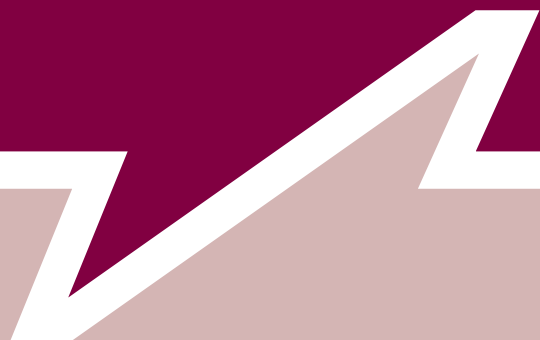


15. Landesgesundheitskonferenz Berlin

Wachsende Stadt – Gesunde Stadt:
Alterung und Zuwanderung in Berlin



Montag, 26. November 2018, 9.00 Uhr – 16.00 Uhr,
Tagungswerk Jerusalemkirche

— LANDES
GESUNDHEITS
KONFERENZ  —



Impressum

Herausgeber

Fachstelle für Prävention und
Gesundheitsförderung im Land Berlin
bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel.: (030) 44 31 90 60
E-Mail: fachstelle@gesundheitbb.de

Redaktion

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.)
Jennifer Dirks, Marisa Elle, Maren Janella,
Stefan Weigand

Fachliche Auskunft

Marisa Elle

Satz und Layout

Connye Wolf, www.connye.com

Druck

Laserline, Berlin

Bildnachweise

Icons: Do Ra / fotolia.com

Alle Bilder von Fabian Schellhorn, www.fbn-berlin.de

Stand: Dezember 2018

Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung führt seit 2008 die Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz Berlin und wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung finanziert. Träger ist Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

„Gemeinsam für ein gesundes Berlin“ ist seit 2014 das gemeinsame Motto der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz für Aktivitäten, Angebote und Projekte im Rahmen der Gesundheitsziele.

Die Inhalte der vorliegenden Dokumentation spiegeln nicht zwangsläufig die Meinung der Redaktion wider.

Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung

be **min** Berlin

LANDES
GESUNDHEITS
KONFERENZ

Fachstelle für
Prävention und
Gesundheitsförderung
im Land Berlin

Gemeinsam für ein
gesundes Berlin
LANDES
GESUNDHEITS
KONFERENZ

Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung



15. Landesgesundheitskonferenz Berlin

Wachsende Stadt – Gesunde Stadt:
Alterung und Zuwanderung in Berlin

Montag, 26. November 2018, 9.00 Uhr – 16.00 Uhr,
Tagungswerk Jerusalemkirche



Inhaltsverzeichnis

Eröffnung

Senatorin Dilek Kolat: Wie gelingt ein gutes und gesundes Wachstum in Berlin?	6
Dr. Sabine Hermann: Daten für Taten: Herausforderungen der wachsenden Stadt aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung	8
Prof. Rainer Fehr: Nachhaltige StadtGesundheit und wachsende Städte	12
Interview: Alterung und Zuwanderung: Herausforderungen und Chancen aus Sicht der Zielgruppen	15

Workshops

Workshop I „Zuwanderung nach Berlin – Welche Anforderungen stellen sich einem diversitätsgerechten Gesundheitssystem?“	19
Workshop II „Älter werden im Quartier – (Wie) Funktioniert das im wachsenden Berlin?“	21
Workshop III „Bewegungsförderung in der wachsenden Stadt – Wie gestalten wir die Lebenswelten älterer Menschen?“	24
Workshop IV „Herausforderungen und Wege der Fachkräftesicherung in der stationären Kranken- und Altenpflege“	27

Abschluss

Abschlussdiskussion	30
Projektmesse	36
Über die Landesgesundheitskonferenz	38
Über die Fachstelle	42



Eröffnung

Wie gelingt ein gutes und gesundes Wachstum in Berlin?

Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin

Ich darf Sie zur 15. Landesgesundheitskonferenz als Gesundheitssenatorin sowie Pflegesenatorin begrüßen und freue mich, dass wir hier gemeinsam die drängenden Herausforderungen unserer Gesundheitsstadt Berlin angehen.

Mit dem Wachstum der Stadt musste Berlin in den vergangenen Jahren viele Engpässe meistern. Das Umsteuern von einer schrumpfenden zu einer wachsenden Stadt fällt in vielen Bereichen nicht leicht. Was bedeutet das für die Gesundheit der Menschen, die hier leben, die hier geboren sind, aber auch für die Zugezogenen?

Unsere Stadt ist vielfältig in jeglicher Hinsicht. Hier leben Menschen aus 190 Nationen, aus unterschiedlichen sozialen Gruppen, Menschen mit und ohne Behinderung und mit verschiedenen sexuellen Orientierungen. Kein Mensch ist dem Anderen gleich, jeder Mensch ist individuell. Daher bedarf es für die Gesundheitsförderung und Prävention eines inklusiven Ansatzes, in dem Vielfalt nicht nur

eine Chance ist, sondern das Grundverständnis unserer Gesellschaft. Dieser Vielfalt müssen wir uns öffnen und als Gesundheitsstadt gerecht werden. Eine komplexe Gesellschaft trifft also auf ein komplexes Gesundheits- und Pflegesystem, auf das wir zu Recht stolz sein können: über 20.000 Krankenhausbetten, eine hohe Dichte an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, und auch im Pflegebereich und hinsichtlich der Beratungsstellen eine sehr umfassende Infrastruktur. Bisher haben jedoch zu diesem Gesundheitssystem noch nicht alle Menschen gleichermaßen Zugang. Ebenso wenig haben wir gesundheitliche Chancengleichheit erreicht. Auch im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz trägt jedes Mitglied die Verantwortung Vielfalt abzubilden.

Mit dem Wachstum wird die Berliner Stadtgesellschaft noch vielfältiger als sie bereits war, vor allem da zwei Drittel der Zuwanderung aus dem Ausland kommt. Da Migrantinnen und Mi-

granten mit unserem Gesundheitssystem oft nicht vertraut sind, müssen wir sie von Beginn an unterstützen und ihre Gesundheitskompetenz erhöhen. Dies ist eine wichtige Zugangsvoraussetzung, denn oft gibt es hier kulturelle Verschiedenheiten: so geht man in anderen Ländern sehr schnell ins Krankenhaus, wenn man Beschwerden hat – hierzulande würde das schnell zu einer Überlastung der Notaufnahmen führen. Aufgrund der hohen Zahlen von Geflüchteten, die um das Jahr 2015 nach Berlin gekommen sind, mussten wir Parallelstrukturen aufbauen, um den Zugang zum Gesundheitssystem zu sichern. Heute ist zu überlegen, wie sich das Regelsystem für alle öffnen lässt. Wie viele Studien zeigen, besteht ein Zusammenhang zwischen kultureller Herkunft, dem sozialen Status und dem Gesundheitszustand. Insbesondere wenn mehrere dieser benachteiligten Faktoren zusammenkommen, potenziert sich das Gesundheitsrisiko. Erschwerend kommt hinzu, dass nicht alle Menschen, die in Berlin leben, eine Kranken- oder Pflegeversicherung haben. Dies betrifft nicht nur Migrantinnen und Migranten, sondern auch Wohnungslose mit deutscher Staatsbürgerschaft und andere Zielgruppen. Daher hat Berlin nun im September eine zentrale Clearingstelle eröffnet, wo alle Menschen ohne Versicherung Unterstützung erhalten.

Um Diskriminierung vorzubeugen, bedarf es also einer kultursensiblen Versorgung. Ein weiterer Faktor ist die deutsche Sprache: fehlende Sprachkenntnisse erschweren den Zugang deutlich. Unsere Sozialgesetzbücher sichern nur die Versorgung, Verständigungsprobleme werden als private Probleme definiert. Doch Menschen mit Sprachbarrieren sollten nicht nur formal den Zugang zum Gesundheitssystem haben, sondern auch die richtige Diagnose und Therapie bekommen. Hierbei geht es nicht nur um das Wohlergehen der einzelnen Migrantinnen und Migranten, sondern letztlich um den Gesundheitsschutz der gesamten Bevölkerung. Denn je schneller Krankheiten identifiziert und behandelt werden, desto mehr profitiert die gesamte Gesellschaft durch den Schutz vor Infektionen, durch Kostenersparnis etc. Diesbezüglich muss sich Berlin weiterentwickeln und die Angebote für die gesamte gesundheitliche Versorgung erweitern.

Berlin wächst nicht nur durch die bereits beschriebene Zuwanderung, Berlin ist parallel auch vom demografischen Wandel betroffen und wird daher älter. Ältere, häufig multimorbide Patientinnen und Patienten verändern die Ansprüche an unsere Versorgung. Spezifische Aspekte, etwa das Thema Entlassmanagement von sozial isoliert lebenden oder immobilen älteren Menschen, gewinnen an Bedeutung. In Berlin gibt es 36 Pflegestützpunkte, bei denen man Beratung und Begleitung zu allen Fragen in dieser Hinsicht erhält. Sowohl hinsichtlich der Beratungsdichte als auch der Qualität der Beratung sind wir in Berlin damit vorbildlich. Doch auch die Pflegestützpunkte müssen weiter gestärkt werden, da sie in einer älter werdenden Gesellschaft immer wichtiger werden. Menschen sollen Pflegestützpunkte nicht erst in Krisensituationen aufsuchen, da hier auch präventiv beraten wird – daher wollen wir über diese Anlaufstellen verstärkt die Jungen Alten ab 60 Jahren erreichen. Die Beratungszahlen und die hohe Zufriedenheit zeigen, dass es sich lohnt, hier in den Stellenausbau wie auch in die inhaltliche Weiterentwicklung zu investieren. Wir haben das hervorragende Angebot der Interkulturellen BrückenbauerInnen in der Pflege (IBIP), welche den Zugang zur Pflegeinfrastruktur für Migrantinnen und Migranten verbessern sollen. Die Vielfalt Berlins soll sich auch künftig verstärkt im Regelangebot der Pflegestützpunkte widerspiegeln, d. h. mehr Beraterinnen und Berater mit Migrationshintergrund sowie mehr Diversity-Kompetenz des gesamten Beratungspersonals.

Die Landesgesundheitskonferenz nimmt die angesprochenen Herausforderungen als Auftrag, Änderungen anzustoßen, sodass Berlin allen, die hier leben, einen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung, Pflege, Rehabilitation und Prävention ermöglicht. Mein Wunsch ist, in einer Stadt zu leben, die gesundheitliche Chancengleichheit mit konkreten Maßnahmen und Angeboten für die Breite der Bevölkerung umsetzt. Gemeinsam wollen wir auf der heutigen Veranstaltung nicht nur Problembewusstsein schärfen, sondern auch überlegen: Was tun wir selbst als Akteure in der Versorgung, der Pflege, Rehabilitation und Prävention? Wo muss noch mehr getan werden, damit wir dieser Chancengleichheit für alle Menschen in einer vielfältigen Gesellschaft auch gerecht werden?

Daten für Taten: Herausforderungen der wachsenden Stadt aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung

Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung



Die von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung entwickelten Bezirksprofile geben einen schwerpunktmäßigen Überblick über Bevölkerungsdaten, die gesundheitliche und sozioökonomische Lage aller zwölf Berliner Bezirke wie auch den Vergleich zu Berlin.

www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/basisberichte/bezirksprofile-746876.php



Der demographische Wandel wird die Berliner Gesundheitsversorgung langfristig verändern und vor große Herausforderungen stellen. Zur Landesgesundheitskonferenz legte die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung aktuelle Daten zur Bevölkerungsstruktur vor, die eine wichtige Grundlage für das Berliner Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ darstellen. Die Daten sind Teil eines Monitorings mit kontinuierlich erhobenen Daten zur Gesundheit der Bevölkerung ab 50 Jahren.

