterworfen sind, bedarf es ergänzender Angebote der psychosozialen Unterstützung. Dabei sollte auch die notwendige Unterstützung der Pflegenden thematisiert werden.

Weiteren Handlungsbedarf sieht Dr. Köppel beim Problem des „Elder Abuse“. Unter diesem Begriff versteht man den Missbrauch von alten Menschen im allerweitesten Sinne. Dies betrifft nicht nur Serienmorde in Pflegeinstitutionen, die von den Medien wahrgenommen werden. Hierzu zählen auch körperliche Misshandlungen, Fixierungen oder Phänomene der Unter- und Überversorgung. Es bedarf geeigneter Indikatoren, um solche Missstände zu erkennen und zu verhindern. Die Berliner Institution „Pflege in Not“ leistet auf diesem Gebiet bereits Vorbildliches.

Neben der Optimierung der geriatrischen Versorgung muss auch die Rolle der Präventionsmedizin gestärkt werden. Im Alter – und besonders bei geriatrischen Patient/innen – steht im Vergleich zu anderen Lebensphasen nicht mehr die Primärprävention, sondern stärker die Sekundär- und Tertiärprävention im Vordergrund. Hier bedarf es neuer Konzepte und Anstrengungen, um die vorhandenen Potenziale geriatrischer Patient/innen solange wie möglich zu fördern und zu erhalten.

Zusätzlich muss auch diskutiert werden, wie die soziale Teilhabe älterer Menschen gesichert werden kann. Neben einer professionellen medizinischen und pflegerischen Versorgung bedarf es der menschlichen Zuwendung und der Ermöglichung von Sozialkontakten. Dies ist eine gesellschaftliche Herausforderung.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, den Dr. Köppel anspricht, ist der Ausbau der Versorgungsforschung. Diese Forderung enthält im Hinblick auf die geriatrischen Patient/innen auch eine ethische Komponente. So finden sich in der wissenschaftlichen Literatur Beispiele, dass eine bereits erreichte Hochaltrigkeit bei Patient/



innen auch die Abwesenheit von bestimmten die Lebenserwartung verkürzenden Risikofaktoren unterstreicht. Gerade diese Patient/innen können trotz hohem Alter erheblich mehr von interventionellen Verfahren profitieren, als dies jüngere Patient/innen mit erheblichen Risikofaktoren tun. Das Alter als solches ist kein hilfreiches Entscheidungskriterium für therapeutische Interventionen. Hier bedarf es in Zukunft vermehrt Versorgungsstudien, um eine differenzierte auf den Einzelfall bezogene Betrachtungsweise möglich zu machen. Es bedarf weiterhin in jedem Einzelfall der Diskussion, ob eine ausgeweitete Therapie mit Wahrscheinlichkeit zu einer gesteigerten Lebensqualität führt.

Generelles Ziel der Altersmedizin sollte sein, die Kompetenzen eines Menschen in der Weise zu fördern, dass dieser wieder selbstbestimmt und selbstständig zuhause leben kann.

Vielen Dank.

## **Betreute Urlaube fördern Teilhabe und wecken Lebensfreude**

Rosemarie Drenhaus-Wagner von der Alzheimer Angehörigen-Initiative begrüßte, dass auf der 7. Landesgesundheitskonferenz die Begriffe soziale Integration sowie Teilhabe und Lebensqualität älterer Menschen wieder im Fokus stünden. Die Alzheimer Angehörigen-Initiative (AAI) veranstaltet – neben zahlreichen weiteren Projekten – jedes Jahr fünf betreute Urlaube in Stralsund und Bad Bevensen.



Die Vorsitzende der AAI verlas einen Brief einer pflegenden Angehörigen, die an einem betreuten Urlaub der AAI teilgenommen hatte. Hierbei wurden die Möglichkeiten von Teilhabe und Lebensqualität trotz gesundheitlicher Einschränkungen verdeutlicht:

*„Betreuter Urlaub in Stralsund, das bedeutet Erholung und frohes Miteinander für unsere an Demenz Erkrankten und ihre Angehörigen, aber auch viel Arbeit für alle Betreuer, die neben dem körperlichen Einsatz stets neue Ideen haben müssen, um einen erlebnisreichen Tagesablauf zu gestalten. Und so hieß es eines Tages im April, wir besuchen den Tierpark‘; mit fünfzehn zum größten Teil gehbehinderten Menschen keine leichte Aufgabe. Aber unsere Betreuer der AAI packen auch das. Mehrere Angehörige reizte dieser Ausflug auch und so machte sich nach der Mittagspause ein größerer Trupp mit dem Kleinbus, einigen Autos oder den öffentlichen Verkehrsmitteln auf den Weg. Hallo, was wird denn außer den Rollstühlen noch eingeladen? Dosen, Pakete, Getränke, das sieht nach Kaffeepicknick aus. Ein Bollerwagen musste her, alles eingeladen und unter Lachen und Hallo zogen Detlef, das ist ein Mensch mit einer Demenz, der noch sehr gut laufen kann und seine Frau Karin mit dem Gefährt vorneweg ins Abenteuer Tierpark. Der nicht zu große aber feine Park bietet vielen, meist einheimischen Tieren ein zuhause in geräumigen, artgerechten Gehegen und der muntere Trupp zog von einem Gehege zum anderen. Hier wurden Vögel in ihren Volieren bewundert, dort ein versteckter Marder gesucht oder geraten, ‚was ist das für ein Tier?‘. Alle waren toll bei der Sache und am schönsten war es, die zutraulichen Ziegen und Schafe zu streicheln oder sie zu füttern. Das war natürlich nicht jedermanns Sache, manche hielten lieber Abstand, aber ein Lächeln, ein Aufleuchten der Augen zauberten die Tiere in jedes Gesicht. Dann war die kleine Gaststätte erreicht, Kaffeezeit. Jeder fand einen Platz an dem langen Tischen und unsere fleißigen Helfer holten aus dem Bollerwagen leckere Kuchensorten und durstlöschende Getränke hervor. Alle griffen gern zu – in so schöner Umgebung schmeckt es besonders gut. Als alles verputzt war, zog die Karawane weiter. Es waren ja noch mehr Tiere zu bestaunen. Wildschweine, Rehe und den kleinen Bären, der in seinem Gehege seine Kreise zog, wollte natürlich jeder sehen. Langsam ging es dann dem Ausgang zu, die Beine wurden doch schon recht müde. Ein wunderschöner Nachmittag ging dem Ende zu, ein Tag voller Freude und Heiterkeit für unsere an Demenz erkrankten Angehörigen und natürlich auch für uns, die pflegenden Angehörigen.“*

Die Bedürfnisse und Gefühle älterer Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen stünden bei vielen Aktivitäten noch zu wenig im Mittelpunkt, so Drenhaus-Wagner. Es wäre viel gewonnen, setzte sich ein Verständnis durch, dass auch demenziell erkrankte Menschen ein großes Bedürfnis nach sozialer Teilhabe haben.

Die Schilderungen aus dem Brief zeigten sehr gut, wie Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen wieder in die Mitte der Gesellschaft geholt werden könnten.

### Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow

Gabriela Seibt vom Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow lenkte den Fokus auf das Thema Vernetzung. Dabei ging sie vorab auf die neuen Pflegestützpunkte ein. In Pankow gibt es nun zwei Pflegestützpunkte für 350.000 Einwohner, was angesichts der demografischen Entwicklung lediglich einen Anfang darstellen kann. Pflegestützpunkte bieten Beratung, aber auch Case Management an. Letzteres sei insbesondere im Bereich der geriatrischen Versorgung und der Nachsorge wichtig. Ein großes Potenzial für die Vernetzung sind die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbände in jedem Bezirk. Durch diese können von den Trägern organisierte Möglichkeiten des Austausches, Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz der Leistungsangebote über viele Sektoren hinweg realisiert werden. Zwei Verbände in Berlin – Charlottenburg-Wilmersdorf und Pankow – finanzieren sich bereits seit zehn Jahren aus Mitgliedsbeiträgen. Im Pankower Qualitätsverbund haben sich 50 Träger mit 60 Einrichtungen in insgesamt neun Sektoren zusammengetan, die sich für Kooperation und Vernetzung einsetzen. Über Mitgliedsbeiträge erhalten die Verbände zusätzliches Kapital. Dadurch kann nicht nur innerhalb der gemeinnützigen Vereinsstruktur Öffentlichkeitsarbeit betrieben, sondern auch Qualitätssicherung in der Vernetzung umgesetzt werden.

In Pankow existiert ein Überleitungsmanagement, das unter anderem auf einer einheitlichen Überleitungsdokumentation beruht und Patientenbefragungen durchführt, was wichtig ist, um die Ergebnisqualität zu beurteilen. Als Verein hat der Qualitätsverbund Netzwerk im Alter e.V. (QVNIA) die Möglichkeit Verträge abzuschließen. Zusammen mit dem Bezirksamt geht der Qualitätsverbund aktiv Kooperationen mit dem aus der Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“ hervorgegangenen Pflegestützpunkt, aber auch mit dem neu hinzugekomme-

nen Pflegestützpunkt in Pankow ein. Fortbildungen für den Bereich „Soziale Arbeit“ werden in Pankow gemeinsam durchgeführt. Weiterhin gibt es eine funktionierende Vernetzung mit der Selbsthilfe bei ausgewählten Indikationen. Es wird gemeinsam an vernetzten Versorgungsstrukturen sowie an Beratungsangeboten gearbeitet. Der Aspekt der Qualitätssicherung bleibt dabei immer im Fokus.

Ein Hindernis besteht derzeit in der Erreichung der niedergelassenen Ärzt/innen und einzelner Kliniken. Im Laufe der Erstellung und gewünschten Verteilung des Informationsleitfadens, der wohnortnah für Pankow über Beratungs- und Versorgungsmöglichkeiten zum Thema Schlaganfall und zum Thema Demenz informiert, gestaltete sich eine Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzt/innen als sehr schwierig. Hier fehlen den niedergelassenen Ärzt/innen offenbar systemische Anreize, sich für die vernetzte Versorgung vor Ort zu interessieren, die Angebote zur Kenntnis zu nehmen und diese an ihre Patient/innen weiterzugeben. Dabei würde die Weitergabe eines Leitfadens durch die Ärzt/innen an betroffene Angehörige eine große Hilfestellung darstellen. Trotz vieler Gespräche und Verhandlungen mit der Pflege- und Verwaltungsdirektion der Kliniken Pankows beteiligen sich nicht alle Kliniken im Verbund. Der QVNIA wünscht sich, dass sich alle Kliniken einer Region für vernetzte Versorgung engagieren. Das Fehlen von Anreizen für eine Vernetzung sei daher ein wichtiger Punkt, der in die Formulierung der Gesundheitsziele mit einbezogen werden sollte.

Bei Patient/innen, die sich über einen kürzeren oder längeren Zeitraum in einer (geriatrischen) Klinik aufhalten, sollte ermittelt werden, wer einen komplexen Hilfebedarf hat und wie eine nachstationäre Versorgung aussehen könnte. 2007 hat der QVNIA zusammen mit der Robert Bosch Stiftung ein Screening Instrument entwickelt. Da es sehr zeitaufwendig ist, konnten sich die Krankenhäuser nach der Erprobung nicht zu einer Implementierung entschließen. Im Krankenhaus wird bereits innerhalb weniger Tage die Entscheidung über die Nachsorge von Patient/innen getroffen. Es bedarf also der Implementierung eines verbindlichen Case Managements nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und der stationären Rehabilitation bei den Indikationen, die in der Regel eine langfristige und komplexe Koordination von Leistungen der Nachsorge, Beratung, Pflege und Therapie bedeuten. Dazu gehören Schlaganfall und Demenz. Es geht um wohnort-

nahe Angebote und deren Vernetzung, für die Berliner Verbundstrukturen in Kooperation mit Kostenträger/innen, Ärzt/innen, Pflegestützpunkten und weiteren Bereichen gute Voraussetzungen bieten können.

Als Fazit fasste Gabriela Seibt zusammen, dass Netzwerke wichtig seien, Vernetzung aber Ressourcen brauche, damit auf diesem Gebiet kontinuierlich etwas erreicht werden könne. Der Gesetzgeber will es, kaum einer bezahlt es. Alle Beteiligten im Gesundheitswesen müssten sich daher engagieren und finanzielle Mittel zur Verfügung stellen.

### Herausforderungen, Perspektiven und Vernetzung der geriatrischen Versorgung aus Sicht des Pflegestützpunktes Friedrichshain-Kreuzberg

Gisela Seidel vom Pflegestützpunkt Friedrichshain-Kreuzberg berichtete, dass die geriatrische Versorgung in den letzten Jahren zahlreichen Veränderungen unterworfen war. Dienstleistungsangebote haben sich vervielfältigt und neue Arbeitsweisen und Methoden wie das Case Management beginnen sich durchzusetzen.

Einige Aspekte haben sich aus ihrer Sicht aber wenig verändert. Es bestehen weiterhin Herausforderungen, um:

- ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf zu erreichen
- ältere Menschen (insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund) an das Hilfesystem heranzuführen
- ihren individuellen Bedarf angemessen zu decken und sie bei der Inanspruchnahme von Hilfen zu unterstützen

Erschwerend kommt hinzu, dass die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Institutionen nicht immer reibungslos gestaltet werden kann. In vielen Bereichen behindert die Konkurrenz die notwendige Kooperation.



Die Pflegestützpunkte stellen aus der Sicht von Gisela Seidel ein geeignetes Instrument dar, um die geriatrische Versorgung in Berlin weiterzuentwickeln. Als Begründung nannte sie drei wesentliche Punkte:

Erstens, die flächendeckende Einrichtung der Pflegestützpunkte. In Berlin gibt es 26 Pflegestützpunkte. Seit Herbst 2009 ist somit ein flächendeckendes Netz von Beratungs- und Anlaufstellen entstanden.

Zweitens werde dieses System vom Land Berlin unterstützt und ist somit politisch gewollt. Dies stelle ein starkes Fundament für eine Beratungsstruktur dar, die regulär in Anspruch genommen werden kann und soll.

Drittens sei das System der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung gesetzlich untermauert. Es gebe somit eine Gewährleistung, dass dieses System bis mindestens 2011 fortbestehen werde.

Gisela Seidel erläuterte die Aufgaben der Pflegestützpunkte. Dazu gehören:

- Umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung
- Koordinierung aller Hilfs- und Unterstützungsangebote
- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote

Somit ist eine klare Aufgabenbeschreibung der Pflegestützpunkte vorhanden. Diese Aufgaben in Anspruch zu nehmen, ist das Recht eines jeden Versicherten. Um die genannten Aufgaben auch über das Jahr 2011 hinaus bewältigen zu können, liegt die Herausforderung der Pflegestützpunkte darin, ihre Rolle im Versorgungssystem und die Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch die Berliner Bürger/innen zu stärken. Derzeit liege der Fokus ihres Erachtens auf der Beratung zu Pflege und Versorgung. Doch auch die geriatrische Rehabilitation sollte zukünftig verstärkt Teil des Beratungsangebotes sein. Damit würden Pflegestützpunkte den multi- und interdisziplinären Arbeitsansatz der Geriatrie unterstützen. Pflegestützpunkte beraten und informieren über Themen wie Pflege, Rehabilitation, soziale Integration sowie Teilhabe am öffentlichen Leben. Die Einrichtungen haben die Möglichkeit, einen systematischen Zugang zu Patient/innen zu finden. Die Pflege- und Krankenkassen seien per Gesetz dazu verpflichtet, den Versicherten über den nächsten Pflegestützpunkt zu informieren.

Die Pflegestützpunkte sollten auch eng in das Entlassungsmanagement der stationären Einrichtungen einbezogen werden. Zwei Drittel

der Menschen, die zuhause gepflegt werden, werden nicht über Pflegeeinrichtungen, sondern von ihren Familien gepflegt. Damit die pflegenden Angehörigen erfahren, wo sie Unterstützung finden können, müsse es im Rahmen der Entlassung ein systematisches Hinleiten zum nächsten Pflegestützpunkt geben.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung wird das Case Management als Instrument in den Pflegestützpunkten ausgebaut. Um dieses Instrument erfolgreich anzuwenden, müssen wichtige Qualitätskriterien gewährleistet sein:

- Hilfe und Unterstützung aus einer Hand
- Steuerung des Beratungsprozesses und verantwortliche Fallführung
- Kooperatives, vernetzendes Denken und Handeln

Perspektivisch könnten die Pflegestützpunkte ein besseres Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, beispielsweise durch systematische Nachsorge, sicherstellen und die in den Kliniken eingeleiteten Hilfemaßnahmen evaluieren.

Gisela Seidel wies darauf hin, dass der Umzug in ein Pflegeheim als stationäre Einrichtung nicht als Einbahnstraße gesehen werden darf. Pflegestützpunkte sollten verstärkt auf die Möglichkeiten aufmerksam machen, wie Menschen aus der Pflegeheimversorgung wieder in die ambulante Versorgung zurück gelangen.

Weitergehende Informationen sind unter [www.pflegestuetzpunkteberlin.de](http://www.pflegestuetzpunkteberlin.de) und [www.berlin.de/pflege/pflegestuetzpunkte](http://www.berlin.de/pflege/pflegestuetzpunkte) zu finden.

### Diskussion

Es wurde als sinnvoll angesehen, Pflegestützpunkte in die geriatrische Versorgung im stationären Bereich einzubinden. Somit kann eine Weiterführung der geriatrischen Versorgung nach der Entlassung gewährleistet werden. Hierzu müssen die Krankenkassen einbezogen werden. Dies würde sich mittelfristig ökonomisch rechnen und zu einer Lebensqualitätssteigerung der Patient/innen bzw. Versicherten beitragen.

In der anschließenden Diskussionsrunde wurden die Herausforderungen, Perspektiven und Vernetzungsmöglichkeiten der geriatrischen Versorgung gemeinsam mit dem Plenum diskutiert. Als wesentlich wird die schwierige Zusammenarbeit zwischen Pflegestützpunkten



und Hausärzten hinsichtlich der geriatrischen Versorgung angesehen.

Es wurden Möglichkeiten besprochen, die geriatrische Versorgung auszuweiten, so dass geriatrische Patient/innen auch in anderen Abteilungen, wie Innere oder Chirurgie adäquat versorgt werden. Dabei müssten insbesondere die Rettungsstellen als Erstbegegnungsort von akuten, schwerkranken alten Menschen geschult werden, um eine frühzeitig geriatrische Versorgung zu ermöglichen. Denkbar wäre, Qualitätssicherungsinstrumente einzuführen. Von der elektronischen Dokumentation von Krankenhausvorgängen könnten bereits Qualitätsindikatoren abgeleitet werden. Der derzeit bestehende Mechanismus der Konkurrenz an der Krankenhauseingangstür, der über die Zuweisung von Patient/innen bestimmt, müsse neu überdacht werden.

Bei der Versorgung von demenzerkrankten Patient/innen in Pflegeheimen sollten die Angehörigen einbezogen werden. Angehörige können mit der Fremdanamnese zur richtigen Diagnose beitragen. Dieser Punkt sollte auch von Ärzt/innen im stationären und ambulanten Bereich erkannt und ausgeweitet werden.

Zudem wurde deutlich gemacht, dass ein Pflegeheim keine Einbahnstraße sein muss. Es bestehen viele Möglichkeiten nach einem Aufenthalt im Pflegeheim in die ambulante Pflege zurückzukehren.

Des Weiteren wurde diskutiert, ob und wie die Versorgungsforschung gestärkt werden kann, auch durch eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen.

Das Institut für gerontologische Forschung in Berlin berichtete von Vernetzungspotenzialen zwischen Hausärzten und Pflegestützpunkten. Dazu wurden Fragen in Arztpraxen gesammelt und beantwortet, um diese danach als Handreichung in den Praxen auszulegen. Es wurde angestoßen, neue Wege zu suchen, wie das Vernetzungsengagement angemessen zu finanzieren und zu honorieren ist.

Die Pflegestützpunkte sollten sich mit weiteren Versorgungs- und Unterstützungseinrichtungen, wie der Alzheimer Angehörigen-Initiative, vernetzen. Dies wirkt einer langen Suche der Betroffenen nach Hilfsangeboten entgegen. Es

wurde darüber diskutiert, Case Management bei Erkrankungen, die eine komplexe Nachsorge erfordern, verpflichtend einzuführen. Dabei müssten die bestehenden Case Management Ansätze hinsichtlich ihrer Qualität überprüft werden. Es sollte dabei aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die Versorgung für die einzelne Person finanzierbar bleiben muss.

Der Moderator Dr. Neubart, der am Geriatriekonzept der Ärztekammer Berlin entscheidend mitgewirkt hat, fasste abschließend die Ergebnisse aus Sicht der Ärzteschaft zusammen:

Bei der Versorgung der geriatrischen Patient/innen gibt es bereits einige Fortschritte. Ich kann nur sagen, bleiben sie am System, halten sie ihren Druck für Verbesserungen aufrecht. Auch kleine Beiträge können, wenn sie sich mit dem Druck der anderen verbünden, Großes bewirken.

Wir nehmen mit Bedauern zur Kenntnis, dass die Zusammenarbeit der Institutionen noch nicht auf dem gewünschten Niveau ist. Wir arbeiten daran.

Wir sind besorgt darüber, dass die Wichtigkeit geriatrische Kompetenz zu erwerben, in allen Berufsgruppen und auch besonders bei uns Ärzt/innen noch deutlich vorangetrieben werden muss. Hier müssen wir selbstkritisch sein. Wir haben bedauerliche und die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränkende Lücken im Versorgungssystem identifiziert. Hier können wir etwas tun. An bestimmten Stellen wurden über Bundesratsinitiativen sogar Gesetzeslücken geschlossen. Ich denke an den § 116 b SGB V, der in Berlin initiiert wurde. Hierzu werden wir Vorschläge machen, damit wir eine Koordination der vereinzelt Bücher unseres Sozialgesetzbuches für diese für uns wichtigen Bemühungen flankieren können.“

---

## Fachforum IV: Werden Frauen und Männer anders alt? Die Gesundheit von Männern und Frauen im Alter

### Teilnehmende

Prof. Dr. Birgit Babitsch, Berlin School of Public Health

Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Gerhard Loder, DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse

Dr. Marco Pulver, Schwulenberatung Berlin

**Moderation:** Christiane Droste, gender+

### Impulsreferat

**Prof. Dr. Birgit Babitsch, Berlin  
School of Public Health**

#### Der Blick aufs Alter und aufs Altern

Um die Frage beantworten zu können, ob Männer und Frauen unterschiedlich altern, muss man sich zuerst einmal den begrifflichen Unterschied zwischen „Alter“ und „Altern“ verdeutlichen. Während das Alter einen bestimmten Abschnitt im Lebenslauf eines Menschen bezeichnet, bezeichnet das Altern die Gesamtheit der Veränderungsprozesse, die zum Alter führen bzw. die dem Altwerden zugrunde liegen. Unserem gesellschaftlichen Verständnis nach beginnt das Alter mit dem 65. Geburtstag, von den Jahren zwischen 65 und 85 spricht man vom dritten und von den Jahren ab 85 vom vierten Lebensalter.

Als Folge des demographischen Wandels unserer Gesellschaft ist der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung in einem steten Anstieg begriffen und man geht davon aus, dass im Jahre 2020 etwa ein Viertel der deutschen Bevölkerung über 65 Jahre alt sein werden.

Doch das Alter ist nicht gleichmäßig über die Geschlechter verteilt. Betrachtet man das Jahr 2006 so kamen auf 100 Männer im Alter von 85 Jahre 262 Frauen und auf 100 Männer. Im Alter von 89 Jahren sogar 314 Frauen. Auch wenn die Diskrepanz für die kommenden Jahre als rückläufig prognostiziert wird, so lässt sich doch ein deutlicher Unterschied erkennen, der sich auch auf der Ebene der gesamten Europäischen Union beobachten lässt. In keinem der 27 EU-Länder ist die Lebenserwartung der Männer höher als die der Frauen. Und auch die Lebenssituation im Alter unterscheidet sich, nicht zuletzt auch aufgrund der letztgenannten

Zahlen, deutlich. Während etwa die Hälfte aller Frauen im Alter allein leben, so sind es nur ca. 20 Prozent aller Männer.

#### Gesundheit alter Menschen

Legt man ebenfalls das Jahr 2006 zugrunde, dann hatte ein in diesem Jahr geborenes Mädchen in Deutschland eine durchschnittliche Lebenserwartung von knapp 82 Jahren, ein Junge von ca. 78 Jahren. Anders jedoch sieht es mit der Erwartung gesunder Lebensjahre aus. Hier beträgt die gesunde Lebenserwartung für Jungen rund 75 Jahre, für Mädchen jedoch nur rund 66 Jahre (2007). Ein ähnlicher Unterschied ergibt sich für die Erwartung gesunder Lebensjahre im Alter von 65 Jahren (2007). Männer haben hier noch ca. 8, Frauen noch ca. 7,5 gesunde Jahre vor sich. Eine Diskrepanz, die es genauer zu betrachten gilt und die sich auch auf der europäischen Ebene reproduzieren lässt. In keinem Land der EU haben Mädchen mehr gesunde Lebensjahre vor sich als Jungen.