Perspektivisch ergeben sich deutliche Verschiebungen im Altersaufbau der Berliner Bevölkerungsstruktur (siehe Abbildung auf S. 9). Vor allem in den oberen Altersgruppen wird es deutliche Veränderungen geben. Zukünftig werden deutlich mehr Menschen in Berlin le-

ben, die 50 Jahre und älter sind. In acht von zwölf Berliner Bezirken wird diese Gruppe über 40 Prozent ausmachen. Darüber hinaus werden immer mehr Menschen in höheren Altersgruppen in Berlin leben, insbesondere in der Gruppe der hochbetagten Menschen.

Bis zum Jahr 2030 ist mit einem Zuwachs der Berliner Gesamtbevölkerung von 7,5 Prozent zu rechnen. Dies entspricht etwa 266.000 Menschen, bzw. der Größe eines ganzen Berliner Bezirks. Der Zuwachs wird nahezu ausschließlich durch Zuwanderung aus dem Ausland erzielt werden – laut Prognose 232.000 Personen.

In der Altersgruppe der 0- bis unter 18-Jährigen wird ein Zuwachs von 84.000 Personen prognostiziert, dies ist ein Anstieg von 15 Prozent. Die Gruppe der Menschen im erwerbsfähigen Alter (18- bis unter 65-Jährige) bleibt stabil bei 2,4 Millionen. Die Altersstufe der 65-Jährigen und Älteren wird bis 2030 laut Prognose auf 844.000 ansteigen. Die größten Veränderungen wird es hier im nordöstlichen und östlichen Teil der Stadt geben. Differenziert man diese Altersgruppe erneut, so wächst die Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen um 12 Prozent, während die Anzahl der hochbetagten Menschen um 62 Prozent ansteigt (262.000 Personen).

Die Bezirke haben es dabei jeweils mit ganz unterschiedlichen Formen der Bevölkerungsentwicklung zu tun und müssen auf die damit verbundenen regional sehr spezifischen Herausforderungen eingehen. Dies zeigt die Gegenüberstellung des bezirklichen Bevölkerungswachstums der 0- bis 18-Jährigen und der 65-Jährigen und Älteren in den Bezirken.

Gesundheitliche Lage von Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung...

Betrachtet man die Zunahme von Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung, so ist festzustellen, dass diese meist jung und im Vergleich zur Bevölkerung ihres Herkunftslandes überdurchschnittlich gesund sind. Da sie jedoch häufig große Entfernungen zurücklegen, nicht selten unter schwierigen und gefährlichen Umständen, besteht ein erhöhtes Risiko für Traumatisierungen und/oder körperliche Erkrankungen sowie Einschränkungen. Bezüglich des Gesundheitszustands ist daher eine erhöhte Häufigkeit von Infektionskrankheiten, eine geringe Durchimpfungsrate und schwerwiegende psychische Belastungen zu beobachten. Zu letzterem zählen Depressionen, psychosomatische Beschwerden und post-traumatische Belastungen, welche sich jedoch schwer quantifizieren lassen. Eine schlechte soziale Lage der Migrantinnen und Migranten bedingt ein ungünstiges Gesundheitsverhalten und einen schlechten Gesundheitszustand.

Diese Zusammenhänge sind allerdings in den meisten Routinedaten nicht abgebildet und es fehlen meist Informationen zum sozioökonomischen Status. Dementsprechend bestehen erhebliche Datendefizite bei Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung.

Auch ein Blick auf die Kindergesundheit zeigt mitunter deutliche Unterschiede, beispielsweise bei der Impfung gegen Masern. Um das WHO-Ziel zu erreichen und Masern zu eliminieren, ist eine zweimalige Impfung bei mindestens 95 Prozent der Bevölkerung notwendig. Bei den in Deutschland geborenen Kindern ist dieses Ziel erreicht. Bei den nicht in Deutschland geborenen Kindern ist dies zum Zeitpunkt der Einschulung weit verfehlt. Das kann unterschiedliche Ursachen haben. Zum einen kann der Impfstoff nicht verfügbar sein für die Zweifach-Impfung oder es bestehen in den Herkunftsländern andere Impf-Empfehlungen. Zum anderen ist es auch möglich, dass Impfbücher unvollständig sind oder gar nicht vorgelegt werden können. Weiterhin zeigen die Berliner Einschulungsuntersuchungen von

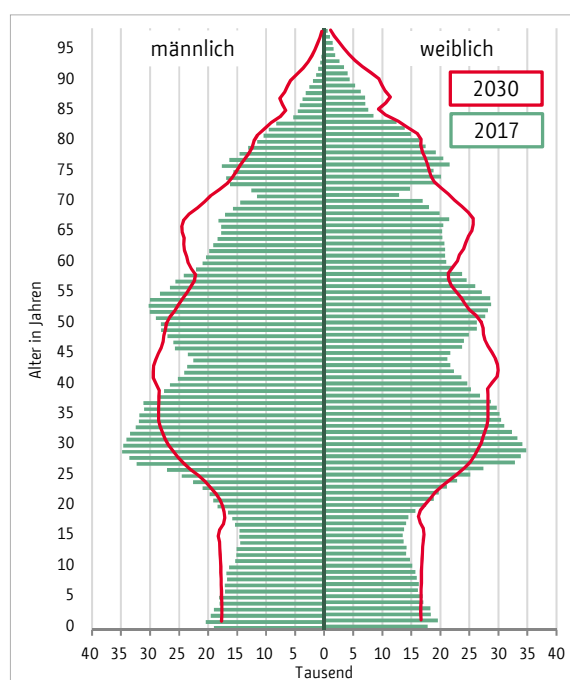


Das Stadtentwicklungskonzept Berlin 2030 setzt auf eine BerlinStrategie, die die Stärken Berlins fördert und sich den Herausforderungen stellt. Sie beschreibt mit der Vision ein Zukunftsbild, wie die Stadt im Jahr 2030 aussieht und was Berlin bisher erreicht hat.

www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/stadtentwicklungskonzept

Alterspyramide der Berliner Bevölkerung 2017 - 2030

- deutliche Verschiebungen im Altersaufbau
- zukünftig viel mehr Menschen ab 50 Jahre: in 8 von 12 Bezirken wird der Anteil über 40 % liegen
- überproportionale Zunahme der Einwohner in den höheren Altersgruppen, insbesondere der hochaltrigen Menschen



Datenquelle: SenSW, AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGPG - IA - Prognosebasis: 2014

2016 bei den in Deutschland geborenen Kindern bezüglich der Auge-Hand-Koordination bei knapp 40 Prozent der unteren sozialen Schicht Defizite auf. Bei nicht in Deutschland geborenen Kindern mit niedrigem Sozialstatus hat hierbei sogar jedes zweite Kind Defizite, bevor es in die Schule kommt.

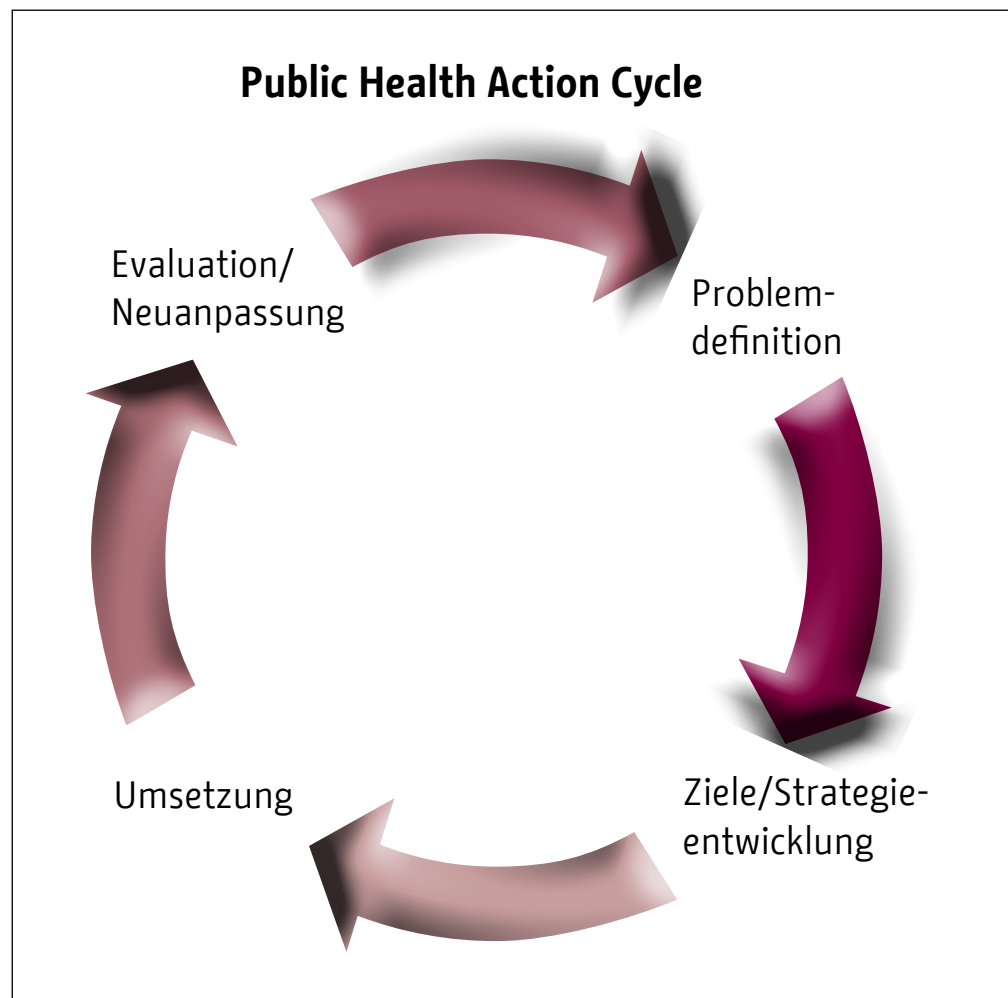
... und der älteren und hochaltrigen Menschen

In der Altersgruppe der älteren und hochaltrigen Menschen ist das Thema Multimorbidität Hauptfaktor für die ambulante und stationäre Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter – gefolgt von unfall-, verletzungs- und vergiftungsbedingten Erkrankungen. Hinzu kommt die Pflegebedürftigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden und auf Pflege angewiesen zu sein, nimmt im hohen Alter deutlich zu. Mit 58.500 Menschen ist jede dritte Berlinerinnen und jeder dritte Berliner in der Altersgruppe 80plus pflegebedürftig. Die Hälfte der rund 27.000 vollstationär betreuten pflegebe-

dürftigen Personen ist an Demenz erkrankt. Insgesamt leben in Berlin derzeit rund 50.000 Demenzerkrankte. Auch hieraus ergeben sich große Anforderungen an die Betreuung und Versorgung der Menschen. Doch hier bestehen ebenso noch Datendefizite, da zwar die Daten für die Berliner Gesamtbevölkerung abbildbar sind, diese sich jedoch nicht regional differenzieren lassen.

Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Berliner Gesundheitssystem

Der demografische Wandel wird Auswirkungen auf die Versorgungsbedarfe haben, da sich das Krankheitsspektrum und damit das Versorgungsangebot weiter verändern wird. Dies bringt Herausforderungen für die Politikfelder der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung mit sich. Dazu zählt beispielsweise auch die ambulante Bedarfsplanung, denn für ältere Menschen ist eine wohnortnahe ärztliche Versorgung wichtig.



Weiterhin ist die stationäre geriatrische Versorgung von hoher Relevanz. Die geriatrischen Versorgungskapazitäten sind derzeit ausgeschöpft, weshalb geprüft wird, ob der Krankenhausplan angepasst werden kann/muss. Auch das ausreichende Fachkräfteangebot stellt ein wichtiges Thema dar. Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin und Geriatrie müssen ausreichend qualifiziert werden. Zusätzlich muss geprüft werden, ob die Fachärztin oder der Facharzt für Geriatrie auch als eigenständige Facharztgruppe in die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgenommen werden sollte. Auch die interkulturelle Öffnung sowie Sprach- und Kulturmittlung wird zunehmend von Bedeutung sein. Momentan besteht kein Überblick darüber, wie gut dies schon gelungen ist. Ein ebenso wichtiges Anliegen ist die Umsetzung der Rahmenstrategie 80^{plus} für hochaltrige Menschen in Berlin.