Gesundheit und Krankheit im Alter sind vom Ansatz her multifaktoriell und sollten darüber hinaus auch multiperspektivisch betrachtet werden. Zu unterscheiden ist zum einen zwischen der somatischen und psychischen Gesundheit, der funktionalen Gesundheit, also der Fähigkeit, selbstständig eigene Grundbedürfnisse und alltägliche Aufgaben erfüllen zu können sowie der subjektiven Gesundheit, das individuelle Gefühl, sich gesund zu fühlen. Als Einflussfaktoren auf die Gesundheit im Alter kommen im Wesentlichen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Lebenssituation, Lebensstil, Lebenslage und resultierendes Gesundheitsverhalten als auch die zur Verfügung stehende Versorgung in Bezug auf Pflege und Medizin sowie die erreichbaren Gesundheitstechnologien zum Tragen. Als bestimmende Variable für Krankheit im Alter kön-

nen konstante Faktoren wie die genetische Prädisposition sowie die eintretenden altersphysiologischen Veränderungen und variable Faktoren wie Umwelteinflüsse oder gesundheitsschädigendes Verhalten betrachtet werden.

#### Sozioökonomische Unterschiede

Deutliche Unterschiede in der Morbiditäts- und Mortalitätsraten zwischen Männern und Frauen ergeben sich beim Blick auf einzelne Krankheitsbilder und spezielle Lebenslagen. Hier ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen Geschlecht, Sterblichkeit und sozioökonomischem Status zu beobachten. Es konnte zweifelsfrei belegt werden, dass männliche Unterschichtangehörige eine um 10 Jahre geringere Lebenserwartung haben als Männer aus der Oberschicht, bei Frauen beträgt diese Differenz ca. 6 Jahre. Gravierende Unterschiede bestehen auch in der stationären Morbidität der über 65-Jährigen. Ist bei Frauen in dieser Altersgruppe die Hauptdiagnose mit 16 Prozent die Herzinsuffizienz, so beträgt diese bei Männern nur 12 Prozent. Die bei Frauen mit 10 Prozent zweithäufigste Diagnose, der Femurfraktur, erscheint bei Männern in der Liste der häufigsten Diagnosen überhaupt nicht. Dahingegen werden Frauen wesentlich seltener mit bösartigen Neubildungen an Lunge und Bronchien eingewiesen. Diese Liste der Unterschiede ließe sich auf weitere Bereiche wie Verletzungen, Krebserkrankungen oder Multimorbidität ausweiten.

Auffällig ist eine sehr hohe Inzidenzrate von Demenzerkrankungen bei Frauen ab einem Alter von 75 Jahren mit 30 Prozent Neuerkrankungen versus ca. 13 Prozent bei gleichaltrigen Männern bezogen auf die Gesamtbevölkerung mit steigender Tendenz bis zum 80. Lebensjahr. Bis zum Alter von 75 liegt die Inzidenzrate bei Männern und Frauen in etwa auf dem gleichen Niveau. Legt man jedoch die längere Lebenserwartung der Frauen zugrunde, so beruht auch dieser Unterschied auf der Zugehörigkeit zum männlichen oder weiblichen Geschlecht.

Ähnlich unterschiedlich ist auch das Empfinden der subjektiven Gesundheit im Alter. Während dies bei Männern und Frauen in der Altersgruppe von 40 bis 54 annähernd identisch bei etwa 80 Prozent liegt, beginnt diese Einschätzung ab dem 55. Lebensjahr deutlich auseinanderzugehen. Die größte Diskrepanz zeigt sich in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen, in der ca. 58 Prozent der Männer aber nur ca. 47 Prozent der Frauen sich subjektiv gesund fühlen.

Ohne hier noch auf weitere Einzelheiten einzugehen, wird schon anhand der aufgeführten Beispiele deutlich, dass sowohl die somatische als auch die subjektive Gesundheit im Alter eng mit dem biologischen Geschlecht (Sex) aber auch mit dem sozialen Geschlecht (Gender) korrelieren. Es sind somit neben der Bereitschaft, über Gesundheit zu berichten (Health Reporting Behaviour), und den individuellen Erfahrungen im Gesundheits- und Pflegesystem die biologischen, die durch unsere Sozialisation erworbenen und die psychosozialen Risiken, die in Korrelation mit dem Geschlecht über Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsempfinden in der Lebensphase des Alters entscheiden. Gender und Sex bedingen somit ganz wesentlich unsere Exposition und damit auch unsere Chance auf Gesundheit bzw. unsere Risiken, eine spezielle gesundheitliche Beeinträchtigung zu erwerben.

So sehr sich ältere Männer und Frauen auch in Hinblick auf somatische und subjektive Gesundheit voneinander unterscheiden, so gleichen sich doch deren Bedürfnisse und Wünsche für das Alter. Beide Geschlechter wünschen sich Autonomie, Gesundheit und Lebensqualität. Männer und Frauen wollen ihr Leben bis ans Lebensende selber bestimmen, sie wollen körperlich, geistig und seelisch gesund sein und sie wollen darüber hinaus einen Sinn und eine Perspektive in ihrem Leben sehen, sie wollen von Nutzen sein und am Leben in der Gesellschaft teilhaben.

**Impulsreferat  
Dr. Sabine Hermann,  
Senatsverwaltung für Gesundheit,  
Umwelt und Verbraucherschutz**

**Ergebnisse der Berliner  
Gesundheitsberichterstattung**

Ich freue mich, Ihnen heute Ergebnisse aus Berlin zu präsentieren. In vielen Punkten werde ich dabei an die allgemeinen Darstellungen von Prof. Babitsch anknüpfen. Voranstellen möchte ich, dass ich nur Schlaglichter aus der Berliner Berichterstattung präsentieren kann, es wird nicht vollständig und systematisch sein, soll aber Anregungen für die Diskussion des Gesundheitszielprozesses geben.

Ich werde Ihnen nachfolgend demographische Eckdaten und einiges zum Gesundheitszustand der Berliner/innen präsentieren, ausgewählte Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten darstellen, Ihnen ein paar Daten zu den Krankheitskosten geben und natürlich ein kurzes Fazit ziehen.

**Eckdaten der Berliner Bevölkerung**

Lassen sie uns einen Blick auf die Berliner Bevölkerung werfen. Es leben 3,4 Millionen Menschen in der Stadt.

In der Gesamtbevölkerung ist die Verteilung der Geschlechter ziemlich hälftig. Je älter die Bevölkerung jedoch wird, umso mehr überwiegt der Frauenanteil. Im zweiten Teil der Tabelle ist die Bevölkerung differenziert nach Staatsangehörigkeit bzw. Migrationshintergrund abgebildet. Sie sehen, dass in der Gesamtbevölkerung ungefähr ein Viertel der Berliner/innen einen Migrationshintergrund haben. Wenn wir uns die älteren Menschen anschauen, also 65 Jahre und älter, dann ist dieser Anteil sehr viel geringer.

und letztendlich für das Gesundheitsverhalten verwendet. Berliner Frauen haben mit 82 Jahren eine um rund fünf Jahre höhere Lebenserwartung als Männer. Im Vergleich zu vor zehn Jahren entspricht dies einem Zugewinn von fast 3 Jahren bei den Frauen und nahezu 4 Jahren bei den Männern. Frauen weisen mittlerweile überall auf der Welt eine höhere Lebenserwartung auf als Männer. Dies wird einerseits auf biologisch genetische Faktoren zurückgeführt. Es liegt aber auch am unterschiedlichen Lebensstil. Hierzu möchte ich die Klosterstudie von Dr. Marc Luy benennen. Dieser betrieb Studien in einem Kloster und stellte fest, dass Mönche im Durchschnitt 4 Jahre länger leben als „normale“ Männer und nur 1 bis 2 Jahre



**Eckdaten der Bevölkerung**

- In Berlin leben 3.442.675 Menschen (31.12.2009)

Altersgruppen	Geschlecht		Staatsangehörigkeit		
	Männer in %	Frauen in %	Deutsche ohne MH in %	Deutsche mit MH in %	Ausländer in %
Insgesamt	49	51	74	12	14
50 und älter	46	54	85	6	9
65 und älter	42	58	90	4	6

- **Altersstruktur:**

Kinder und Jugendliche (0-14 Jahre)  
417.000 bzw. 12 %



Erwerbsfähiges Alter (15-64 Jahre)  
2.367.000 bzw. 69 %



Menschen im Rentenalter (65 Jahre und älter)  
659.000 bzw. 19 %



Bevölkerungsprognose 2030: 819.000 bzw. 24 %

7. LGK | SenGUV, I A 1 | 28.10.2010

3

Zur Altersstruktur: Kinder und Jugendliche stellen gegenwärtig 12 Prozent der Berliner Bevölkerung dar. Die größte Gruppe mit 69 Prozent sind Menschen im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre). Die dritte Gruppe sind Menschen im Rentenalter, derzeit 19 Prozent. Wenn wir uns aber die Bevölkerungsprognosen ansehen, werden im Jahre 2030 bereits 24 Prozent der Berliner/innen 65 Jahre und älter sein. Wenn man sich die absoluten Zahlen anschaut, weiß man, dass sich auch die Infrastruktur darauf einstellen muss: Gegenwärtig gehören zur letztgenannten Gruppe knapp 700.000 Menschen, zukünftig über 800.000.

**Gesundheitszustand und Lebenserwartung von Männern und Frauen**

In der nationalen und internationalen Berichterstattung wird die Lebenserwartung als ein Schlüsselindikator im Gesundheitszustand

kürzer als Nonnen. Dies macht die Auswirkungen von unterschiedlichen Lebensstilen sehr gut deutlich.

Wir verwenden in der Berichterstattung den Indikator der vorzeitigen Sterblichkeit, das heißt Sterblichkeit vor Vollendung des 65. Lebensjahres. Männer haben ein ungefähr dreifach höheres Risiko als Frauen vorzeitig zu sterben. Bei alkoholbedingten Erkrankungen ein vierfach höheres, bei Herzkrankheiten ein sechsfach höheres Risiko. Der Indikator endet beim 65. Lebensjahr. Die Sterblichkeit bei Männern hat aber auch in den höheren Altersgruppen sehr viel mit dem Lebensstil zu tun. Lebenserwartung hat noch andere Kategorien, z. B. die fernere Lebenserwartung. In Berlin haben derzeit 60-jährige Frauen noch eine fernere Lebenserwartung von 24,4 Jahren vor sich, 60-jährige Männer 20,7 Jahre. Bei den Hochbetagten, das heißt 80-jährigen und



Älteren, haben die Frauen noch ungefähr 9 Lebensjahre vor sich, die Männer 7,8 Jahre. Bei der Lebenserwartung ist aber nicht nur die Länge des Lebens wichtig, sondern auch die Lebensqualität. Wir wissen, dass mit steigender Lebenserwartung das Risiko von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit stark zunimmt. Es ist also wichtig, ob eine höhere Lebenserwartung mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht, oder ob eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungsbeginn und Sterbezeitpunkt erkaufte wird. Wir können die gesunde Lebenserwartung unter Einbeziehung der Pflegebedürftigkeit berechnen. Berliner Männer sind mit rund knapp 2 Jahren bzw. einem Anteil von fast 3 Prozent an ihrer Gesamtlebenserwartung von Pflegebedürftigkeit betroffen. Bei Frauen sind es 4 Jahre bzw. knapp 5 Prozent der Gesamtlebenserwartung, bei denen man im statistischen Durchschnitt mit Pflegebedarf rechnen muss.

Ein kurzer Überblick zum Krankheitsspektrum im Alter: Befragt man hier die älteren Menschen, dann schätzt gut die Hälfte ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein. Wenn man sich das Erkrankungsspektrum anschaut, kann man das nicht ganz bestätigen. Multimorbidität ist ein Hauptfaktor für Erkrankungen und damit auch für die ambulante Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Vorrangig gehören Herzkreislauf-Erkrankungen, Altersdiabetes, Fettstoffwechselstörungen, Rheuma, Arthrose und Demenz dazu. Die häufigsten Gründe für Krankenhausbehandlungen in Berlin sind für Frauen Herzinsuffizienz, Fraktur des Oberschenkelknochens und Herzkreislauf-Erkrankungen. Bei Männern ergibt sich ein ähnliches Bild, nur die Reihenfolge ändert sich.