Stadtentwicklungskonzept Berlin 2030 – Leitbild für die wachsende Stadt

Alle Berliner Senatsverwaltungen haben an der Entwicklung einer BerlinStrategie in Form des Stadtentwicklungskonzepts Berlin 2030

gearbeitet. Für den Bereich Gesundheit sind in diesem Konzept verschiedene Ziele definiert worden:

- Ungleiche Verteilung der Gesundheits- und Umweltbelastungen in den städtischen Teilräumen vermindern.
- Kindern ein gesundes Aufwachsen ermöglichen.
- Präventionsketten gegen etwaige Lücken in Gesundheitsangeboten realisieren.
- Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten.
- Infrastruktur unter gesundheitlichen und sozialen Aspekten bedarfsgerecht anpassen.

Im Juli 2018 trat die Berliner Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes und der Gesundheitsziele in Kraft. Alle Akteure sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit aufgefordert, Daten für den Public Health Action Cycle (siehe Abbildung auf S. 10) bereitzustellen, um die Realisierung dieser Strategien zu befördern. Daher der Appell an alle, in unsere gemeinsame Zusammenarbeit zu intensivieren, um die im Land Berlin entwickelten Gesundheitsziele auf eine gute Datengrundlage zu stellen.



Nachhaltige StadtGesundheit und wachsende Städte

Prof. Dr. Rainer Fehr, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Rainer Fehr
Universität Bielefeld

Ausgewählte Stationen:

- Im Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) und Vorläufer-Institutionen: Stabsstelle Gesundheitsplanung, Abteilungsleitung Umwelt und Gesundheit, LZG-Leitung.
- Langjährige Beratungstätigkeit insbesondere für die WHO; Gutachter u.a. für die Europäische Kommission.
- Seit 2013: Mehrphasiges Forschungsprojekt der Universität Bielefeld (gemeinsam mit Prof. Claudia Hornberg): „Stadtentwicklung und Gesundheit – Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren“.



www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Stadtentwicklung/StadtentwicklungDeutschland/NachhaltigeStadtentwicklung/Stadtentwicklung_node.html

Ob Belastung durch Autoabgase, Erhalt von innenstadtnahen Grünflächen, wohnortnahe medizinische Versorgung oder die kommunale Mitwirkung an einer bedarfsgerechten pflegerischen Infrastruktur: Gesundheit in der Stadt ist ein Thema mit vielen Facetten. Nachhaltige Stadtgesundheit versucht daher, unterschiedliche Aspekte und Konzepte zusammenzudenken. Zum einen wird damit das Thema Gesundheit verfolgt, das gemäß der WHO-Definition sowohl das psychische, physische und soziale Wohlbefinden als auch das Freisein von Krankheit und Gebrechen bedeutet. Zum zweiten bedeutet StadtGesundheit auch, die Stadt als Lebensraum zu verstehen, der geprägt ist von Dichte, Tempo, Diversität und Komplexität. In der Stadtwissenschaft wird auch von verschiedenen Strömen gesprochen, von Pendler-, Besucher-, Energie-, Materie- und Informationsströmen, die alle zusammenwirken und für einen andauernden urbanen Wandel sorgen. Darüber hinaus gilt es, das Thema Nachhaltigkeit in den Blick zu nehmen und auf die politische Agenda zu setzen. Nachhaltigkeit

bedeutet in diesem Verständnis, dass eine Gesellschaft nur so viel verbraucht oder – vereinfacht gesagt – nur so viel Schaden in der Umwelt anrichtet, wie auch wieder behoben werden kann. Es gilt, späteren Generation ein sinnvolles und erfülltes Leben zu ermöglichen.

StadtGesundheit kann als Konzept dafür dienen, Strukturen und Prozesse für Gesundheit zu entwickeln und auszubauen. In diesem Sinne sind alle Stadtsektoren zugleich auch Gesundheitssektoren. Dieser Ansatz ist auch in der nachhaltigen Städtebau-Politik in Deutschland verankert. Darüber hinaus findet das Thema Nachhaltigkeit sich auch in den Zielen für nachhaltige Entwicklung („Sustainable Development Goals“) wieder, die 2016 von den Vereinten Nationen mit Laufzeit bis 2030 verabschiedet wurden. Sie sollen eine nachhaltige Entwicklung auf ökonomischer, sozialer sowie ökologischer Ebene sichern.

Denkt man die Themen Gesundheit, Stadt und Nachhaltigkeit zusammen, ist es wichtig, Brücken zu bauen – zwischen wissenschaftlichen

Drei Begriffspaare („Zusammendenken“)

StadtGesundheit

Erkenntnis- und Handlungsansatz für den Umgang mit gesundheitsrelevanten Strukturen und Prozessen in der Stadt

Alle Stadtsektoren sind Gesundheits-sektoren

Nachhaltige Stadtentwicklung

„Der Grundsatz einer nachhaltigen Stadtentwicklung bestimmt ... die Städtebaupolitik in Deutschland“
(Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)

Nachhaltige Gesundheit

- **Soziale Gerechtigkeit:** als (Gesundheits-) Ziel anerkannt; Praxiserfolge begrenzt
- **Ökologische Verträglichkeit:** Wechselwirkung mit Gesundheit wenig berücksichtigt
- **Langfristige ökonomische Tragfähigkeit:** bisher rudimentäre Diskussion

Disziplinen wie auch zwischen den Stadtsektoren. Wichtig ist, den Blick auf das Ganze zu schärfen, beispielsweise nicht nur auf Belastungen zu achten, sondern auch auf die Ressourcen zu schauen. Nicht nur Einflüsse auf Gesundheit sind bedeutsam, sondern auch die Folgewirkungen von eingeschränkter Gesundheit – beispielsweise für Bildung, Arbeit, Mobilität und soziale Teilhabe. Der Ansatz Stadtgesundheit führt auch dazu, Settings nicht primär als Zugangswege zu sehen, um Gesundheitsinformationen zu vermitteln, sondern als Lebenswelten, die gestaltet werden können und auch laufend umgestaltet werden, oft allerdings ohne Rücksichtnahme auf gesundheitliche Auswirkungen.

StadtGesundheit gestalten

Zur Gestaltung von StadtGesundheit gibt es Ansätze im gesamten Politikzyklus: angefangen von der Analyse über die Strategieentwicklung hin zur Implementierung und der Evaluation. Besondere Herausforderungen bestehen bezüglich der Mitwirkung des Ressorts Gesundheit an städtischen Planungsprozessen oder auch an Zukunftswerkstätten, z. B. mit Szenarienanalyse. Um diese gesundheitlichen Gestaltungschancen wirksam wahrzunehmen, ist es wichtig, Ziele für Gesundheit und Nachhaltigkeit zu haben und einen Kurs zu

formulieren, beispielsweise durch Entwicklung von Leitbildern oder Fachplanungen. Zu übergreifenden Themen oder auch zu Einzelthemen ganz unterschiedlicher Art – von der Allergie-Prävention über den Klimawandel bis zur Gesundheitsberichterstattung – stehen dafür geeignete Instrumente wie Leitlinien, Checklisten oder Referenzwerte bereit.

Zu unserem Forschungsprogramm „Stadt der Zukunft – Gesunde und nachhaltige Metropolen“ passt der Vorschlag, dass Kommunen einen Fachplan Gesundheit entwickeln. (Kommunale) Pläne für Sport, für Denkmalschutz, für Bildung gibt es in großer Zahl – nur für den Bereich Gesundheit existieren bisher so gut wie keine Fachpläne. Ziel wäre es, auf kommunaler Ebene die Arbeit der Gesundheitsämter datenbasiert und zielorientiert zu steuern und das Leistungsspektrum des Gesundheitssektors transparent darzustellen. Ein solcher Fachplan bietet die Chance, gesundheitsbezogene Anliegen, sozialräumliche Besonderheiten und quartiersbezogene Handlungsbedarfe darzustellen und explizite Zielsetzungen bzw. Maßnahmenvorschläge abzuleiten.

Ein weiteres Instrument ist der Leitfaden Gesunde Stadt, der insbesondere dann zum Einsatz kommen soll, wenn eine vorhabenbezogene oder städtebauliche Planung ansteht. Insofern stellt der Leitfaden eine ideale



Eine übersichtliche Darstellung der Nachhaltigkeitsziele findet sich auf <https://17ziele.de>



Weitere Informationen zum Fachplan, Muster-Fachpläne etc. finden Sie online unter www.lzg.nrw.de/versorgung/ges_plan/fachplan_gesundheit/index.html



Den Leitfaden Gesunde Stadt –
Hinweise für Stellungnahmen zur
Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen
Gesundheitsdienst finden Sie online hier:
[www.lzg.nrw.de/versorgung/ges_plan/
gesunde_stadt/index.html](http://www.lzg.nrw.de/versorgung/ges_plan/gesunde_stadt/index.html)

Ergänzung zum Fachplan Gesundheit dar. Er soll im Öffentlichen Gesundheitsdienst und bei anderen planenden Akteuren zum Beispiel aus den Bereichen Umwelt, Stadtplanung und Soziales für die Bedeutung gesundheitlicher Belange in Planungsvorhaben sensibilisieren, kann die Stellungnahmen strukturieren und um wichtige gesundheitliche Bezüge anreichern. Der Leitfaden Gesunde Stadt behandelt zum Beispiel die Themen Mobilität, gesunde Arbeitsverhältnisse, Umwelt und Gesundheit, öffentliche Freiräume, körperliche Aktivität, Wohnverhältnisse und soziale Infrastruktur und kann in diesem Sinne als umfassend angelegtes Nachschlagewerk dienen.

Ältere Menschen und Gesundheit

Wie lässt sich StadtGesundheit auch für ältere Menschen schaffen? Die Antworten darauf lassen sich in verschiedene Stufen unterteilen. Eine eher niedrig angesiedelte Stufe wären improvisierte Initiativen, zum Beispiel aus Politik, Wirtschaft oder von Interessengruppen. Darüber angesiedelt wären Beratungen in großer Gruppe, zum Beispiel in Form der Landesgesundheitskonferenz. Verknüpft man beide Ansätze, kann eine neue Qualität der Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen erreicht werden, wenn fachliche Erkenntnisse in die Beratung in großer Gruppe eingebracht werden.

Die darauffolgende Stufe ist das sogenannte Health Needs Assessment (HNA). HNA meint

einen formalisierten Ansatz, die verschiedenen Informationsquellen, aber auch Literaturrecherchen oder Sondererhebungen, systematisch zusammenzuführen, um alle zur Verfügung stehenden Informationen gezielt zu nutzen. Bei der Information allein sollte es jedoch nicht stehen bleiben, denn wir wollen in die Umsetzung kommen. Demzufolge wäre die oberste Stufe eine „transdisziplinäre“ Übung im Zusammenspiel von Praxis und Wissenschaft.

Es gibt also ein umfangreiches Potenzial, um auf Basis der vorliegenden Daten Sinnvolles für nachhaltige StadtGesundheit zu tun. Ein übergreifendes Ziel ist, StadtGesundheit fachübergreifend als einen selbstverständlichen Beitrag zur Stadtkultur anzusehen. Wir haben den Eindruck, dass ein umfassender Blick auf die örtliche Situation, wie er jetzt für Hamburg erarbeitet ist, zu diesem Ziel ganz wesentlich beitragen kann. Zwar existiert (z. B. in Hamburg) eine über 200 Jahre alte Tradition solcher Darstellungen, welche die Gesundheit der Menschen in Verbindung bringt mit physischer und sozialer Umwelt, mit Lebensgewohnheiten und Versorgungssystem. Gegenwärtig scheint der spezialisierte Blick auf Einzelthemen vorzuherrschen. Wenn weitere Beispiele dieses umfassenden Blicks entstünden (z. B. in Berlin?), lassen sich neue Möglichkeiten fundierter Vergleiche und spannende, konkrete Anregungen für Nachhaltige StadtGesundheit erwarten.