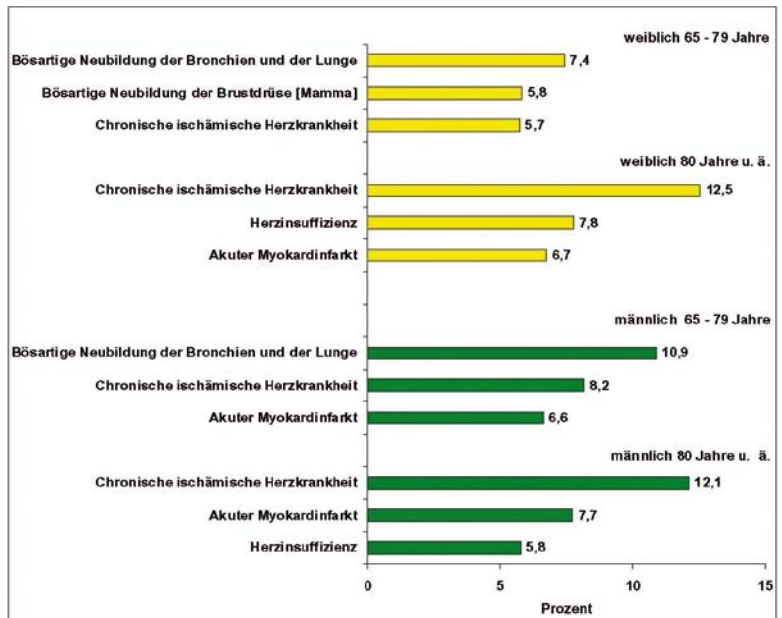
In Berlin hat im Jahr 2008 jede krankenversicherte Person etwa 19 Mal einen Arzt konsultiert. Das sieht je nach Alter sehr unterschiedlich aus: Die 65- bis 90-Jährigen haben im Jahr zwischen 27 und 41 Arztkontakten. Hier bestehen kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Man kann insgesamt davon ausgehen, dass ältere Menschen, insbesondere Hochbetagte, zu 100 Prozent einen Arztkontakt hatten.

### Präventionsrelevante Schwerpunkte

Beim Todesursachenspektrum stehen ganz klar Herzkreislauf-Erkrankungen und bösartige Neubildungen im Vordergrund.

Ich möchte noch zwei Schwerpunkte ansprechen, von denen ich denke, dass sie präventionsrelevant und deshalb für den Gesundheitszieleprozess besonders wichtig sind: Zum

## Häufigste Todesursachen in Berlin 2009

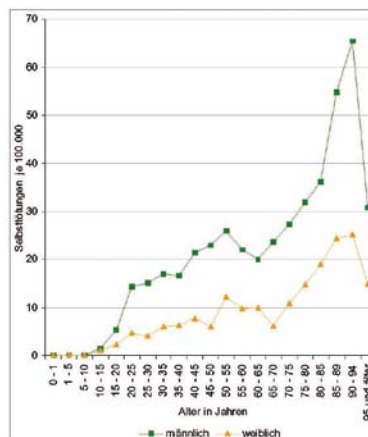


7. LGK | SenGUV, I A 1 | 28.10.2010

einen können Mobilität, Selbstständigkeit und Lebensqualität gerade in höheren Altersgruppen durch unfallbedingte Verletzungen sehr stark beeinträchtigt werden. In Berlin nahm dieses Krankheitsbild den vierten Platz des Behandlungsspektrums ein. Schaut man

sich die Altersgruppe der über 60-Jährigen an, standen derartige Einweisungsgründe bereits auf Platz drei, bei den 80-Jährigen war es der zweithäufigste Grund für eine Krankenhaus-einweisung. Pro Tag werden 800 Klinikbetten für die Behandlung von über 60-jährigen

## Präventionsrelevante Schwerpunkte - Suizid Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an Suizid in Berlin 2005 - 2007



- In den Jahren 2005-2007 nahmen sich 388 Berliner Frauen und 881 Berliner Männer das Leben. 36 % dieser Frauen und 24 % dieser Männer waren älter als 65 Jahre (Alterssuizid).
- Höchstes Suizidrisiko haben über 80-Jährige.
- Suizidrate weist große Schwankung zwischen den Bezirken auf. Ein Zusammenhang zur sozialen Lage besteht nicht (z. B. haben über 60-jährigen Frauen in Charlottenburg-Wilmersdorf und Marzahn-Hellersdorf bei höchstes Suizidrisiko, Neukölln das niedrigste).

7. LGK | SenGUV, I A 1 | 28.10.2010

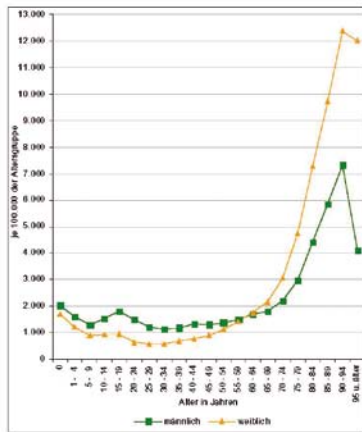
Frauen und Männern in Berlin gebraucht, um Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen zu behandeln. Dieses Krankheitsbild ist für Frauen im Alter viel bedeutsamer. Frauen weisen zudem in den höheren Altersgruppen gegenüber Männern eine überproportional starke Zunahme auf.

mit typischen Nebenwirkungen wie Gangunsicherheit, Gleichgewichtsstörungen und Muskelschwäche. Hier muss von einem Zusammenhang zu den Unfällen ausgegangen werden. Suizidale Vergiftungen werden im Alter am häufigsten mit Medikamenten vorgenommen. Deshalb ist die verstärkte Nutzung

testen bei Frauen ist schwimmen, bei Männern joggen. Durchschnittlich verwenden die über 65-Jährigen dreieinhalb Stunden pro Woche für sportliche Aktivitäten. Ausländische Frauen und Männer mit zweieinhalb Stunden pro Woche noch weniger. Männer treiben im Durchschnitt eine Stunde länger Sport als Frauen. Die bevorzugten Sportorte der über 65-Jährigen sind die Natur und das eigene Zuhause. Zwei Drittel der Sportaktivitäten werden privat organisiert. Erst an zweiter Stelle und mit großem Abstand folgen die Sportvereine.



### Aus dem Krankenhaus wegen Verletzungen und Vergiftungen entlassene vollstationäre Behandlungsfälle in Berlin 2004 – 2006



- In Berlin steigt die stationäre Morbidität infolge von Verletzungen und Vergiftungen ab dem 60. Lebensjahr bei beiden Geschlechtern an.
- Ab dem 65. Lebensjahr zeigt sich bei den **Frauen** eine überproportional starke Zunahme von 50 % je 5-Jahresaltersgruppe (Männer: 30 %).
- Die Krankenhaushäufigkeit liegt bei den über 65-jährigen Frauen im Durchschnitt mehr als ein Drittel über der der Männer.

Ich habe ihnen diese Ergebnisse gezeigt, weil in der Berliner Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren das Übergewicht sehr weit verbreitet ist. Über die Hälfte der Männer in dieser Altersgruppe haben Übergewicht und weitere 16 Prozent Adipositas. Bei den Frauen sind 38 Prozent übergewichtig und 18 Prozent adipös. Das heißt Bewegung sollte man für diese Altersgruppe, aber nicht nur für diese, großschreiben.

Ein zweites Beispiel zum Gesundheitsverhalten ist der Genuss von Alkohol. Alkoholkonsum ist in der Berliner Bevölkerung weit verbreitet. Nur 3 Prozent der Befragten geben an, noch nie Alkohol konsumiert zu haben. Bei den über 50-Jährigen konsumiert im Durchschnitt jede fünfte befragte Person Alkoholgengen, die mit einem gesundheitlichen Risiko assoziiert sind. Man weiß aus Studien, dass die Alkoholverträglichkeit im höheren Lebensalter abnimmt. Die deutsche Hauptstelle für Suchtforschung schätzt, dass bei 2 bis 3 Prozent der älteren Männer und 0,5 bis 1 Prozent der Frauen eine Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch vorliegen. 15 Prozent konsumieren darüber hinaus Alkohol in riskanten Maßen. Auch dies steht wieder in direkter Verbindung mit Stürzen und eingeschränkter Beweglichkeit.

#### Krankheitskosten im Alter

Nun komme ich zum letzten Punkt, den Krankheitskosten im Alter. Diese Daten gibt es nur für Deutschland insgesamt, nicht für Berlin. Wenn man die Bevölkerung in die drei typischen Altersgruppen Kinder/Jugendliche, Menschen im erwerbsfähigen Alter und Menschen im Ruhestand unterteilt, hatten die 65-Jährigen mit über 7000 Euro je Einwohner im Jahr 2008 die höchsten Krankheitskosten. Die Krankheitskosten steigen mit zunehmendem Alter. So lagen die Kosten bei den 85-Jährigen und Älteren im Durchschnitt bei 15.000 Euro pro Einwohner.

Die Krankenhaushäufigkeit liegt bei den über 65-jährigen Frauen im Durchschnitt mehr als ein Drittel über der der Männer. Dies stellt eine Besonderheit für die Frauen dar.

Ein anderer präventionsrelevanter Schwerpunkt ist der Suizid. Männer haben in allen Altersgruppen ein deutlich höheres Suizidrisiko als Frauen. Im Zeitraum 2005-2007 nahmen sich 388 Frauen und 881 Männer das Leben. 36 Prozent dieser Frauen und 24 Prozent der Männer waren älter als 65 Jahre. Dies ist der sogenannte Alterssuizid. Das höchste Suizidrisiko haben die über 80-jährigen Männer. Die Suizidrate weist hohe Schwankungen zwischen den Bezirken auf, ein Zusammenhang zur sozialen Lage lässt sich nicht eindeutig feststellen. Es gibt natürlich auch Hilfsangebote, wie den Giftnotruf und den Berliner Krisendienst, die von älteren Menschen noch zu wenig wahrgenommen werden. Die Anfragen dieser Altersgruppe machen gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil von 25 Prozent mit knapp 4 Prozent noch einen sehr geringen Anteil aus.

Ein häufiges Gefährdungspotenzial bei älteren Menschen erwächst aus dem verbreiteten Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

des Giftnotrufs von dieser bzw. für diese Altersgruppe angezeigt. Auch das Angebot des Berliner Krisendienstes wird von älteren Menschen eher selten genutzt: Nur 8 bis 10 Prozent der Klientenkontakte des Berliner Krisendienstes betreffen über 60-jährige Menschen.

#### Gesundheitsverhalten der Berliner Senior/innen

Man kann davon ausgehen, dass es einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gesundheitsverhalten gibt. Ich möchte dies für die älteren Menschen anhand von zwei Beispielen veranschaulichen. Die Senatsverwaltung für Inneres befragte 30.000 Berliner/innen zu ihrem Sport- und Bewegungsverhalten. 65 Prozent der befragten Frauen und Männer über 65 Jahre sind sportlich aktiv, ausländische Menschen sind deutlich weniger sportlich aktiv. Die über 65-Jährigen gaben als Hauptgrund für sportliche Inaktivität Krankheit an. Der Begriff „Sport“ wurde bei der Umfrage sehr weit gefasst, es gehört ein breites Spektrum an Sport- und Bewegungsaktivitäten dazu. Die Rangfolge der beliebtesten Sportformen ist: Radfahren, Gymnastik, Schwimmen, Wandern, Spazierengehen, Joggen, Tanzen. Am belieb-

## Fazit

Es ist festzustellen, dass die gesundheitlichen Einschränkungen mit zunehmendem Alter steigen. Deshalb muss Prävention für das Alter und die Möglichkeit der Prävention im Alter ausgebaut werden. Hier sollte man nicht erst bei den 65-Jährigen anfangen, sondern möglichst schon die „jungen Alten“ ab 50 Jahre einbeziehen. Wir haben unseren letzten Berliner Gesundheitsbericht dem Thema Alter gewidmet und bei den tabellarischen und textlichen Darstellungen (soweit die Daten verfügbar waren) bereits bei den 50-Jährigen begonnen. Wir sind damit einer WHO-Empfehlung gefolgt, weil man genau in diesem Alter Ansätze für ein gesundes höheres Alter und bestimmte Gewohnheiten ausbilden kann, die sich günstig auf das höhere Lebensalter auswirken. Grundsätzlich sollte eine Erhöhung der Lebensqualität, nämlich der Selbstständigkeit und der Autonomie, unterstützt werden, um die Potentiale des Alters zu nutzen. Ich habe in meinem Vortrag viel von den Einschränkungen des Alterns gesprochen, aber die Potentiale des Alters sind auch vorhanden, obwohl sie nicht immer gut messbar sind. Hier ist Unterstützung gefragt. Aus meiner Sicht ist die Steigerung der körperlichen Aktivität sehr wichtig. Sie hat nicht nur Auswirkungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern verringert auch das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko in jüngeren Jahren.

Abschließend möchte ich Sie auf einige Publikation hinweisen, die wir in den letzten Jahren im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin zum Thema ältere Menschen erstellt haben:

Basisbericht 2008 zur Berliner Gesundheitsberichterstattung mit dem Schwerpunktthema ältere Menschen, Sozialstrukturatlas Berlin 2008, Statistische Kurzinformation zur Pflegebedürftigkeit und den Pflegeleistungen der Sozialhilfe und das Diskussionspapier zur kleinräumigen Darstellung der Lebenserwartung.

Alle Publikationen sind im Internet unter [www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html](http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html) sowie Einzeldokumente im Gesundheits- und Sozialinformationssystem unter [www.gsi-berlin.info/](http://www.gsi-berlin.info/) verfügbar.

## Gerhard Loder, DAK – Deutsche Angestellten- Krankenkasse Empfehlungen der DAK zum Thema „Mann und Gesundheit“

### Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung bietet vor allem durch den Abbau von Belastungen und der Stärkung von Ressourcen, nicht zuletzt auch aufgrund der noch immer höheren Erwerbsbeteiligung von Männern, große Potentiale zur Verbesserung der Gesundheit von Männern. Dazu gehört neben der Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungs-Spielräumen der Abbau von Unfall- und Verletzungsgefahren sowie Stressbelastungen, eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung und Suchtprävention am Arbeitsplatz.

### Mehr Aufmerksamkeit für männerspezifische Gesundheitsrisiken in den Medien

Aufklärung und Motivation durch Information sind wesentliche Maßnahmen, um das Gesundheitsverhalten von Männern zu steigern und Risikofaktoren durch zum Beispiel Lebensstilveränderungen zu verringern. Einen wesentlichen Beitrag dieser Informationsarbeit liefern die Medien. Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Männergesundheit sollte jedoch dazu beitragen, diese nicht nur im Vergleich zu Frauen, sondern auch unter Männern aufzuzeigen. Auch sollten Potentiale der Männergesundheit nicht nur auf körperliche Gesundheit reduziert, sondern stets auch im Zusammenhang mit seelischer Gesundheit erörtert werden.

### Stärkung der Kompetenzen im Versorgungssystem

Am Beispiel Depressionen zeigt sich, dass bei Männern andere Symptome und Verhaltensweisen als bei Frauen im Vordergrund stehen können. Auf medizinischer und therapeutischer Seite scheinen männliche Spezifika nicht immer hinreichend bekannt zu sein. Die Verbesserung der Diagnostik und Therapie von Männerdepressionen sollte durch die Stärkung der Kompetenzen, insbesondere jedoch der Hausärzte, weiter verbessert werden. Die zur Diagnostik existierenden Instrumente und Methoden sollten auch männerspezifische Symptome berücksichtigen. Darüber hinaus sollte durch mehr Aufklärung und Fortbildung sowie auch Vernetzung, die Kompetenzen von Haus-, Fach- und Betriebsärzten verstärkt werden.

### Mehr Männergesundheitsforschung

In einer zielgerichteten Intensivierung der Männergesundheitsforschung, zum Beispiel in



Bezug auf männerspezifische Sichtweisen hinsichtlich gesundheitlicher Belastungen sowie auch Ressourcen, sieht die DAK weitere Potentiale zur Verbesserung der Gesundheit von Männern. Zudem sollte erforscht werden, wie der Zugang von Männern zu Präventions- und Vorsorgeangeboten verbessert werden kann. Auch das Wissen bezüglich unterschiedlicher Krankheitsbilder zwischen den Geschlechtern und damit einhergehend möglicher unterschiedlicher Therapie- und Versorgungsanforderungen sollte durch entsprechende Forschungsausrichtungen erweitert werden.

### Verbesserung der Vorsorgementalität von Männern durch Anreize

Männer, die die gesetzlich empfohlenen Vorsorgeangebote nicht oder nur unregelmäßig nutzen, können stärker, unter anderem durch finanzielle Anreize, zur Inanspruchnahme bewegt werden. Die DAK bedient diesen Vorschlag mit dem Individualtarif DAKpro Balance. Männer, die sich um Ihre Gesundheit kümmern, an den notwendigen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, einmal im Jahr wichtige Gesundheitswerte messen lassen und sich um eine gesunde Lebensführung bemühen, werden hier belohnt. Die Praxis zeigt, dass mehr Männer dieses Tarifangebot wählen als man aufgrund der Zahlen zur Inanspruchnahme verschiedener Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung erwartet.



### Verbesserung der Attraktivität und Nachhaltigkeit von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Prävention mÄnnerspezifischer Erkrankungsrisiken wie zum Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen sollte bei MÄnnern im Mittleren Lebensalter im Vordergrund stehen. Angebote der PrimÄrprÄvention der gesetzlichen Krankenkassen sollten daher in Bezug auf Ihre Akzeptanz und AttraktivitÄt bei MÄnnern geprüft werden. Auch sollten sich die Angebote mehr an geschlechtsspezifischen Bedürfnissen und Lebenslagen, zum Beispiel durch eine Integration in den Arbeits- und Betriebsalltag, orientieren. Dies könnte ihre Nachhaltigkeit für mehr MÄnnergesundheit erhöhen. Da MÄnner sozialen Aspekten wie Familie, Kinder und Partnerschaft eine besonders hohe Bedeutung für Ihre Gesundheit und Wohlbefinden beimessen, bieten Partnerprogramme und familienfreundliche Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote weitere zentrale Anknüpfungspunkte für mehr MÄnnergesundheit.

### Dr. Marco Pulver, Schwulenberatung Berlin zu Thema „Anders altern in Berlin“

Der Berliner Senat schätzt, dass es in Berlin zwischen sechzig- und achtzigtausend homosexuelle MÄnner und Frauen im Alter über 65 Jahren gibt. Während wir über die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen, aber auch transidentischer und intersexueller Menschen bis heute kaum etwas wissen, steht die Gesundheit von schwulen MÄnnern spätestens seit der Entdeckung von AIDS im Fokus medizi-

nisch-epidemiologischer Beobachtung. Inzwischen liegen in USA und Europa mehrere Studien vor, die aufzeigen, dass schwule MÄnner in allen Altersstufen in vielerlei Hinsicht ein erhöhtes Gesundheitsrisiko haben, und zwar aufgrund ihrer SexualitÄt, ihres Lebensstils und vor allem auch aufgrund von Diskriminierung. Was die Risiken beim Sexuellenleben angeht, ist allgemein bekannt, dass bei schwulen MÄnnern – zunehmend gerade auch bei Älteren – ein erhöhtes Risiko der Infektion mit HIV und der Entwicklung von AIDS-definierenden Erkrankung besteht. Dabei muss man in Bezug auf das Thema des heutigen Kongresses vor allem noch bedenken, dass HIV-Infizierte zwar aufgrund verbesserter Therapien inzwischen wirklich alt werden könnten mit ihrer Krankheit, dass ältere Infizierte aber aufgrund der Dreifach-Stigmatisierung „alt + schwul + AIDS“ häufig sozial sehr isoliert leben und häufiger Depressionen, Ängste und Süchte entwickeln. Die Versorgungslandschaft ist auf diese zunehmend größer werdende Gruppe älterer HIV-infizierter MÄnner und Frauen und den damit zusammenhängen Problemen kaum vorbereitet.

Bei schwulen MÄnnern besteht aber generell eine vergleichsweise höhere Anfälligkeit für psychische Probleme, vor allem soziale Ängste und Depressionen. Eine erschreckende Tatsache ist, dass die Suizidrate bei homosexuellen MÄnnern bis zu siebenmal höher ist als in der Gesamtbevölkerung. In mehreren Studien wurde eine erhöhte Anfälligkeit für Suchterkrankungen festgestellt. Häufig hängen gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen bei schwulen MÄnnern, deren psychische BeeintrÄchtigungen und die erhöhten Suchter-

krankungsraten direkt oder indirekt mit Diskriminierungserfahrungen bzw. -Ängsten zusammen. Oftmals lassen sie sich als Ausdruck von Konflikten mit der Geschlechterrolle begreifen und zeugen von Schwierigkeiten bei der Ausbildung sexueller IdentitÄt. Das gilt natürllich auch für transidentische und intersexuelle Menschen in besonderer Weise, für Jüngere wie für Ältere. Das Gesagte trifft besonders auf die Generation der heute über 60-jährigen schwulen MÄnner zu, deren Leben von der Erfahrung der strafrechtlichen Verfolgung homosexueller Handlungen und der Angst vor Diffamierungen geradezu geprägt ist. Die Angst, als Schwuler entdeckt zu werden, sitzt vielen sozusagen im Nacken, und so leben viele Ältere in großer sozialer Isolation. Von denjenigen, die heute etwas offener mit ihrem Schwulsein umgehen und über ihre Sorgen mit anderen reden, wissen wir, dass sie große Angst haben, zu erkranken oder gebrechlich und pflegebedürftig zu werden, weil sie befürchten, dann in Einrichtungen abgeschoben zu werden, wo sie ihre Privatsphäre verlieren, ihr Geheimnis lüften müssten und wo sie bei Angestellten und Mitbewohnern auf Unverständnis und Intoleranz stoßen könnten. Deshalb hoffen viele auf die Realisierung alternativer Wohnformen und Pflegeeinrichtungen, in denen HomosexualitÄt selbstverstÄndlich ist bzw. nicht-heterosexuelle Lebenswelten berücksichtigt werden.

Generell besteht großer Forschungsbedarf zum Thema „anders Altern“ und zur gesundheitlichen Situation von homosexuellen Senioren und Seniorinnen sowie transidentischen und intersexuellen Menschen. Zurzeit ist eine lebensweltadÄquate bzw. -sensible Versorgung dieser Menschen im Alter in Berlin nicht gewährleistet. Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zur Gleichstellung fordert Dr. Pulver, dass Berlin geeignete Maßnahmen ergreift bzw. die Voraussetzungen dafür verbessert, dass künftige auch nicht-heterosexuelle Menschen gesund, selbstbestimmt und in guter Gemeinschaft mit anderen – also zufrieden und in Würde – alt werden können.

### Diskussion

In der anschließenden Diskussion wurden die Möglichkeiten beurteilt, wie gesundheitliche Geschlechterdifferenz in den Gesundheitszielprozess einbezogen werden kann. Dabei wurde hervorgehoben, dass man einen stärkeren Anreiz auf präventive Angebote, wie beispielsweise Sturzprävention, legen sollte. Dies

ist direkt mit dem Wunsch vieler älterer Menschen verbunden, in ihrem Lebensumfeld wohnen zu bleiben.

In der Gesundheitsberichterstattung wird bereits, soweit möglich, geschlechtersensibel berichtet. Es sollte verstärkt die Zielgruppe der Älteren befragt werden, um eine Priorisierung von Handlungsfeldern direkt von den Betroffenen und nicht ausschließlich von Fachleuten zu erhalten. So könnten Krankenkassen die Teilnahme an Gesundheitsmaßnahmen in den Betrieben auf den Anteil der Männer hin überprüfen.

Des Weiteren sollte die sexuelle Vielfalt berücksichtigt werden. Der Berliner Senat hat hierzu die Aufklärungsaktion „sexuelle Viel-

falt“ mit einer Fördersumme von zwei Millionen Euro unterstützt.

Dass ein Bedarf an alternativen Wohnprojekten für ältere homosexuelle Menschen besteht, zeigt das große Interesse an der Einrichtung „Lebensort Vielfalt“, die Anfang 2012 eröffnet werden soll. Hier gibt es bereits 140 Bewerber/innen für gerade einmal 24 Wohnungen.

Es ergaben sich Hinweise auf eine differenzierte Ansprache von Männern und Frauen für Sportkurse, um Männer stärker für die Teilnahme an Präventionskursen zu begeistern. Klassische Angebote wie Wirbelsäulengymnastik werden fast ausschließlich von Frauen beansprucht. Innovative Angebote, die den Fokus auf die Zielgruppe Männer legen, sollten

mit finanziellen Anreizen versehen werden. Hierbei erwähnte der Landessportbund Tischtennis als Gesundheitssport. Es mangelt jedoch oft an Akzeptanz der Geldgeber. Gerhard Loder machte darauf aufmerksam, dass die Auswahl der Bezuschussung von Sportkursen von allen gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam entschieden wird.