Im Rahmen des Forschungsprogramms „Stadt der Zukunft – Gesunde und nachhaltige Metropolen“ wurden zwei Bücher herausgegeben, die eine Übersicht geben über Konzepte, Erfahrungen sowie auch zahlreiche Werkzeuge für Stadtgesundheit, darunter Leitfäden, Checklisten, Monitoring-Systeme, Fachpläne etc.:

Rainer Fehr, Claudia Hornberg (Hg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren

Rainer Fehr, Alf Trojan (Hg.): StadtGesundheit Hamburg – Bestandsaufnahme und Perspektiven.



Alterung und Zuwanderung: Herausforderungen und Chancen aus Sicht der Zielgruppen

Interview mit

Eveline Lämmer, Vorsitzende des Landessenorenbeirats Berlin

Dr. Dharma Bhusal, Leiter des Interkulturellen Hospizdienstes Dong Ban Ja/Landesbeirat für Integrations- und Migrationsfragen Berlin

Karin Stötzner, Patientenbeauftragte des Landes Berlin

Stefan Pospiech: Wir haben heute gelernt: Berlin wird bis 2030 um die Bevölkerung eines ganzen Bezirks wachsen. Das Wachstum resultiert einerseits aus der Zuwanderung nach Berlin, andererseits aus der Alterung der Berliner Bevölkerung. Was ist nun die Sicht von zentralen Akteurinnen und Akteuren, welche die angesprochenen Zielgruppen vertreten, auf diesen Wachstumsprozess? Wie erleben ältere Menschen und Zugewanderte selbst die Veränderungen der Stadt? Das möchten wir im Folgenden hier auf dem Podium beantworten.

Eveline Lämmer, die erste Frage geht an Sie als Vorsitzende des Landessenorenbeirats: Wie können die Quartiere so gestaltet werden, dass ältere Menschen dauerhaft in eine verlässliche Sorgestruktur eingebunden sind?

Eveline Lämmer: Gesundheit müssen wir immer in den Kontext des Alltags setzen. Krank macht uns der Lärm auf der Straße, die schlechte Luft, die falsche Ernährung und auch die Art und Weise, wie wir miteinander umgehen. Vereinsamung heißt Ausgrenzung und führt zu Krankheit. Das gilt es zu verhindern! Daher brauchen Seniorinnen und Senioren möglichst viel im Wohnumfeld: eine bezahlbare Wohnung, Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung und auch Orte für Begegnung und Austausch. Die Stadtteilzentren und die Begegnungsstätten sind sehr oft bei freien Trägern angesiedelt und zuwendungsfinanziert. Sie bangen jedes Jahr von Neuem um ihr Fortbestehen. Eine Forderung des Landessenorenbeirats ist es, dass die Altenhilfe nach dem § 71



SGB XII endlich zur gesetzlichen Pflichtaufgabe wird, damit solche Einrichtungen dauerhaft finanziert werden können.

Die Altenhilfe ist eine ergänzende Leistung nach dem SGB XII, die neben den sonstigen Hilfen nach diesen Gesetzen für alte Menschen (etwa Grundsicherung und Hilfe zur Pflege) gewährt wird. Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu geben, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.

Ein anderer Aspekt ist die Digitalisierung. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen hat ein neues Wohnungstauschportal ins Leben gerufen. Dort kann man online seinen Wohnungstausch-Wunsch anmelden. Natürlich ist es wichtig, dass dieses Portal digital funktioniert. Die jungen Leute, die eine größere Wohnung suchen, nutzen diese Möglichkeit bereits. Aber wie kommen die älteren Mieterinnen und Mieter, die unter Umständen keinen Internet-Zugang haben, an diese Informationen? Wir als Landesseniorenbeirat begrüßen die Digitalisierung gerade solcher Angebote sehr, fordern aber auch den Erhalt von analogen Angeboten oder zumindest von analogen Komponenten bei wichtigen Dienstleistungen. Es muss auch nach wie vor möglich sein, per Telefon einen Termin im Bürgeramt zu vereinbaren.

Stefan Pospiech: Karin Stötzner, Sie haben ja einen sehr tiefen Einblick in die Probleme von Patientinnen und Patienten. Wie schätzen Sie

die Herausforderungen in der Versorgungslandschaft ein, die durch das Wachstum Berlins und die Zunahme älterer, häufig multimorbider Patientinnen und Patienten entstehen?

Karin Stötzner: Es besteht ein großes Ungleichgewicht zwischen den Versorgungsbedürfnissen und den Steuerungsmöglichkeiten der größtenteils privatwirtschaftlich organisierten Hilfen. Zur Illustration ein Beispiel: Pflegedienste lehnen häufig die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen ab. Die Begründung lautet, es sei zu wenig Personal vorhanden. Dieses Verhältnis von Versorgungspersonal und Versorgungsbedarf, das uns auch in anderen Bereichen, beispielsweise bei den Mobilitätshilfediensten oder der kinderärztlichen Versorgung, Probleme bereitet, müssen wir in den Blick nehmen. Es gilt zu diskutieren: Wie stellen wir sicher, dass es mehr Fachpersonal gibt? Hier müssen wir den Sicherstellungsbegriff neu diskutieren und ganz neue Verantwortlichkeiten finden.

Stefan Pospiech: Angesichts des komplexen Gesundheitssystems: Wie können wir in eine politische Diskussion darüber kommen, wie man Sicherstellung neu definiert?

Karin Stötzner: Mein Wunsch wäre, dass die sehr unproduktive Migrationsdebatte, die von den Rechten auf die Agenda gesetzt worden ist, endlich abgelöst wird. Stattdessen sollte eine gesellschaftliche Diskussion über Fragen der Daseinsvorsorge geführt werden. Wie können Bedarfe definiert und geklärt werden, wer gesellschaftlich für diese verschiedenen Versorgungsbedarfe Verantwortung übernehmen muss. Im Gesundheitswesen haben wir



<https://inberlinwohnen.de/wohnungstausch/>

Am 1. Oktober 2017 ist der Rahmenvertrag Entlassmanagement in Kraft getreten. Der voraussichtliche Bedarf für die nach Krankenhausbehandlung erforderliche Anschlussversorgung soll anhand schriftlicher Standards durch ein multidisziplinäres Team im Krankenhaus festgestellt werden, die notwendigen Anschlussmaßnahmen frühzeitig eingeleitet und der weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterversorgende Einrichtung rechtzeitig informiert werden.



es besonders häufig mit Schnittstellen zu tun. Aktuell z. B. mit der gesetzlich neu geregelten Schnittstelle zwischen dem Entlassmanagement der Kliniken und der anschließenden pflegerischen und medizinischen Versorgung. Gerade in einer Stadt wie Berlin mit einer hohen Quote von Alleinlebenden ist dies nicht einfach zu handhaben. Daher braucht es insbesondere in der Gesundheitsversorgung eine neue Debatte um die Übernahme von Verantwortung.

Stefan Pospiech: Dr. Dharma Bhusal, Sie sind Leiter eines interkulturellen Hospizdienstes. Welche Erfahrungen machen Sie dort, insbesondere auf Menschen bezogen, die nicht deutscher Herkunft sind, die vielleicht mit dem hiesigen Versorgungssystem noch nicht so gut vertraut sind?

Dr. Dharma Bhusal: Als ich die Arbeit angefangen habe, kam ich in Kontakt mit einigen vietnamesischen Migrantinnen und Migranten. Obwohl sie schon lange hier gelebt hatten, wussten sie nicht, was eine Pflegestufe ist und wo man sich Hilfe holen kann. Auch ich musste mich nach meiner Ankunft in Deutschland erst langsam mit diesen Strukturen vertraut machen. Migrantinnen und Migranten brauchen muttersprachliche Informationen – und diese Informationen müssen da landen, wo sie gebraucht werden. Die Beratungsinfrastruktur in Berlin, wie wir sie etwa mit den Pflegestützpunkten haben, ist allgemein sehr gut. Es gibt aber zu wenig muttersprachliche Beratung – und wenn, dann meist in den Sprachen der großen migrantischen Communities. Aber auch die zahlenmäßig eher kleineren migrantischen Gruppen benötigen den muttersprachlichen Zugang zu den Leistungen.

Stefan Pospiech: Was müsste sich aus Ihrer Sicht über den niedrighschweligen Zugang zu Beratung und Versorgung hinaus ändern?

Dr. Dharma Bhusal: Man muss nicht immer die gleiche Sprache sprechen. Wichtig ist aber eine Sensibilität dafür, dass es andere Mentalitäten, andere Prägungen gibt – Kultursensibilität lautet hier das Stichwort. Sensibilität sollte sich jedoch nicht nur auf den Migrationshintergrund beziehen, wir brauchen generell eine Sensibilität im Umgang mit älteren und mit kranken Menschen. Die Menschen wollen nicht als Nummer behandelt werden, sondern dass man sich ganz individuell für sie Zeit nimmt.

Eveline Lämmer: Für uns als Landesseniorenbeirat stellt sich dringlich die Frage, wie es gelingen kann, ein neues Verständnis für gesellschaftliche Teilhabe im Alter zu entwickeln. Die von Karin Stötzner angesprochene Sicherung der Daseinsvorsorge heißt auch, Erfahrungswissen und die Kompetenzen Älterer zu nutzen. Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich einzubringen und sich auch weiterhin an gesellschaftlichen Prozessen zu beteiligen. Damit ältere Menschen möglichst lange im eigenen Wohnumfeld verbleiben können, bedarf es solcher partizipativen Strukturen, aber auch weiterer Unterstützungs- und Versorgungsmechanismen. Kurzfristige Modellprojekte nutzen hier wenig, es bedarf der Verstetigung von flächendeckenden Lösungen.



Karin Stötzner: Neben sozialer Teilhabe müssen wir auch die Frage der Partizipation im Gesundheitswesen verstärkt in den Blick nehmen. Bisher haben wir leider in vielen Fällen nur eine Alibi-Beteiligung – zwar Mitsprache-, aber keine Mitentscheidungsmöglichkeiten. Zum Beispiel die Patientenvertretung: wir können in vielen Gremien mitarbeiten und mitberaten, aber wir haben sehr wenig Einfluss, wirklich mitzuentcheiden. Wenn wir diese neue Verantwortungskultur wollen, müssen wir Mitentscheidungsrechte in relevanten Gremien einführen.



www.pflegestuetzpunkteberlin.de



Workshops

Workshop I „Zuwanderung nach Berlin – Welche Anforderungen stellen sich einem diversitätsgerechten Gesundheitssystem?“

Mit der Zuwanderung von vorwiegend jungen Menschen und Familien verändert sich die Berliner Bevölkerung. Menschen mit ganz eigenen gesundheitlichen, sozialen und sprachlichen Kompetenzen und Belastungen kommen an und treten in Kontakt mit dem hiesigen Gesundheits- und Sozialwesen. Im Workshop wurde diskutiert, welche Herausforderungen und Konsequenzen u. a. für die Belange der Frühen Hilfen, Kitas und weiteren Institutionen damit einhergehen und wie sich das Gesundheitssystem diversitätsgerecht ausrichten kann.

Folgende Leitfragen und Thesen wurden in dem Workshop diskutiert:

■ **Leitfrage:** Wie erfahren die Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, insbesondere Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und Familien, die Auswirkungen der Zuwanderung in ihrem Alltag?

■ **Leitfrage:** Wie können sich die Einrichtungen auf die bereits seit Langem bestehende, mit der Zuwanderung noch wachsende Diversität der Bevölkerung ausrichten?

These zu den ersten beiden Leitfragen: In Einrichtungen (Familienzentren, Kitas, Schulen), in denen langjährige Erfahrungen und erprobte Konzepte zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund vorliegen, können Menschen mit Fluchterfahrung besser ankommen.

■ **Leitfrage:** Welche Kompetenzen, insbesondere der Sprach- und Kulturmittlung, sind in den Einrichtungen bereits vorhanden?

These: In Einrichtungen (Familienzentren, Kitas, Schulen) gibt es bereits vielfältige Konzepte zur Sprach- und Kulturmittlung. Diese müssen bedarfsorientiert ausgebaut werden.

■ **Leitfrage:** Welche diversity-bezogenen Kompetenzen sollten noch gezielt aufgebaut werden, was sind hierfür die nötigen Instrumente und Methoden?