**Anmerkung:**

Die Beschlussempfehlung zur Initiative „Berlin tritt ein für Selbstbestimmung und Akzeptanz sexueller Vielfalt“ ist abrufbar unter:

[www.berlin.de/imperia/md/content/lb\\_ads/beschlussempfehlung\\_d16\\_2291.pdf?start&ts=1292596420&file=beschlussempfehlung\\_d16\\_2291.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb_ads/beschlussempfehlung_d16_2291.pdf?start&ts=1292596420&file=beschlussempfehlung_d16_2291.pdf)

# Abschluss

## Die Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2010/2011 und Ausblick auf die künftigen Tätigkeiten

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



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben uns 2008 darauf verständigt, die Struktur der Landesgesundheitskonferenz (LGK) zu verändern. Aus dem anfänglichen internen Zusammenschluss aus Kammern, Krankenkassen, Verbänden und Senatsverwaltungen entwickelte sich ein offenes Forum, das interessierte Akteure einlädt, sich in die Dis-

kussion einzubringen. Die Arbeit der LGK besteht allerdings nicht nur aus der jährlichen Landesgesundheitskonferenz, sondern stellt einen Prozess dar, der die Aktivitäten des vergangenen Jahres reflektiert, Ergebnisse der Tätigkeiten festhält sowie zukünftige Ziele und Vorhaben festlegt.

Die Arbeit zwischen den Konferenzen führt ein Steuerungsausschuss (StA) durch, der aus den Mitgliederorganisationen der LGK besteht. Der StA steuert, indem er Diskussionen über Arbeitsplanungen führt, aber auch Zwischenbilanzen zieht. Bei der 6. Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2009 formulierte ich die Schwerpunkte für das Jahr 2010 so: Das Monitoring für die Kindergesundheitsziele intensivieren, Gesundheitsziele für ältere Menschen formulieren, verstärkt mit den Berliner Public Health-Studiengängen zusammenarbeiten sowie die Gesundheitsforen als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit und Beteiligung der Bevölkerung fortführen. Darüber hinaus waren für uns die Berliner Initiative Gesunde Arbeit (BIGA) und Öffentlichkeitsarbeit relevante Arbeitsschwerpunkte.

Diese Themen haben uns über das Jahr als LGK beschäftigt und werden dies auch 2011 tun. Zum Beispiel die Frage, wie der Stand der

Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder im Jahr 2011 ist, um gegebenenfalls die Hürden und Probleme zu bearbeiten. Wir wollen schließlich die Akteure, Rahmenbedingungen und Sachverhalte identifizieren, die dazu beitragen, Gesundheitsziele zu realisieren und so gleichzeitig unerfüllbare Zielvorstellungen erkennen. Ziel war es, Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie weitere Gesundheitsziele formuliert werden sollten und wie der Gesundheitszielprozess weitergeführt werden kann. Die Gesundheitsziele für Kinder, die im Jahr 2007 von der LGK beschlossen wurden, waren für den Zeitraum 2007 bis 2011 vorgesehen. Nun sind wir am Ende des Jahres 2010. Im Verlauf des nächsten Jahres müssen und wollen wir uns mit der Frage auseinandersetzen, in welcher Form die Gesundheitsziele für Kinder tatsächlich umgesetzt worden sind.

Wir haben dazu eine Arbeitsgruppe „Evaluation“ einberufen, da Evaluation eine Voraussetzung für individuelle und systematische Lernprozesse ist. Dies betrifft die Arbeit der LGK Berlin sowie den Gesundheitszieleprozess im Allgemeinen. Eine Evaluation liefert wichtige Daten für den weiteren Planungsprozess der LGK, da nicht nur über Gelungenes und Misslungenes, sondern auch über ein gemeinsames Verständnis von Qualität der Interventionen beraten wird.

Die Evaluation dient nicht als Instrument eines Projektrankings, sondern identifiziert institutionelle Rahmenbedingungen für das Gelingen von Gesundheitszielen. Daraus lässt sich schließen, wie der Zielprozess umgesetzt werden sollte. Dabei wollen wir nicht nur die bereits erreichten Ziele definieren, sondern auch analysieren, wie wir weiter vorgehen sollen. Das Thema „Kindergesundheit“ bleibt für uns auch nach dem Jahr 2011 ein wichtiges Gebiet

in der Arbeit der LGK. Es sollen Strukturen entwickelt werden, die Gesundheitsförderung im Land Berlin und in den Kiezen dauerhaft verankern. Die Evaluation des Kindergesundheitszielprozesses trifft Aussagen über Aktivitäten und Akteure. Erfolge und Barrieren, die positiv oder möglicherweise an der einen oder anderen Stelle auch hinderlich beim Umsetzen von Gesundheitszielen sind, sollen erkannt werden. Als Indikatoren für die Evaluation dienen unter anderem Daten der Schuleingangsuntersuchungen (ESU-Daten).

Diese Zahlen erklären jedoch die Veränderungen im Zeitverlauf nicht hinreichend. Dazu sind qualitative Daten notwendig: Daten zu Umfang und Art der Leistungen und ihrer Finanzierung, Aussagen zur Qualität der Interventionen, Strategien zum Transfer guter Praxis.

Der Nutzen besteht darin, dass Projektträger Qualitätsdefizite erkennen, deren Ursachen vermeiden sowie effektivere Lösungen entwickeln können. Qualitätsunterschiede zwischen Interventionen werden dadurch erkennbar und können besser qualitätsorientiert reguliert werden. Wir ermöglichen damit, dass Programme an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden können. In einer Situation knapper Ressourcen sind für die Finanzierungsträger der Gesundheitsinterventionen Qualitätsfragen von großer Bedeutung. Die Evaluation dient somit auch als Hinweis dafür, wie finanzielle Mittel sinnvoll eingesetzt und verteilt werden können.

Alles das, was wir als Akteure der LGK diskutiert haben, wäre nicht möglich gewesen, ohne die Geschäftsstelle der LGK – bei der vom Land Berlin finanzierten und eingerichteten Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, deren Träger Gesundheit Berlin-Brandenburg ist. Und – das will ich an dieser Stelle ganz deutlich sagen – ohne das Engagement der Mitgliedsinstitutionen und der in den Institutionen in besonderer Weise verantwortlichen Akteure wäre die erfolgreiche Arbeit der LGK nicht zu realisieren gewesen. Ich freue mich außerdem, dass sich auch im Jahr 2010 neue Akteure, wie die Psychotherapeutenkammer, in die Arbeit der LGK eingebracht haben.

Als Vorsitzender des Steuerungsausschusses möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bei allen für die geleistete Arbeit bedanken. Ich denke, so eine Landesgesundheitskonferenz ist ein guter Anlass dafür.

Ich will mich auch bei denjenigen bedanken, die an dem Prozess der Erarbeitung von Gesundheitszielen für Ältere beteiligt sind. Dazu gehören Akteure, die in der LGK tätig sind, aber auch eine ganze Reihe von Akteuren

darüber hinausgehend – wie beispielsweise die Gesprächspartner/innen der Seniorenverbände. Auch dafür noch einmal ganz herzlichen Dank.

Ich habe die Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz angesprochen. An dieser Stelle würde ich gerne Stefan Pospiech bitten, den Bericht über die Tätigkeiten der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2010 vorzustellen.

### **Stefan Pospiech, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin**

Ich freue mich, dass ich die Gelegenheit habe, Ihnen die Arbeit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin näher zu bringen.

Träger der Fachstelle ist Gesundheit Berlin-Brandenburg, die Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Eine wesentliche Aufgabe der Fachstelle ist es, als Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz Berlin zu fungieren und die ständigen Gremien und Veranstaltungen der LGK fachlich und organisatorisch zu begleiten. Ganz konkret bedeutet dies u.a. die inhaltliche Vor- und Nachbereitung von Sitzungen des Steuerungsausschusses sowie der Arbeitsgruppen der LGK. Hinzu kommt natürlich die Landesgesundheitskonferenz, die Sie heute besuchen, und die Gesundheitsforen zu gestalten und zu organisieren sowie themenspezifische Fachgespräche und Workshops durchzuführen.

Ich stelle Ihnen die Arbeitszusammenhänge der Landesgesundheitskonferenz kurz vor, um zu veranschaulichen, wie die Fachstelle die Zusammenarbeit der Partner der LGK auch im Jahr 2010 begleitet:

Der Steuerungsausschuss stellt sicher, dass Empfehlungen der LGK umgesetzt werden, kann Empfehlungen beschließen, richtet thematische Arbeitsgruppen ein und analysiert Informationen zur gesundheitlichen Versorgung, die durch die Fachstelle gebündelt und aufbereitet werden, um daraus Strategien zu entwickeln. Die Fachstelle stellt sicher, dass hier auch Akteure involviert werden, die nicht formal Mitglied der LGK sind.

Zurzeit tagen zwei Arbeitsgruppen. Zum einen die AG „Evaluation der Kindergesundheitsziele“ sowie „Gesundheitsziele im Alter“. Unter Moderation der Fachstelle bereiten die Arbeitsgruppen komplexe Themen für den Steuerungsausschuss auf, entwickeln Vorschläge für Gesundheitsziele und binden bei

Bedarf Expert/innen durch Fachgespräche ein. Die Landesgesundheitskonferenz selber findet mindestens einmal im Jahr als öffentliche Veranstaltung statt und bildet die Grundlage der Arbeit der LGK. Die Fachstelle entwickelt mit den Akteuren der LGK das Programm und bindet schon in der Programmentwicklung viele Partner ein. Denn Vernetzung und Kooperation zu fördern gehört mit zum Profil der Fachstelle. So wird erreicht, dass die LGK neue Partner und Unterstützer gewinnt. Besonders die Verknüpfung der landesweiten mit den bezirklichen Aktivitäten steht hier im Mittelpunkt. Die Fachstelle trifft und berät sich regelmäßig im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerkes mit den bezirklichen Akteuren. Der Newsletter der Fachstelle stellt neue Programme, Projekte und Aktivitäten auf Landesebene und in den Bezirken vor. Auch bei den bezirklichen Gesundheitskonferenzen steht die Fachstelle den Akteuren beratend zur Seite.

Ein weiteres wichtiges Aufgabenfeld der Fachstelle liegt darin, Gesundheitsförderung und Prävention als gesundheitspolitische Strategien in Berlin zu stärken. Dabei spielt die Qualitäts- und Nutzerorientierung eine wichtige Rolle. Die Fachstelle unterstützt die Zielprozesse einerseits, indem sie die Transparenz über Aktivitäten und Maßnahmen in den jeweiligen Handlungsfeldern verbessert und zum anderen durch die Vermittlung und Information über bewährte Methoden, Qualitätserfordernisse, Planungswerkzeuge und gute Beispiele. Dazu nutzt sie auch die Expertise zahlreicher Kooperationspartner. So haben der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ aber auch das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und andere Institutionen bereits viele gute Methoden und Ansätze entwickelt, wie sozial benachteiligte Menschen erreicht werden können. Die Fachstelle sieht es als ihre Aufgabe an, solche Methoden und Ansätze als Orientierung für die zahlreichen engagierten Akteure in Berlin in die Fläche zu bringen

Dazu hat die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung eine neue Webseite erstellt: [www.berlin.gesundheitfoerdern.de](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de).

Hier finden Nutzer/innen zahlreiche Hinweise zu guter Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention. Im Mittelpunkt stehen die Themenbereiche „gesund aufwachsen“ und „gesund altern“. Des Weiteren werden aktuelle Termine und Entwicklungen in Berlin abgebildet. Somit wird eine Möglichkeit geboten, sich über bestehende Initiativen und Aktionen in Berlin zu informieren und die Vernetzung zu fördern. Um mehr Transparenz über die vielfäl-



heitsforum „Chance integrierte Versorgung – integriert = innovativ?“ Wir haben damit versucht, Themen zu setzen, die in der gesundheitspolitischen Debatte in Berlin relevant sind.

So war lange der Eindruck vorherrschend, dass Berlin mit Ärzt/innen sowie Psychotherapeut/innen übertersorgt wäre. Hier gibt es jedoch durchaus andere lokale Erkenntnisse. Ich will nur ein Beispiel nennen, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Charlottenburg-Wilmersdorf hat diesbezüglich einen Ausstattungsgrad von 400 Prozent vorzuweisen, während dieser im Bezirk Lichtenberg bei nur 38 Prozent liegt. Wir haben in Berlin also sehr unterschiedliche lokale Gegebenheiten. Eine gute ärztliche Versorgung ist meistens dort vorzufinden, wo das Haushaltseinkommen höher ist, wo es eine relevante Zahl von Privatversicherten und Selbstzahlern gibt. Handlungsbedarf ist oft dort, wo die meisten gesetzlich Versicherten leben und das Haushaltseinkommen am geringsten ist. Mit diesem Dilemma müssen wir uns auseinandersetzen. Das Gesundheitsforum „Gerecht verteilt und gut erreichbar? Zur ärztlichen Versorgung in den Berliner Bezirken“ hat zu diesem Thema bereits eine hoch spannende Diskussion mit der kassenärztlichen Vereinigung und anderen Akteuren geführt.