These: Um diversity-bezogene Kompetenzen anzuwenden braucht es v. a. auch die notwendigen strukturellen Voraussetzungen (Ressourcen etc.).



Programmablauf:

Statements des Podiums

Frühe Hilfen: Susanna Rinne-Wolf, Vorsitzende Berliner Hebammenverband

Sprach- und Kulturmittlung: Stefan Pospiech, Gemeindedolmetschdienst Berlin in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg

Kita/Familienzentren: Saniye Acikel, Kindervilla Waldemar

Diskussion mit dem Publikum

Moderation: Prof. Theda Borde, Alice Salomon Hochschule Berlin; Jana James, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung; Sabine Schweele, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg



Die Kernergebnisse v. a. zum Handlungsfeld „Sprach- und Kulturmittlung“ wurden in die Abschlussdiskussion der 15. Landesgesundheitskonferenz eingebracht:



- Solange wir „Brückenbauende“ brauchen, ist unser System nicht diversitätsgerecht ausgerichtet.
- Es bedarf eines „Qualitätssiegels“ für die interkulturelle Öffnung des Gesundheits- und Sozialsystems.

Nachhaltige Angebote für Zuwandernde diversitätsgerecht gestalten

Workshop I suchte nach Möglichkeiten, wie sich das Gesundheits- und Sozialsystem der Zuwanderung von jungen Menschen und Familien öffnen kann. Hierbei wurden Thesen entwickelt, die aufzeigen, dass bereits vielfältige Kompetenzen in den Einrichtungen des sozialen Gesundheitsbereichs vorhanden sind. Doch auch wenn die Einrichtungen zugewanderte Menschen bereits gut aufnehmen, ist ein bedarfsgerechter Ausbau noch notwendig. Institutionen müssen sich der Vielfältigkeit dieser Gesellschaft stellen und dafür bereits bestehende Ressourcen nutzen. Die Workshop-Teilnehmenden sind der Frage nachgegangen, welche dieser Ressourcen bereits vorhanden sind und inwieweit diese ausbaubar bzw. nutzbar sind und wann deren Grenzen erreicht sind. Dabei wurde festgestellt, dass unser jetziges Gesundheits- und Sozialsystem sehr kompensatorisch aufgestellt ist und sich weniger an den aktuellen Bedarfen der Menschen

orientiert. Ressourcen, wie interkulturelle Kompetenzen und Sprachmittlung, sind gegeben, jedoch nicht flächendeckend und einheitlich standardisiert. Darüber hinaus besteht weder Transparenz in den Angeboten noch eine beständige Finanzierung. Ebenso muss die „Ressource Mensch“ besser einbezogen werden. Die Ausbildung und Qualifikationen von Zuwandernden sollten stärker fokussiert werden, ihre Kompetenzen genutzt und gefördert werden. Dazu gehört auch, bereits bei der Entwicklung von Angeboten Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu integrieren.

Bestehende Strukturen wie Familienzentren, die Frühen Hilfen und Sprachmittlungen sind gut vernetzt und aufgebaut. Um der Vielfältigkeit der Bevölkerung zu begegnen, müssen sie jedoch ausgebaut werden. Dazu bedarf es einer Verlässlichkeit der bestehenden Angebote in puncto Nachhaltigkeit und Finanzierung. Es braucht vor allem die entsprechende Einstellung und Haltung, sowie den politischen Willen, dies umsetzen zu wollen.

Workshop II „Älter werden im Quartier – (Wie) Funktioniert das im wachsenden Berlin?“

Für die Lebensphase nach der Berufstätigkeit haben wir hochgesteckte Ziele: Einsamkeit im Alter vermeiden, ambulant vor stationär, soziale Teilhabe auch bei Pflegebedarf. Konzepte wie das (digital) vernetzte Quartier oder die Sorgende Gemeinschaft sind in aller Munde und versprechen eine Umsetzung dieser Ziele. Doch wie gut sind diese Konzepte auf die Bedarfe einer wachsenden Millionenstadt zugeschnitten, die neben einer liebenswerten Kiezkultur auch mit steigenden Mieten, zunehmendem Zeitdruck und anonymen Wohngebieten konfrontiert ist?

Folgende Leitfragen und Thesen wurden in dem Workshop diskutiert:

- **Leitfrage:** Was bedeuten die Beschleunigungstendenzen, die mit dem Wachstum der Stadt einher gehen (z. B. steigende Mieten, Auslastung des ÖPNV, wachsender psychosozialer Stress und Arbeitsbelastung), für die steigende Anzahl älterer und hochaltriger Menschen?

These: Die wachsende Stadt führt zu Flächenkonkurrenzen und zu Verdrängungsprozessen, die viele ältere Menschen existenziell betreffen können.

- **Leitfrage:** Wie kann das Konzept der Sorgenden Gemeinschaft für Großstädte ausbuchstabiert werden? Welche theoretischen Ansätze und praktischen Erfahrungen liegen vor?



These: Das Konzept der Sorgenden Gemeinschaft lässt sich nur schwierig auf eine Großstadt wie Berlin übertragen. Bei einem Transfer müssen bestimmte Rahmenbedingungen des Sozialraums sorgfältig in Betracht gezogen werden.

- **Leitfrage:** Wie können adäquate Quartiersstrukturen für die wachsende Zahl älterer Menschen in Berlin entwickelt werden, um soziale Teilhabe durch Vernetzung zu ermöglichen? Welche Rolle spielen hier Wohnformen wie z. B. Senioren-WGs, aber auch die Vermittlung digitaler Kompetenzen an ältere Menschen?

These: Hinsichtlich digitaler Kompetenzen befinden wir uns derzeit in einer Übergangsphase, in der noch sehr verschiedene Kompetenzgrade und Zugangsarten bestehen (u. a. abhängig von der Altersphase). Daher müssen flexible Kommunikations- und Vernetzungsformen geschaffen werden, die sowohl digitale Kanäle (E-Mail, Social Media etc.) wie auch angestammte Medien (Anzeigenblätter, Aushänge etc.) nutzen.

Programmablauf:

Input „Sorgende Gemeinschaft oder Sorgestrukturen – erfolgsversprechende Konzepte für die wachsende Stadt Berlin?“

Dr. Jenny Block, Deutsches Zentrum für Altersfragen

Input „Netzwerk Märkisches Viertel e. V. – Wie haben wir ein lebendiges Quartier für ältere Menschen geschaffen?“

Helene Böhm, GESOBAU

Diskussion mit dem Publikum an vier Thementischen

Moderation: Dr. Sandra Born, Bezirksamt Lichtenberg; Heike Golletz, DRK Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Berlin; Ludger Jungnitz, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung; Dr. Juliane Nachtmann, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung



Input „Sorgende Gemeinschaft oder Sorgestrukturen – erfolgsversprechende Konzepte für die wachsende Stadt Berlin?“

Dr. Jenny Block, Deutsches Zentrum für Altersfragen



Der 7. Altenbericht der Bundesregierung kann hier eingesehen werden:
www.siebter-altenbericht.de

Vereinzeln, Vielfalt und Benachteiligungen sind Herausforderungen im Quartier, denen man mit einer nachhaltigen Daseinsvorsorge im Quartier und Ausbau von Kooperationen und Vernetzung entgegenwirken kann. Bereits heute werden viele Sorgeleistungen einschließlich Pflegeaufgaben von den Bürgerinnen und Bürgern selbst erbracht. Als Leistungsträger benötigen sie jedoch eine Unterstützung durch staatliche Stellen wie auch durch professionelle Akteure im Sozialbereich. Das Konzept der Sorgenden Gemeinschaft, das in den letzten Jahren stark diskutiert wurde, setzt hierbei auf den Leitgedanken, die Eigenverantwortung der interessierten Bürgerinnen und Bürgern zu stärken. In ihrem Impulsvortrag wies Dr. Jenny Block darauf hin, dass sorgende Gemeinschaften gewisse Voraussetzungen und Hürden mit sich bringen, wie z. B. die hohe zivilgesellschaftliche Verantwortung und den starken Willen zur Selbstorganisation. Nicht alle Bevölkerungsgruppen können mittels dieses Konzepts angesprochen und aktiviert werden. Das im 7. Altenbericht der Bundesregierung favorisierte Konzept der Sorgestrukturen

hingegen zielt stärker auf öffentlich geförderte Unterstützungsstrukturen und damit auf eine tragfähige Basis für die Entwicklung der Sorgefähigkeit der Menschen vor Ort. Solche Strukturen können besser auf Fluktuationen reagieren sowie benachteiligte, ausgeschlossene Menschen gezielter erreichen.

Dr. Jenny Block nannte drei zentrale Prinzipien der Sorgestrukturen:

- Wohlfahrtsmix: Akteure müssen im Rahmen eines ressortübergreifenden bezirklichen Konzepts zusammenarbeiten
- Rolle der Bezirke: Förderung von Kooperationen, Beteiligung, Verzahnung sowie Verständnis der Akteure
- Zugang für alle: Bekanntmachung niedrigschwelliger Angebote und Geh-Strukturen; präventive, integrative, kultursensible Sozialarbeit, Bildungsarbeit, Beratung

Input „Netzwerk Märkisches Viertel e. V. – Wie haben wir ein lebendiges Quartier für ältere Menschen geschaffen?“

Helene Böhm, GESOBAU

Um die Lebensqualität im Quartier zu erhöhen, setzt das Netzwerk Märkisches Viertel e. V. auf Kooperation und Partnerschaft, barrierearme Kommunikation und nachfragegerechte Angebote. Durch eine aktive Zusammenarbeit mit Partnerinnen und Partnern aus Politik, Wirtschaft, öffentlichen und freien Trägern sowie Interessenverbänden soll die Wirksamkeit der Angebote stets optimiert werden. Bürgerschaftliches Engagement, Nachbarschaftshilfe und Partizipation an den Aktivitäten und Entscheidungsprozessen des Netzwerks werden gefördert und unterstützt. Die Bedarfe Älterer und die Stärkung der Angehörigenkompetenz werden besonders berücksichtigt, damit ältere und pflegebedürftige Menschen möglichst lang im vertrauten Umfeld bleiben können.

Diskussionsergebnisse der vier Thementische

Die Transformation Berlins hat einschneidende Effekte auf das Leben älterer Menschen. Der Verlust von Wohnraum kann für ältere Menschen eine sehr gravierende Erfahrung sein. Eine provokante Forderung der Diskussion war ein Gesetz, um die Verdrängung älterer Menschen ab 65 Jahren aus ihrer Wohnung zu verhindern. Weiter wurde diskutiert, wie es gelingen kann, dass (auf Wunsch) ältere Menschen mietneutral und ohne finanzielle Hürden von größeren in kleinere, bedarfsgerechtere Wohnungen umziehen können.

Auch auf die Gemeinbedarfsflächen hat das Wachstum der Stadt Auswirkungen. Gefordert wurden mehr Gemeinschaftsgärten und Gemeinwesen-Einrichtungen in den Stadtteilen, die finanziell gesichert sind. Einstimmige Meinung der Diskussionsrunde war: der Privatisierung des öffentlichen Raums müssen Grenzen gesetzt werden!

Gemeinschaften, so die weitere Diskussion im Workshop, sind abhängig von Einzelpersonen und können entsprechend schnell wegbrechen. Mit dem Konzept der Sorgestrukturen kann für mehr Nachhaltigkeit gesorgt und Ausschlüsse verhindert werden. Sorgestrukturen im Quartier einzuführen, bedeutet einen Ausbau von Kooperation und Vernetzung. Jedoch liegen hierbei Spannungsverhältnisse vor: Die zu etablierenden Strukturen dürfen nicht paternalistisch sein und müssen „von unten“ kommen. Hier bleibt es weiterhin eine Herausforderung, Ältere aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen konsequent einzubeziehen. Zugleich ist die Unterstützung durch die öffentliche Hand notwendig: Angliederung an Verwaltungsstrukturen und eine kontinuierliche finanzielle Förderung sind wichtig, um für Nachhaltigkeit zu sorgen. Darüber hinaus dürfen die Netzwerke keine Konkurrenz zu öffentlich geförderten Anlaufstellen sein, denn die vielfach bereits etablierten Komm-Strukturen sind weiterhin wichtig. Ebenso müsste innerhalb der Verwaltung von Land und Bezirken sowie zwischen den Ressorts in Anlehnung an das 9 Punkte-Programm des Gesunde Städte-Netzwerks eine größere Vernetzung stattfinden, um gemeinsam die Sozialraumorientierung zu gestalten.



Eine weitere These bezog sich auf die Frage der digitalen Kompetenzen. Im Vergleich zu älteren und hochaltrigen Menschen, die der Digitalisierung mitunter reserviert gegenüberstehen, haben jüngere Alte in der Regel einen leichteren Zugang zur digitalen Welt. Wichtig ist für viele ältere Menschen, dass die Geräte leicht handhabbar sind, und all Jene, die noch nicht mit digitalen Formaten vertraut sind, zur praktischen Erprobung motiviert werden. Z. B. können Enkelinnen und Enkel große Motivatoren sein, Neues zu lernen. Andererseits wurde in der Diskussion konstatiert, dass es momentan noch viele ältere Menschen gibt, die größere Schwierigkeiten mit der digitalen Welt haben. Die Digitalisierung darf nicht zur Ausgrenzung dieser Personengruppe führen und deren Erreichbarkeit erschweren. Sowohl das Analoge als auch das Digitale müssen in der jetzigen Übergangsphase bestehen bleiben, um den Zugang zu Informationen zu gewährleisten. Um perspektivisch die digitale Lücke zu schließen, müssen sinnvolle Wege zur Kompetenzerhöhung der älteren Bevölkerung ermittelt werden. So könnten beispielsweise bestehende Anlaufstellen im Stadtteil für den Aufbau selbstorganisierter Gruppen nach dem Motto „Studierende helfen Seniorinnen und Senioren“ genutzt werden. Solche Formen des digitalen Lernens und der Unterstützung sollten stadtweit systematisch ausgestaltet werden.



www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Workshop III „Bewegungsförderung in der wachsenden Stadt – Wie gestalten wir die Lebenswelten älterer Menschen?“

Bewegungsförderliche Angebote für ältere Menschen richten sich an eine sehr heterogene Zielgruppe, die nicht nur eine große Altersspanne umfasst, sondern auch gesundheitliche, soziale und kulturelle Unterschiede. In diesem Workshop wurden an Thementischen verschiedene Lebenswelten diskutiert, die zu mehr Bewegung im Alter einladen. Mit dem Blick auf eine wachsende Stadt sind Senioren- und Pflegeeinrichtungen, der öffentliche Raum, Sportvereine oder Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit zentrale Institutionen, die bereits Bewegungs- und Sportangebote anbieten. Wie wirkt sich der gesellschaftliche Wandel auf die bestehenden Angebote aus? Wie können insbesondere sozial benachteiligte und mobilitätseingeschränkte Ältere erreicht werden? Und was brauchen die Lebenswelten, um mit der wachsenden Stadt mitwachsen zu können?

Folgende Thesen und Leitfragen wurden in dem Workshop diskutiert:



- **Leitfrage:** Was bedeutet das Wachstum Berlins und der demografische Wandel für die Gestaltung bewegungsförderlicher Lebenswelten?

These: Die wachsende Stadt führt zu verschärften Interessenskämpfen und zunehmender Verdichtung. Frei verfügbarer Raum – auch jenseits des klassischen öffentlichen Raums – nimmt ab.

- **Leitfrage:** Wie kann der Zugang zu bewegungsförderlichen Angeboten angesichts der heterogenen Zielgruppe für alle älteren Menschen in Berlin einschließlich der Hochaltrigen gesichert werden? Wie können Angebote gut und niedrigschwellig ausgestaltet werden?

These: Um dem Bedarf gerecht zu werden und den niedrigschwelligen Zugang zu bewegungsförderlichen Angeboten zu sichern, braucht es einen quantitativen Zuwachs an Angeboten. Neue wie bereits existierende Angebote sollten möglichst dauerhaft bestehen bzw. nachhaltig angelegt und ressortübergreifend zwischen den jeweils relevanten Akteuren abgestimmt sein.

Programmablauf:

Input „Altersbilder und Lebenswelten älterer Menschen in Hinsicht auf Bewegungsförderung“

Prof. Dr. Rainer Fretschner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Thementische Phase I: Input und Diskussion an vier parallelen Thementischen

Thementisch Pflege- und Senioreneinrichtungen: Rebecca Zeljar; Ann-Kristin Krick, vdek – Verband der Ersatzkassen Landesvertretung Berlin-Brandenburg e. V.; Britta Schmidt, Geschäftsführerin Seniorenpflegeeinrichtungen Alexianer in Berlin und Brandenburg (entschuldigt)

Thementisch Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit: Henrieke Franzen, Zentrum für Bewegungsförderung Berlin; Jörg Diernberger, Sportbüro e. V.

Thementisch Sportverein: Katja Sotzmann, Landessportbund Berlin; Stephanie Panzig, TSV Berlin Wittenau 1896 e. V.

Thementisch Öffentlicher Raum: Katja Dierich, QVNIA e. V.; Bernd Holm, Senatsverwaltung für Inneres und Sport

Thementische Phase II:

Moderation: Birte Frerick, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin

Prinzipien der Bewegungsförderung im Alter

Die „Babyboomer-Generation“, die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge der 50er und 60er Jahre, möchte auch im Alter noch aktiv am Leben teilhaben, mitbestimmen und zu Veränderungen beitragen. Diese veränderten Vorstellungen und Erwartungen an ein aktives Leben im Alter erläuterte Prof. Dr. Rainer Fretschner in seinem Impulsreferat. Daraus erwachsen vielfältige neue Lebensstile. Dennoch schränkt sich mit steigendem Alter der Radius der Menschen stark ein – Angebote im Kiez werden somit unersetzlich.

Fretschner nannte vier zentrale Prinzipien der Bewegungsförderung im Alter:

- Prinzip der Alltags- und Lebensweltorientierung: Mobilität und Bewegungsangebote der älteren Menschen knüpfen an deren Alltag und Lebenswelten an.
- Prinzip der Partizipation: Ältere Menschen werden bei der Entwicklung, Planung und Durchführung der Angebote einbezogen.
- Prinzip der Differenzsensibilität: Die Angebote sind geschlechts- und kulturspezifisch ausgerichtet und die unterschiedlichen Soziallagen der älteren Menschen werden berücksichtigt.
- Prinzip der Barrierefreiheit/Barrierearmut: Die Angebote sollten möglichst wohnortnah und barrierearm gestaltet werden.

Im Anschluss buchstabierte er aus, was diese Prinzipien sowie das veränderte Selbstverständnis älterer Menschen für bewegungsförderliche Angebote in den einzelnen Lebenswelten bedeutet. Dabei riet er Pflegeeinrichtungen, sich stärker in den Stadtteil zu öffnen. Beispielsweise lassen sich intergenerationelle Bewegungsangebote durch Kooperationen mit Schulen und Vereinen realisieren.

Der öffentliche Raum müsse sich stärker an den Bedürfnissen älterer Menschen ausrichten. Barrierefreie und entschleunigte Umwelten, ausreichend Beleuchtung und Sitzgelegenheiten gewährleisten die gesellschaftliche Teilhabe von mobilitätseingeschränkten Menschen.

Auf dem Feld der Gemeinwesenarbeit fehlten noch rechtliche und institutionelle Grundlagen, um mehr dezentrale und wohnortnahe Begegnungs- und Bewegungsräume in den Stadtteilen und Kiezen zu schaffen. Diese Aufgabe ist bisher lediglich eine freiwillige kommunale Leistung. Mobilität und Bewegungsförderung im Alter bräuchten aber solche Gelegenheitsstrukturen, um sozialräumlich adäquat verankert zu werden.

Thematische: Mehr Kooperation und Vernetzung

Inspiriert durch den Vortrag von Prof. Fretschner kam es zu einem regen Diskurs an den Thementischen. Der Thementisch „Pflege- und Senioreneinrichtungen“ betonte ebenfalls, dass eine Öffnung der Pflegeeinrichtungen nach innen und außen gewinnbringend sein kann. Die Pflegeeinrichtung sollte nicht ausschließlich isoliert betrachtet, sondern als Teil der Kommune angesehen werden. Die daraus entstehenden Synergieeffekte können zur sozialen Teilhabe beitragen. Hinsichtlich des öffentlichen Raums ist es wichtig, dass Angebote auch aktiv begleitet und angeleitet werden, insbesondere bei Angeboten mit Geräten. Hierfür müssen barrierefreie und technisch intakte Parkanlagen zur Verfügung stehen. Der Thementisch „Sportvereine“ legte den Fokus auf neue Konzepte, die Gesundheit und Gesel-





ligkeit in den Lebenswelten der Menschen verbinden und Verknüpfungen zwischen den Akteuren herstellen. Resultat des Thementisches „Einrichtung der Gemeinwesenarbeit“ war, dass es vor Ort – in Stadtteilzentren, Nachbarschaftshäusern, Seniorenclubs und Mehrgenerationenhäusern – bereits viele Bewegungsangebote für ältere Menschen gibt, die auch gut angenommen werden. Langfristigere und nachhaltigere Finanzierungsstrategien würden jedoch helfen, noch mehr Projekte gemeinsam

mit den Menschen in deren Lebenswelten zu realisieren. So können Zugangswege und Möglichkeiten des Empowerments noch stärker in den Blick genommen werden. Thementisch-übergreifend wurde als zentraler Knackpunkt das Thema „Vernetzung und Kooperation“ erarbeitet. Alle Bereiche sind gefordert, ihre Ressourcen zu bündeln und ressortübergreifende Aktionen zu implementieren, um gemeinsam noch effektiver zu handeln und so mehr ältere Menschen zu Bewegung zu animieren.

Workshop IV „Herausforderungen und Wege der Fachkräftesicherung in der stationären Kranken- und Altenpflege“

Der demografische Wandel und der steigende Anteil hochaltriger Menschen stellt die pflegerische Versorgung aktuell und zukünftig vor große Herausforderungen. Zudem versucht der Gesetzgeber dem wachsenden Fachkräftebedarf auf unterschiedlichen Wegen zu begegnen. Neben der Stärkung des Pflegepersonals in stationären Einrichtungen soll zukünftig auch die Pflegeausbildung reformiert werden. Doch reichen diese Maßnahmen aus? Welche Chancen stecken z. B. in der interkulturellen Öffnung der Pflege?

Folgende Thesen und Leitfragen wurden in dem Workshop diskutiert:

- **Leitfrage:** Wie steht es um den Fachkräftebedarf in der Pflege vor dem Hintergrund der wachsenden Stadt Berlin?

These: Die Arbeit in Pflegeberufen ist hoch belastend für Körper und Seele. Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Belastungen beeinträchtigen Pflegekräfte und hindern viele daran, ihren Beruf über ein gesamtes Berufsleben auszuüben.



- **Leitfrage:** Wie kann der Fachkräftebedarf künftig gesichert werden? Welche Kompetenzen braucht es angesichts des sozialen und demografischen Wandels (IKÖ, Demenz etc.)? Was bedeutet das für Ausbildung und Qualifizierung?

These: Um Pflegepersonal zu gewinnen, braucht es attraktive Rahmenbedingungen: Gute Ausbildung, angemessene Bezahlung, ausreichende Pflegekräfteschlüssel und eine Wertschätzung dem Beruf gegenüber in der Gesellschaft, im Betrieb und bei den anderen Gesundheitsberufen im Team sind erforderlich.

- **Leitfrage:** Wie können die Fachkräfte unter veränderten Rahmenbedingungen gut und gesund arbeiten?

These: Die Arbeit ist gesundheitsgerecht zu gestalten, am Patienten orientiert, die Arbeitsabläufe und Prozesse sowie die Schichten aufeinander abgestimmt. Dabei kommt Digitalisierung und Robotik zum Einsatz.