Das im Jahr 2009 erstmals durchgeführte Instrument der Gesundheitsforen hat sich bewährt und soll in jedem Fall fortgeführt und gegebenenfalls sogar erweitert werden. Viele Mitglieder der LGK unterstützen die Gesundheitsforen finanziell.

Wenn von Landesgesundheitskonferenz gesprochen wird, fällt manchmal unter den Tisch, dass hierbei auch die Bezirke unglaublich wichtige Akteure sind. Eine Landesgesund-

tigen Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen sind in die Webseite themenspezifische Projektdatenbanken integriert. Die Fachstelle steht den Akteuren beim Eintrag in die Datenbank gerne unterstützend zur Seite.

Sie können jederzeit gerne mit mir und meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Fachstelle Kontakt aufnehmen. Wir nehmen Ihre Ideen und Anregungen gerne auf.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse.

**Staatssekretär  
Prof. Dr. Benjamin Hoff**

Ein zentrales Ziel der LGK ist mehr Transparenz der gesundheitsbezogenen Aktivitäten in Berlin zu erreichen. Dazu gehört die öffentliche gesundheitspolitische Debatte. Dabei geht es nicht um eine politische Positionierung, auch wenn in der LGK verschiedene politische Meinungen vertreten sind und diese nicht immer übereinstimmen. Das übereinstimmende Ziel ist – abseits aller politischen Kontroverse – eine gute gesundheitspolitische Diskussion im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz zu führen. Durch die Landesgesundheitskonferenzen, Gesundheitsforen und Fachtagungen trägt die LGK dazu bei, gesundheitsbezogene Aktivitäten in Berlin transparent zu gestalten. Die Fachforen, Fachveranstaltungen und Konferenzen sollen Menschen mit gemeinsamen Interessen miteinander vernetzen. Die 7. LGK mit dem Schwerpunktthema „Gesund Altern – Gesundheitsziele für ältere Menschen“ ist mit über 300 Teilnehmer/innen wieder sehr gut

besucht. Die Tatsache, dass viele bekannte Akteure, aber auch zahlreiche neue Akteure anwesend sind, spricht für ein erfolgreiches Konzept der LGK. Dies zeigt auch, dass nicht immer die gleichen Akteur/innen teilnehmen, sondern diejenigen, die das Thema „Gesund Altern“ relevant finden. Die LGK stellt somit einen Ort der Vernetzung dar – die Geschäftsstelle dient als wichtiger Ansprechpartner bei der Vernetzungsarbeit.

Wir haben im Jahr 2010 eine Reihe von Fachtagungen und Gesundheitsforen durchgeführt: So die Fachtagung „Gesund alt werden im Kiez“, das Gesundheitsforum „Streik der Seele – psychische Gesundheit von Beschäftigten in Berlin“ im Rahmen der Woche der seelischen Gesundheit, „Gerecht verteilt und gut erreichbar? Zur ärztlichen Versorgung in den Berliner Bezirken“ und das Gesund-



**Gesundheitspolitische Debatte**  
Beispiel Gesundheitsforen und Fachtagungen



**Herausforderung: Ergebnisse aufgreifen und als LGK nachhalten**



heitskonferenz oder eine Fachtagung ist ohne das Engagement der Bezirke überhaupt nicht denkbar. Die bezirklichen Gesundheitskonferenzen haben zielführend zur gesundheitspolitischen Debatte beigetragen. Wenn ich von Bezirken spreche, meine ich einerseits die bezirklichen, zivilgesellschaftlichen Akteure, aber ich meine auch die unglaublich engagierten Kolleg/innen in den öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen. An dieser Stelle möchte ich allen bezirklichen Akteuren, seien es Vereine oder Institutionen, und insbesondere den Mitarbeiter/innen im öffentlichen Gesundheitsdienst ganz herzlich für ihr Engagement danken.

Die bezirklichen Gesundheitskonferenzen, die Teil des LGK-Prozesses sind, sollten stärker miteinander verknüpft werden. Die Ergebnisse sollten einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, beispielsweise durch die Webseite der LGK. Im letzten Jahr fanden eine Reihe von Gesundheitskonferenzen statt: In Pankow gab es die Gesundheitskonferenz „Aus dem Schatten treten – Depressionen im Alter“, Marzahn-Hellersdorf veranstaltete eine Gesundheitskonferenz Demenz. Dann die Gesundheitskonferenzen in Charlottenburg-Wilmersdorf „Gesund und aktiv ins Alter“ und Steglitz-Zehlendorf „Fit und aktiv im Alter“.

Eine Reihe von Bezirken weisen ähnliche Themen auf. Das bestätigt die große Bedeutung des Gesundheitszieleprozesses für Ältere. Ich denke, dass in den nächsten Jahren das Thema „Männer- und Frauengesundheit“, das auf der diesjährigen LGK bereits in einem Fachforum thematisiert wurde, weiter an Bedeutung gewinnen wird. Lichtenberg veranstaltete zu diesem Thema bereits eine eigene Gesundheitskonferenz, die sich im Besonderen dem Thema Männergesundheit widmete. Der Bezirk Lichtenberg veröffentlicht zudem einen Männergesundheitsbericht. Außerdem soll es einen deutschen Männergesundheitsbericht geben. In Berlin wird bereits an einem entsprechenden Basisbericht gearbeitet.

Ich habe Ihnen gesagt, dass die Berliner Initiative gesunde Arbeit (BIGA) ein Satellit der Landesgesundheitskonferenz ist. Bei der letzten LGK habe ich Ihnen über die ersten Veranstaltungen der BIGA berichtet. Im Jahr 2010 war das Schwerpunktthema „Motivation zu gesunder Arbeit“. Dazu hat im Roten Rathaus eine sehr spannende Konferenz der BIGA stattgefunden. Mittlerweile wurde eine ganze Reihe von Projekten initiiert, beispielsweise das Projekt „Verbesserung des Arbeitsschutzes bei Leiharbeit“. Dieses Thema hat bereits auf dem 15. Kongress Armut und Gesundheit im Jahr 2009 eine Rolle gespielt.



Das Projekt DocStop verdeutlicht die Praxistauglichkeit der BIGA. Durch dieses Projekt wurde ein Netzwerk von Ärzt/innen in der Nähe von Raststätten geschaffen. Lastkraftwagenfahrern wird hierdurch auch fernab ihrer Heimat ärztliche Versorgung zugänglich gemacht. Ein weiteres Projekt der BIGA ist die Existenzgründungsberatung für Menschen mit Behinderungen.

Die erfolgreiche Arbeit der BIGA wird durch zahlreiche Sozialpartner wie den DGB und den Unternehmerverband, die IHK und die Handwerkskammer sowie die gesetzlichen Krankenkassen Berlins und Unfallversicherungsträger weiter gestärkt. Ich finde, das ist eine ganz spannende und erfolgreiche Einrichtung, und ich bin froh, dass die BIGA als Satellit in die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz eingebunden ist.

Die Geschäftsstelle der BIGA ist das Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin mit dem etwas sperrigen Abkürzungstitel LAGetSi. Dies zeigt, dass wir uns auch als Land Berlin in dieser Initiative engagieren.

Öffentlichkeitsarbeit ist ein wichtiger Arbeitsbereich der LGK. Die Webseite der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung [www.berlin.gesundheitfoerdern.de](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de), die Verlinkung auf die LGK auf [www.berlin.de](http://www.berlin.de) sowie der Newsletter der Fachstelle stellen Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit dar. Diese geschieht insbesondere über elektronische Medien. Ich stelle dabei fest, dass Senior/innen, anders als häufig argumentiert wird, zunehmend das Internet nutzen und sich am häufigsten bei uns zurückmelden. Das finde ich ziemlich spannend und hilfreich.

Ein Schwerpunkt der LGK für das Jahr 2011 ist

es, den Zielprozess „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter“ weiterzuentwickeln. Dies ist auch das Thema unserer heutigen Veranstaltung. Weitere Schwerpunkte werden es sein, die Kindergesundheitsziele auszuwerten und Rückschlüsse aus Ergebnissen zu ziehen und die Diskussion über Qualität am Beispiel des Integrierten Gesundheitsprogramms weiterzuführen.

Das integrierte Gesundheitsprogramm gilt als Nachfolger des integrierten Gesundheitsvertrags. Wir haben damals dankenswerter Weise den Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin als Partner gefunden, der für uns die Steuerung dieses Vertrags vorgenommen hat. Es hat im letzten Jahr am Beispiel der Treberhilfe eine Diskussion darüber stattgefunden, wie solche Verträge künftig zu steuern sind. Der Senat hat entschieden, dass die Senatsverwaltung künftig wieder den Vertrag steuern soll. Es gibt viele Menschen, die mit guten Argumenten sagen, dass dies sehr bedauerlich ist. Ich will mich an dieser Stelle bei Frau Krüger und den Kolleginnen und Kollegen vom Paritätischen für die jahrelang exzellente Zusammenarbeit im integrierten Gesundheitsvertrag bedanken. Frau Krüger ist eine der wesentlichen und wichtigen Akteur/innen im Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin. Ich freue mich darüber, dass das integrierte Gesundheitsprogramm in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Paritätischen durchgeführt wird.

Das integrierte Gesundheitsprogramm wird mit über 11 Millionen Euro gefördert. Diese Summe wird das Land Berlin pro Jahr für Gesundheitsprojekte ausgeben. Zu den Handlungsfeldern zählen besondere gesundheitliche Bedarfslagen, HIV/Aids, sexuell übertragbare Krankheiten sowie Drogen und Sucht. Wir haben neue Programme in das integrierte Gesundheitsprogramm aufnehmen können und es ist uns das erste Mal gelungen, dass in der fünfjährigen Laufzeit des Programmes die Fördermittel nicht gekürzt werden. Dies wäre uns ohne die gute Zusammenarbeit mit dem Paritätischen nicht gelungen. Dass die Gesundheitsförderung künftig durch das integrierte Gesundheitsprogramm realisiert werden kann, ist den vielen guten Projekten in den Handlungsfeldern und der Steuerung durch den Paritätischen Wohlfahrtsverband zu verdanken.

Ein weiterer Schwerpunkt der LGK im Jahr 2011 wird sein, die Transparenz über die Arbeit der LGK Berlin auszubauen und gute Praxis abzubauen. Das ist eine Daueraufgabe, die nie zu Ende sein wird, da hinsichtlich der Transparenz kein Optimum erreicht werden kann. Insofern werden wir uns diesen Punkt jedes Jahr weiter

vornehmen. Wir müssen uns insbesondere fragen, wo uns die Herstellung von Transparenz noch nicht gut genug gelingt und wo man es besser machen kann. Hierzu gibt es immer sehr viele gute Hinweise von Akteur/innen und der interessierten Bevölkerung.

**Zwei Punkte sind dazu wichtig:**

Erstens: Auch Lob ist herzlich willkommen! Da brauchen Sie keine Scheu zu haben. Viele denken sich, dass Kritik immer besser ist. Aber

keiner der Akteure der Landesgesundheitskonferenz ist beschämt, wenn Sie Lob aussprechen und sagen, wenn etwas richtig gut gelaufen ist, wie zum Beispiel diese Landesgesundheitskonferenz heute. Das zweite ist, dass wir das Engagement weiterentwickeln wollen. Es gibt immer einige Menschen die sagen, dass sie sich nicht richtig in der Arbeit der LGK engagieren können, weil sie denken, dass sie kein richtiger Gesundheitsakteur sind. Stimmt nicht. Sie sind als Vertreter oder Vertreterin ei-

ner Institution oder auch als interessierte Einzelperson immer herzlich dazu eingeladen, sich in die Arbeitsstrukturen der LGK einzubringen. So ist es denkbar, neben der BIGA weitere Satelliten der LGK zu bilden. Dazu sind Sie herzlich eingeladen. An dieser Stelle bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit in der Landesgesundheitskonferenz auch im nächsten Jahr.

Vielen Dank.

# Rahmenprogramm der 7. Landesgesundheitskonferenz

## Projektmesse

### Albatros Barrierefrei Leben gGmbH

Die Albatros gGmbH ist ein gemeinnütziger Träger in Berlin, der unter anderem die Datenbank HILFELOTSEN konzipiert hat, welche professionelle und alltagstaugliche Hilfsangebote für ältere Menschen bietet und von den Pflegestützpunkten eingesetzt wird. Des Weiteren bietet die Datenbank Mobidat Informationen und Hilfestellungen zum Thema „Barrierefreiheit“.