Programmablauf:

Input „Fachkräftesicherung in der Krankenhausplanung“

Marc Schreiner, Berliner Krankenhausgesellschaft

Diskussion an Thementischen und Entwicklung von Thesen

Thementisch Fachkräfte- und Kompetenzbedarf: Marc Schreiner, Berliner Krankenhausgesellschaft

Thementisch Gesund Arbeiten: Dr. Robert Rath, Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi)

Thementisch Fachkräftesicherung: Elke Ahlhoff, ArbeitGestalten Beratungsgesellschaft GmbH

Moderation: Dr. Robert Rath, Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit (LAGetSi)



Gute Rahmenbedingungen im Arbeitsalltag und Wertschätzung sichern Fachkräfte



Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals
www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe
www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html

Berlin wird sozialräumlich unterschiedlich älter und internationaler. Daher muss u. a. auch die Pflege kultursensibler und -kompetenter werden. Marc Schreiner, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft erläuterte die Herausforderungen für den stationären Pflegebereich, welche aktuellen gesetzlichen Veränderungen geplant sind und wie diese wirken können.

Um den Fachkräftebedarf in der stationären Pflege zu decken, müssen die aktuell Beschäftigten einerseits gesichert und andererseits neue Fachkräfte gewonnen werden. Hierfür gilt es gute und gesunde Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu gestalten. Denn trotz hoher anfänglicher Motivation für ihren Beruf, sind viele Pflegekräfte mit körperlichen und psychischen Belastungen im Arbeitsalltag kon-

frontiert. Dies führt häufig zu Berufswechseln und zum frühzeitigen Ausscheiden aus dem Berufsleben – teils lange vor Beginn des Renteneintrittsalters. Um diesem Trend entgegenzuwirken, ist bereits während der Ausbildung zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz zu sensibilisieren. Die Entwicklung eines guten persönlichen Gesundheitsbewusstseins wie auch von Bewältigungsstrategien sollte gefördert werden, um besser mit den beruflichen Belastungen umgehen zu können. Parallel sind zur Entlastung der Fachkräfte die unterstützenden digitalen Möglichkeiten (z. B. bei der Dokumentation) sinnvoll zu nutzen. Durch die Gestaltung der Arbeitsabläufe an den Bedarfen und Möglichkeiten von Pflegekräften, z. B. in Form der individuellen Abstimmung der Schichtpläne, können gute Rahmenbedingungen für ein gesundes Arbeiten geschaffen werden. Betriebliche Gesundheitsförderung und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind bspw. hierbei wichtige Handlungspunkte. Diese Aspekte sind kooperativ im gegenseitigen Einvernehmen auszuhandeln. Um Forderungen der Pflegekräfte zu stärken, sollten sie sich in Kooperationen zusammenschließen und gewerkschaftlich engagieren.

Dem Pflegeberuf wird gesellschaftlich eine hohe Bedeutung beigemessen. Dies sollte sich auch in der Wertschätzung von Pflegekräften widerspiegeln, beispielsweise durch Verbesserung der Rahmenbedingungen und Karrierechancen. So würde sich die Attraktivität des Berufs erhöhen. Wertschätzung, die sich intersektoral dadurch darstellt, dass die verschiedenen Dienstleistenden sich als Team am Patienten und an der Patientin sehen, gemeinschaftlich kooperativ arbeiten und deren Arbeit angemessen entlohnt wird.



Herzlich Willkommen zur Abschlussveranstaltung der 15. Landesgesundheitskonferenz

Wachsende Stadt – Gesunde Stadt: Alterung und Zuwanderung in Berlin



Die Fachstelle wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung finanziert. Träger ist Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.



Abschlussdiskussion

Podium:

- Aleksander Dzembitzki, Staatssekretär für Sport, Senatsverwaltung für Inneres und Sport
- Beate Profé, Abteilungsleitung Stadtplanung, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin
- Sabine Schweele, Leitung Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg
- Daniel Tietze, Staatssekretär für Integration, Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
- Boris Velter, Staatssekretär für Gesundheit, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Wie Berlin als lebenswerte Stadt erhalten und ausgebaut werden kann, wird derzeit in vielen Politikressorts leidenschaftlich diskutiert. Stadtentwicklung wird neu gedacht, Konzepte für künftiges Arbeiten und Mobilität entwickelt und über die gesundheitliche und soziale Infrastruktur beraten. Im Gesundheitsbereich wurden bereits Strategien entwickelt, um auf die Herausforderungen einer sich verändernden Stadtgesellschaft zu reagieren. Diese Lösungsansätze wurden in Anlehnung an den Health in all Policies-Ansatz in der Abschlussdiskussion besprochen.

HEALTH IN ALL POLICIES-ANSATZ:

„Gesundheit in allen Politikfeldern verankern“ beschreibt das Ziel, das Thema Gesundheit in alle Politikfelder hineinzutragen, um Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam zu fördern. Das bedeutet, dass strukturelle Voraussetzungen für diese Verankerung geschaffen (z. B. politikfeldübergreifende Arbeitszusammenhänge) und die Entscheidungsprozesse entsprechend neu ausgerichtet werden müssen.

Wie kann Diversität im Gesundheitswesen gefördert werden?

Daniel Tietze: Diversität im Gesundheitswesen zu gestalten, stellt alle Beteiligten vor drei große Herausforderungen. Es gilt zum einen, die Potentiale einer bunten und diversen Stadt mit hoher Zuwanderung wie Berlin zu nutzen und somit dem Fachkräftemangel zu begegnen.

Zum anderen benötigen die Akteure einen transparenten Überblick über Leistungen und Angebote der Gesundheitsversorgung und Pflege. Dazu zählen beispielsweise die über 200 Integrationslotsinnen und -lotsen in Berlin, zu deren Aufgaben es zählt, auf kultursensible Angebote hinzuweisen, Familien zu besuchen und einen Zugang zum komplizierten Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Als dritte Herausforderung ist das Regelsystem kultur- und wertsensibel aufzustellen. Dies kann mit Hilfe von Qualitätszirkeln und Qualitätsstandards für die interkulturelle Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gelingen.



Erfahrungen von kulturübergreifenden Barrieren, Diskriminierung, Verständigungsprobleme und mangelndes Vertrauen in Institutionen sind aufzugreifen, um im gemeinsamen Dialog das Regelsystem stärker interkulturell auszurichten. Da das Regelsystem aktuell noch vor großen quantitativen Herausforderungen steht, benötigen wir weiterhin Brückenbauerinnen und Brückenbauer, um allen einen gleichen Zugang zu ermöglichen. Jedoch ist das System perspektivisch so auszurichten, dass diese zukünftig nicht mehr benötigt werden.

Sabine Schwele: Aus Sicht der Bezirks- und Fachebene ist Zuwanderung nichts Neues. Wir konnten damit bereits vielfältige Erfahrungen sammeln. Viele Einrichtungen haben sich darauf bereits eingestellt, auch bezüglich ihrer Beschäftigten. Insofern besteht ein gewisses Selbstverständnis, dass Vielfalt eine Chance ist und dass wir uns in eine Richtung entwickeln müssen, in der Diversität der Normalfall ist. Um die Übergänge zu meistern, benötigen wir viele niedrigschwellige Beratungsangebote und so wenig Brückenbauende oder Parallelsysteme wie möglich, aber so viele wie nötig. Die vorhandenen guten Strukturen vor Ort, die Stadtteileinrichtungen, Familienzentren und Pflegestützpunkte sind zu stärken, ebenso wie die Entwicklung der interkulturellen Öffnung. Eine verlässliche Möglichkeit der Sprach- und Kulturmittlung ist notwendig, ohne Probleme mit der Finanzierung und ohne großen bürokratischen Aufwand. Daher wäre ein Sicherstellungsauftrag für muttersprachliche oder gedolmetschte ärztliche Versorgung ein gutes Ziel für Berlin.

Aleksander Dzembitzki: Es dürfen keine Unterschiede zwischen der Gesundheitskompetenz von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gemacht werden. Beide Gruppen müssen diese vermittelt bekommen. Hier hilft die Beteiligung am sozialen und kulturellen Leben wie z. B. in Vereinen und das Erlernen der Sprache. Im Rahmen des Teilhabe-Programms werden auch Projekte zur Integration von Geflüchteten getragen. Geflüchtete sollen zudem als Übungsleiterinnen und Übungsleiter qualifiziert werden, um dabei zu helfen, Sprachbarrieren zu überwinden.

Boris Velter: Im kommenden Haushalt plant die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung eine Initiative zur Verbesserung der Sprachkompetenz und Sprachmittlung. Der Gemeindedolmetschdienst ist bereits ausgebaut, fokussiert sich in der Arbeit allerdings auf den öffentlichen Gesundheitsdienst. Ergänzend wollen wir auch bei Trägern, in Arztpraxen und in Krankenhäusern Sprachmittlerinnen und -mittler einsetzen.

Zudem möchten wir einen Fokus auf die digitalen Kompetenzen legen. Medienkompetenz wird auch hinsichtlich medizinischer Kompetenz in der Zukunft ausschlaggebend sein, was eine weitere Gefahr, die Gesellschaft zu spalten, in sich birgt. Hier ist bereits in der Kita und Schule gegenzusteuern.

Älter werden im Quartier/ Wohnen

Beate Profé: Nach der aktuellen Bevölkerungsprognose haben wir vielfältige Herausforderungen zu bestehen. Die Verwaltung muss sich

intensiv mit dem Thema Flächenkonkurrenzen beschäftigen. Zu diesem Zweck erarbeiten wir momentan Stadtentwicklungspläne. Der Stadtentwicklungsplan Wohnen ist mit der Schwierigkeit eines großen Wohnungsbedarfs – ca. 200.000 neue Wohnungen bis 2030 – bei geringem Flächenangebot konfrontiert. Hierüber sollen auch bezahlbare Mieten gewährleistet werden sowie Räumlichkeiten für Träger, die vielfältige soziale Aktivitäten ermöglichen. Der Stadtentwicklungsplan Zentren bezieht sich auf das System des Einkaufs und der Versorgung in Berlin. Da dies möglichst wohnungsnah erreichbar sein muss, arbeiten wir an einer kleinräumigen Versorgungsstruktur. Daher wollen wir Zentren stärken, die den alltäglichen Einkauf und weitere z. B. ärztliche oder behördliche Dienstleistungen zusammenführen. Bezüglich des Stadtentwicklungsplans Wirtschaft ist es wichtig, wirtschaftliche Flächen nicht in Konkurrenz zu anderen bereitzustellen. Des Weiteren wird eine Rahmenstrategie zum Thema Soziale Infrastruktur erarbeitet, um den Bestand an öffentlichen Einrichtungen weiterhin zu gewährleisten. Parallel hierzu wird zu Fragen des ÖPNV sowie des Fuß- und Radverkehrs ein Stadtentwicklungsplan zum Thema Mobilität von der Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz erstellt.

Aleksander Dzembitzki: Sport trägt zum gesunden Älterwerden bei. Daher müssen wir Wege finden, Menschen für den Sport zu begeistern. Im Rahmen der Berliner Schulbau-Offensive werden 5,5 Milliarden Euro investiert und über 250 Sporthallenteile gebaut. Im Weiteren entstehen Sportentwicklungspläne mit Vernetzungsgedanken, sodass die Hallen z. B. am Vormittag auch für Seniorinnen und Senioren, Musikschulen oder andere kulturelle Angebote zugänglich sind. Um die Lebensqualität zu erhöhen, ist es im Zuge verwaltungsübergreifender Arbeit wichtig, das Thema Bewegung in die Stadtentwicklungsausschüsse zu integrieren. Bewegungsflächen für Jung und Alt dürfen bei der Planung nicht außer Acht gelassen werden.

Alle hier lebenden Menschen zu erreichen, lässt den klassischen Sport angesichts der vielfältigen Berliner Bevölkerungsstruktur an seine Grenzen stoßen. Um Menschen für ein gesundes Leben zu motivieren, haben wir etwa das Programm „Stark im Park“ unter der Dachmar-



ke „Berlin bewegt sich“ entwickelt. Dabei ist es wichtig, dass qualifiziertes Fachpersonal die Angebote anleitet. Die Senatsverwaltung für Sport wird zusammen mit der Gesundheitsverwaltung das Programm weiter qualifizieren und die Angebote ausbauen. Seniorinnen und Senioren müssen auch darüber hinaus besser erreicht und für den Sport gewonnen werden, beispielsweise durch kreative Ansätze des Zugehens auf Altenwohnheime. Dies könnte im Rahmen des Teilhabe-Programms finanziert werden, wofür über 850.000 Euro im Jahr zur Verfügung stehen.

Sabine Schweele: Auch auf der Bezirksebene gilt es, die Versäulung der verschiedenen Sektoren abzubauen und miteinander unter dem Stichwort „Health in All Policies“ zu kooperieren. Denn jedes Ressort hat Auswirkung auf die Lebensqualität im Bezirk. Daher müssen Planungsprozesse stärker aufeinander abgestimmt und die anstehende Verdichtung gesundheitsförderlich gestaltet werden. Für lebenswerte Quartiere braucht es nicht nur neue Wohnungen, sondern auch die dazugehörige Infrastruktur inklusive des Erhalts von Freiflächen, Grünflächen und Luftzügen. Hinsichtlich der Gesundheitsförderung sind Quartiere und der öffentliche Raum insgesamt bewegungsförderlicher zu gestalten, beispielsweise für den Ausbau der Radwege, Möglichkeiten für den nichtorganisierten Sport und mit niedrighwelligen Anreizen zur Bewegung im Alltag. Zudem sind Kommunikations- und Begegnungsorte im öffentlichen



Raum mit Aufenthaltsqualität zu schaffen und die Mehrfachnutzung von Flächen stärker zu entwickeln.

Fachkräftesicherung

Boris Velter: In einer wachsenden Stadt müssen wir gemeinsam Lösungswege beschreiten und Ziele definieren. Der Fachkräftemangel stellt eine zentrale Baustelle der gesamten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dar. Berlin ist bezüglich des Arbeitskräftepotenzials durch die Zuwanderung in einer vergleichsweise glücklichen Position, da die Migrantinnen und Migranten überwiegend jung sind. Dennoch bestehen auch spezifische Herausforderungen. Die hohe Belastung in Gesundheitsberufen führt dazu, dass Beschäftigte kürzer im Job verweilen. An einem runden



GESETZ ZUR STÄRKUNG DES PFLEGEPERSONALS (PFLEGEPERSONAL- STÄRKUNGSGESETZ – PPSG)

Mit dem Gesetz sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden. Jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle soll vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm wird damit ausgebaut.

Tisch werden hierzu in Berlin Lösungsideen zusammengetragen. Zudem sollen sich die Akteure im Pflegebereich dazu verpflichten, die Arbeitssituation zu verbessern. Dank der neuen Bundesgesetzgebung ist die Finanzierung der Pflege im Krankenhaus künftig nicht mehr der restriktive Faktor. Als Land Berlin unterstützen wir bundesgesetzliche Tarifregelungen in der Altenpflege. Zudem soll die Attraktivität der Pflegeberufe durch den Wechsel

zur generalisierten Pflegeausbildung gestärkt werden. Diese Transformation wird das System deutlich verändern und kann zumindest temporär zusätzlich zu Verschiebungen zwischen Kranken-, Kinder- und Altenpflege führen, was die Anziehungskraft der einzelnen Bereiche angeht.

Daniel Tietze: Unternehmen sind angehalten, unter Einsatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Arbeitskräfte langfristig an sich zu binden und den Krankenstand so niedrig wie möglich zu halten. Das ist auch im öffentlichen Dienst eine große Herausforderung. Der Senat und die Bezirke forcieren das Gesundheitsmanagement, um langfristig die Gesundheit der Angestellten zu optimieren, Stressoren und Belastungen aufzufangen und Ausfälle aus psychischen oder körperlichen Gründen zu vermeiden. Als Senatsverwaltung haben wir derzeit einen sehr hohen Personalbedarf, u. a. aufgrund von neuen Stellenbesetzungen durch Entlassungen in den Ruhestand. Unterstützen sollen hierbei ein Gesundheits- und Wissensmanagement sowie ein Verantwortungszuwachs bei Führungskräften und Entscheidungsträgern.

Projektmesse der 15. Landesgesundheitskonferenz

In diesem Jahr informierten Akteure im Rahmen einer Projektmesse zu den Schwerpunkten der Veranstaltung. Zahlreiche Informationsmaterialien und Ansprechpersonen der einzelnen Institutionen förderten einen regen Austausch mit den Teilnehmenden.

Folgende Institutionen waren vertreten:

- Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung/Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
- Health Capital – Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg
- kom•zen – Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe
- Landessportbund Berlin e. V.
- Berliner Mobilitätshilfedienste
- QVNIA – Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e. V.
- SEKIS – Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung





Die LGK und ihre Mitglieder

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

Zentrales Anliegen der LGK ist es, die gesundheitlichen Lebensbedingungen in Berlin, die gesundheitliche Versorgung und die gesundheitliche Lage der Berliner Bevölkerung zu verbessern. Dazu ermitteln und priorisieren die Mitglieder der LGK relevante Problemfelder der gesundheitlichen Versorgung in Berlin und formulieren Gesundheitsziele. Ziel dieser an die Regierung des Landes Berlin gerichteten gesundheitspolitischen Empfehlungen ist es, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen. Die Umsetzung erfolgt im

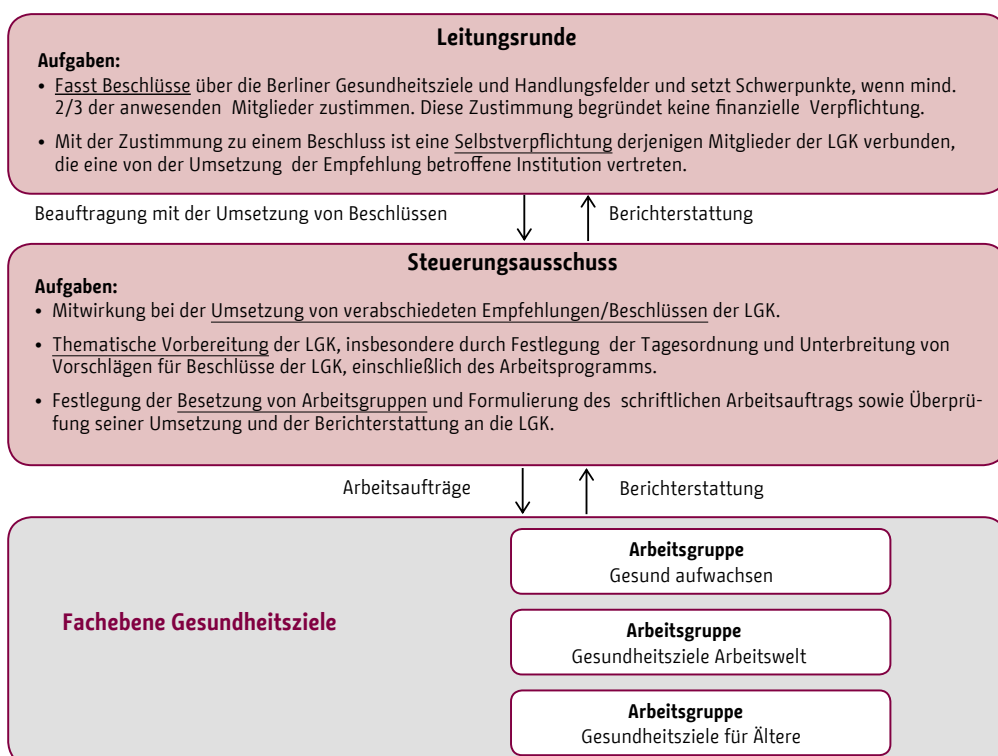
Rahmen der Selbstverpflichtung ihrer Mitglieder. Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz werden durch das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats berufen. Die Landesgesundheitskonferenz verständigt sich auf Basis freiwilliger Übereinkunft zu gemeinsamen Strategien für ein gesundes Berlin. 30 Berliner Institutionen und Verbände sind derzeit Mitglied der Landesgesundheitskonferenz.

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



Weitere Informationen zur Arbeit der Landesgesundheitskonferenz finden Sie in der Broschüre „Die Landesgesundheitskonferenz“ auf unserer Website unter: www.berlin.gesundheitfoerdern.de

Gremien und Struktur der Landesgesundheitskonferenz



Quelle: eigene Darstellung (2016)

Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz werden durch die Gesundheitsministerin/den Gesundheitsminister berufen. Die Landesgesundheitskonferenz tagt unter ihrem/seinem Vorsitz und verständigt sich auf Basis der freiwilligen Selbstverpflichtung zu gemeinsamen Strategien für ein gesundes Berlin. 30 Berliner Institutionen und Verbände sind derzeit Mitglied der Landesgesundheitskonferenz.

- Ärztekammer Berlin
- AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- Berlin School of Public Health
- Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG)
- Bezirke (vier für Gesundheit zuständige Bezirksstadträte oder -stadträtinnen)
- BIG direkt gesund
- BKK-Landesverband Mitte
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Nordost
- Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
- DGB Bezirk Berlin-Brandenburg
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
- Handwerkskammer Berlin
- IKK Brandenburg und Berlin
- IHK Berlin
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin
- Knappschaft-Bahn-See Regionaldirektion Berlin
- Landessportbund Berlin e. V.
- LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Berlin
- Patientenbeauftragte des Landes Berlin
- Psychotherapeutenkammer Berlin
- Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS)
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
- Senatsverwaltung für Inneres und Sport
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen
- Unternehmensverbände Berlin-Brandenburg
- vdek – Landesvertretung Berlin/Brandenburg
- Zahnärztekammer Berlin

Die LGK in Zahlen



42
Referierende
und
Moderierende

250
Teil-
nehmende



4
parallele
Fachforen

73%
hat das
Programm
sehr gut oder
gut gefallen

Über die Fachstelle



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

Aufgaben der Fachstelle

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

Geschäftsstellenfunktion der Landesgesundheitskonferenz Berlin:

- fachliche Unterstützung der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz, zum Beispiel bei der Erarbeitung, Umsetzung und Beobachtung der Gesundheitszielprozesse
- fachliche Vor- und Nachbereitung der Gremien der Landesgesundheitskonferenz Berlin, dies sind die Leitungsrunde, der Steuerungsausschuss sowie die Arbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz
- Durchführung der jährlich stattfindenden öffentlichen Landesgesundheitskonferenz
- Konzeption und Durchführung thematischer Gesundheitsforen der Landesgesundheitskonferenz
- Information der Öffentlichkeit über die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz und ihrer Schwerpunkte, so wird beispielsweise vierteljährlich der Newsletter „Gesundheitsförderung aktuell“ herausgegeben, der Informationen aus Land und Bezirken bündelt.

Gesundheitszielprozesse unterstützen

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

Austausch, Verzahnung und Vernetzung

- Die Bezirke tragen entscheidend zur Umsetzung der Berliner Gesundheitsziele bei. Die Fachstelle führt daher einen regelmäßigen Austausch mit den bezirklichen Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (QPK) und unterstützt die Bezirke bei Zielprozessen und bezirklichen Gesundheitskonferenzen.

- Aufgabe ist auch die Zusammenarbeit und Unterstützung anderer Gesundheitsförderungsinitiativen, beispielsweise des Regionalverbands des Gesunde Städte-Netzwerks, der Berliner Initiative für gesunde Arbeit (BIGA) oder des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg.
- Die Fachstelle führt des Weiteren zahlreiche Fachveranstaltungen, Gespräche mit Expertinnen und Experten sowie Workshops durch, um intersektorale und multiprofessionelle Kooperation zu fördern und Akteurinnen und Akteure zu qualifizieren.
- Wichtige Partner sind die Fachstelle für Suchtprävention Berlin, die in diesem Themenfeld zahlreiche Präventionsaktivitäten durchführt sowie das Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen), angesichts der Zielsetzung, Menschen anderer Herkunftsländer mit Präventionsangeboten zu erreichen und die Akteurinnen und Akteure zu sensibilisieren.

Weitere Informationen unter:

www.berlin.gesundheitfoerdern.de