#### Kontakt

Langhansstraße 64, 13086 Berlin  
Telefon: (030) 747 771 15  
Fax: (030) 747 771 20  
E-Mail: [kontakt@mobidat.net](mailto:kontakt@mobidat.net)  
[www.mobidat.net](http://www.mobidat.net)  
[www.hilfelotse-berlin.de](http://www.hilfelotse-berlin.de)

### Alzheimer Angehörigen-Initiative (AAI)



Der Verein unterstützt und berät pflegende Angehörige von Demenzkranken, Pflegefachkräfte und alle, die in den Lebensalltag Demenzkranker einbezogen sind. Zu den Leistungen der AAI zählen persönliche Beratung, Angehörigen-Gesprächsgruppen mit fachlicher Leitung, aktivierende Betreuung von Menschen mit Demenz, gemeinsam Freizeittätigkeiten sowie Information.

#### Kontakt

Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin  
Telefon: (030) 473 789 95  
Fax: (030) 473 789 97  
E-Mail: [AAI@AlzheimerForum.de](mailto:AAI@AlzheimerForum.de)  
<http://Alzheimer-Organisation.de>

### Berliner Initiative Gesunde Arbeit (BIGA)



Die BIGA ist eine Gemeinschaftsinitiative von DGB Berlin-Brandenburg, Handwerkskammer Berlin, Industrie und Handelskammer Berlin, der Senatsverwaltung für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz sowie der Vereinigung der Unternehmensverbände in Berlin und Brandenburg. Die Initiative bietet ein umfassendes Forum für alle, die sich für nachhaltigen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz interessieren und einen Beitrag dazu leisten wollen.

#### Kontakt

Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin (LAGeTSi)  
Turmstraße 21, 10559 Berlin  
Telefon: (030) 902 545 555  
Fax: (030) 902 545 301  
E-Mail: [biga@lagetsi.berlin.de](mailto:biga@lagetsi.berlin.de)  
[www.berlin.de/biga](http://www.berlin.de/biga)

### Berliner Krisendienst

Der Berliner Krisendienst ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zu erreichen. Er bietet insbesondere in den Abend- und Nachtstunden Beratung und Hilfe in Krisensituationen an. Damit werden die vorhandenen psychosozialen und psychiatrischen Dienste außerhalb ihrer Öffnungszeiten effektiv ergänzt. In sechs Regionen Berlins sind neun Standorte täglich von 16.00 bis 24.00 Uhr geöffnet.

#### Kontakt

Kollwitzstraße 94-96, 10435 Berlin  
Telefon: (030) 315 919 27  
Fax: (030) 315 919 57  
E-Mail: [a.cordes@berliner-krisendienst.de](mailto:a.cordes@berliner-krisendienst.de)  
[www.berliner-krisendienst.de](http://www.berliner-krisendienst.de)

### Bundeszentralstelle Patientenverfügung – Humanistischer Verband Deutschlands



Die Bundeszentralstelle Patientenverfügung ist eine bundesweit tätige Patientenverfügungs-Beratungsstelle. Der gemeinnützige Träger der Bundeszentralstelle Patientenverfügung ist der Humanistische Verband Deutschlands (HVD). Die Zentralstelle hilft dabei, Interessen bei Einwilligungsunfähigkeit wahrzunehmen und Angehörige in Krisensituationen zu unterstützen.

#### Kontakt

Wallstraße 65, 10179 Berlin  
Telefon: (030) 613 904 0  
Fax: (030) 613 904 864  
E-Mail: [info@hdv-berlin.de](mailto:info@hdv-berlin.de)  
[www.hdv-berlin.de](http://www.hdv-berlin.de)

### Büro für medizinische Flüchtlingshilfe



Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe ist ein selbstorganisiertes und nichtstaatliches Projekt. Das Projekt vermittelt Menschen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung anonyme und kostenlose Behandlungen durch qualifiziertes medizinisches Personal.

#### Kontakt

Gneisenaustraße 2a, 10961 Berlin  
Telefon: (030) 694 674 6  
Fax: (030) 629 011 45  
E-Mail: [info@medibuero.de](mailto:info@medibuero.de)  
[www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

### Caritas Mehrgenerationenhaus



Das Caritas Mehr-Generationen-Haus in Charlottenburg dient als Treffpunkt für alle Menschen, um Kommunikation, Bildung, Erfahrungsaustausch, Beratung, nachbarschaftliche Unterstützung und lebenslanges Lernen zu fördern. Es werden vielfältige Aktivitäten für alle Altersgruppen angeboten, so dass sich die Generationen begegnen und voneinander lernen können.

#### Kontakt

Alt-Lietzow 31, 10587 Berlin  
Telefon: (030) 666 335 58

### Landessportbund Berlin



Der Landessportbund Berlin ist eine gemeinnützige Organisation, in der Fachverbände des Amateursports, der bezirklichen Sportarbeitsgemeinschaften, der Bezirkssportbünde und sonstige Institutionen des sportlichen Bereiches des Landes Berlins zusammengeschlossen sind.

#### Kontakt

Jesse-Owens-Allee 2, 14053 Berlin  
Telefon: (030) 300 020  
Fax: (030) 300 021 07  
E-Mail: [info@lsb-berlin.org](mailto:info@lsb-berlin.org)  
<http://lsb-berlin.net>

### Zentrum für Bewegungsförderung Berlin-Brandenburg

Durch eine bewegungsfreundliche Ausgestaltung des Bewegungsalltags soll die Gesundheit älterer Menschen nach dem Erwerbsleben erhalten und verbessert werden. Das Zentrum für Bewegungsförderung unterstützt den Prozess und hilft den Akteuren, Angebote an den Bedürfnissen und Ressourcen älterer Menschen auszurichten. Das Zentrum ist ein Projekt in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg

#### Kontakt

Friedrichstraße 231  
10969 Berlin  
Telefon: (030) 44 31 90 80  
Fax: (030) 44 31 90 63  
E-Mail: [pospiech@gesundheitberlin.de](mailto:pospiech@gesundheitberlin.de)

### Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Gesundheit Berlin-Brandenburg ist die Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Die Arbeitsgemeinschaft vernetzt und koordiniert Angebote und Akteure der Gesundheitsförderung, pflegt vorhandene und regt neue Themenfelder im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung an. Schwerpunkte der Arbeit liegen u.a. im fachlichen Austausch, in der Fortbildung und in der Informationsvermittlung, sowie in der Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen zu Themen der Gesundheitsförderung.

#### Kontakt

Friedrichstraße 231, 10969 Berlin  
Telefon: (030) 443 190 60  
Fax: (030) 443 19063  
E-Mail: [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de)  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

### Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle – SEKIS



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

#### Kontakt

Bismarckstraße 101, 10625 Berlin  
Telefon: (030) 892 660 2  
Fax: (030) 890 285 40  
E-Mail: [sekis@sekis-berlin.de](mailto:sekis@sekis-berlin.de)  
[www.sekis-berlin.de](http://www.sekis-berlin.de)

---

# Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz

## **AOK Nordost**

14456 Potsdam  
Telefon: 0800 26 50 800  
Fax: 0800 26 50 900  
E-Mail: [service@nordost.aok.de](mailto:service@nordost.aok.de)  
[www.aok.de/nordost](http://www.aok.de/nordost)

## **Ärztammer Berlin**

Friedrichstraße 16  
10969 Berlin  
Telefon: (030) 408 060  
Fax: (030) 408 063 499  
E-Mail: [kammer@aekb.de](mailto:kammer@aekb.de)  
[www.aerztammer-berlin.de](http://www.aerztammer-berlin.de)

## **Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.**

Hallerstraße 6  
10587 Berlin  
Telefon: (030) 330 996 0  
Fax: (030) 330 996 66  
E-Mail: [mail@bkgev.de](mailto:mail@bkgev.de)  
[www.bkgev.de](http://www.bkgev.de)

## **BKK Landesverband Mitte**

Landesvertretung Berlin-Brandenburg  
Kaiserin-Augusta-Allee 104  
10553 Berlin  
Telefon: (030) 38 39 07 - 0  
Fax: (030) 38 39 07 - 01  
E-Mail: [www.bkkmitte.de/kontakt.html](http://www.bkkmitte.de/kontakt.html)  
[www.bkkmitte.de](http://www.bkkmitte.de)

## **Berlin School of Public Health, Charité Universitätsmedizin Berlin**

Seestraße 73  
13347 Berlin  
Telefon: (030) 450 570 822  
Fax: (030) 450 570 972  
<http://bsph.charite.de>

## **BIG direkt gesund**

Charlotten-Carree  
Markgrafenstraße 62  
10969 Berlin  
Telefon: (030) 26367644  
Fax: (0231) 555 719 9  
E-Mail: [info@big-direkt.de](mailto:info@big-direkt.de)  
[www.big-direkt.de](http://www.big-direkt.de)

## **DGB Berlin-Brandenburg**

Keithstraße 1/3  
10787 Berlin  
Telefon: (030) 212 401 11  
[www.berlin-brandenburg.dgb.de](http://www.berlin-brandenburg.dgb.de)

## **Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.**

Friedrichstraße 231  
10969 Berlin  
Telefon: (030) 443 190 60  
Fax: (030) 443 190 63  
E-Mail: [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de)  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

## **Industrie und Handelskammer Berlin**

Fasanenstraße 85  
10623 Berlin  
Telefon: (030) 315 100  
Fax: (030) 315 101 66  
E-Mail: [service@berlin.ihk.de](mailto:service@berlin.ihk.de)  
[www.ihk-berlin.de](http://www.ihk-berlin.de)

## **Innungskrankenkasse Brandenburg nd Berlin**

Ziolkowskistraße 6  
14480 Potsdam  
Telefon: (0331) 646 30  
Fax: (0331) 62 44 27  
[www.ikkbb.de](http://www.ikkbb.de)

## **Kassenärztliche Vereinigung Berlin**

Masurenallee 6A  
14057 Berlin  
Telefon: (030) 310 030  
Fax: (030) 310 033 80  
E-Mail: [kvbe@kvberlin.de](mailto:kvbe@kvberlin.de)  
[www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)

## **Landessportbund Berlin**

Jesse-Owens-Allee 2  
14053 Berlin  
Telefon: (030) 300 020  
Fax: (030) 300 021 07  
E-Mail: [info@lsb-berlin.org](mailto:info@lsb-berlin.org)  
[www.lsb-berlin.net](http://www.lsb-berlin.net)

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

Brandenburgische Straße 80  
10713 Berlin  
Telefon: (030) 860 011 02  
Fax: (030) 860 012 60  
E-Mail: [herchner@paritaet-berlin.de](mailto:herchner@paritaet-berlin.de)  
<http://ligaberlin.de>

## **Patientenbeauftragte des Landes Berlin**

Brückenstraße 6  
10179 Berlin  
Telefon: (030) 902 520 10  
Fax: (030) 902 525 01  
E-Mail:  
[patientenbeauftragte@senguv.berlin.de](mailto:patientenbeauftragte@senguv.berlin.de)  
[www.berlin.de/lb/patienten](http://www.berlin.de/lb/patienten)

## **Psychotherapeutenkammer Berlin**

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Telefon: (030) 887 140 0  
Fax: (030) 887 140 40  
E-Mail:  
[info@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-berlin.de)  
[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

## **Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS)**

Bismarckstraße 101  
10625 Berlin  
Telefon: (030) 892 660 2  
Fax: (030) 890 285 40  
E-Mail: [sekis@sekis-berlin.de](mailto:sekis@sekis-berlin.de)  
[www.sekis-berlin.de](http://www.sekis-berlin.de)

## **Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung**

Otto-Braun-Straße 27  
10178 Berlin  
Telefon: (030) 902 275 050  
E-Mail: [briefkasten@senbwf.berlin.de](mailto:briefkasten@senbwf.berlin.de)  
[www.berlin.de/sen/bwf](http://www.berlin.de/sen/bwf)

## **Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz**

Brückenstraße 6  
10179 Berlin  
Telefon: (030) 902 50  
Fax: (030) 902 525 01  
[www.berlin.de/sen/guv](http://www.berlin.de/sen/guv)

## **Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

vdek-Landesverband Berlin/Brandenburg  
Friedrichstraße 50-55  
10117 Berlin  
Telefon: (030) 25 37 74-0  
Fax: (030) 25 37 74-19 oder -26  
E-Mail: [lv-berlin.brandenburg@vdek.com](mailto:lv-berlin.brandenburg@vdek.com)  
[www.vdek.com](http://www.vdek.com)

## **Bezirke**

Vier für Gesundheit zuständige  
Bezirksstadträt/-innen auf Vorschlag des für  
Gesundheit zuständigen Mitglieds des Senats

