

# Gesund alt werden in Berlin – Potentiale und Strategien

Gesundheit Berlin (Hrsg.)





Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.)

# **Gesund alt werden in Berlin – Potentiale und Strategien**

Dokumentation der Fachtagung vom  
Mittwoch, 29. Juni 2007 in Berlin

## Impressum

Verlag: Gesundheit Berlin e.V.  
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin  
Copyright © 2007 Gesundheit Berlin e.V.

Redaktion: Rike Hertwig, Stefan Pospiech, Dr. Heinz Trommer  
Satz: Rike Hertwig  
Umschlaggestaltung: Artur Mattern  
Printed in Germany, 2007  
Druck: Mit freundlicher Unterstützung der Techniker Krankenkasse  
Landesvertretung Berlin Brandenburg  
ISBN: 3-939012-07-6

## Inhaltsverzeichnis

Grußwort: Gesund alt werden in Berlin .....	5
Beteiligung – Schlüssel erfolgreicher Seniorenpolitik.....	7
Welche Ressourcen und Potenziale für Gesundheit brauchen wir im Alter? .....	11
Soziale Ungleichheit – gesundheitliche Ungleichheit – auch im Alter? Schlussfolgerungen für Prävention .....	19
Protokoll der Arbeitsgruppe 1 „Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier“ .....	29
Protokoll der Arbeitsgruppe 2 „Politisch und bürgerschaftlich aktiv im Alter“ .....	41
Protokoll der Arbeitsgruppe 3 „Konzepte und Strategien wohnortnaher Versorgung“ .....	53
Abschlussplenum „Gesund Altern – Strategien in Berlin“ .....	67
Sonderdruck: Ressourcen und Potenziale für Gesundheit im Alter .....	71
Literaturempfehlungen des Arbeitskreises „Altern und Gesundheit“ von Gesundheit Berlin.	77
Autorinnen und Autoren.....	78

## **Grußwort: Gesund alt werden in Berlin**

*Felicitas Kubala*

Als Vorsitzende des Gesundheitssausschusses heiÙe ich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachtagung „Gesund alt werden in Berlin – Potentiale und Strategien“ im Berliner Abgeordnetenhaus herzlich willkommen.

Das Thema demografischer Wandel – und damit auch alle Fragen einer älter werdenden Gesellschaft - steht zur Zeit an der Spitze der politischen Agenda. Ein Querschnittsthema, das für alle Politikbereiche eine Herausforderung ist: Für die Sozialpolitik, die ihren Blickwinkel auf das Problem der Altersarmut richtet, aber auch die Potentiale bürgerschaftlichen Engagements einbezieht, die Stadtentwicklungspolitik über die Bereitstellung altersgerechter und an den individuellen Bedürfnissen ausgerichteter Wohnungen und einer Verkehrspolitik, die noch stärker die Bedürfnisse mobilitätseingeschränkter Menschen berücksichtigen muss. Und nicht zuletzt das Thema Gesundheit im Alter, das im Abgeordnetenhaus nicht nur im Ausschuss für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, sondern auch im Sportausschuss beraten wird, der in der letzten Wahlperiode zum Thema „Gesund und fit im Alter“ eine Experten-Anhörung durchführte.

Das Alter - Die Alten - suggeriert in der öffentlichen Diskussion allzu oft, es handle sich hier um eine homogene Gruppe von Menschen mit gleichen Bedürfnissen und gleichem Status. Dass dies bei weitem nicht so ist, beschreibt auch Dr. Trommer im Sonderdruck zu dieser Tagung sehr anschaulich. Ob jung oder alt – Menschen haben sehr unterschiedliche Bedürfnisse, sind mehr oder weniger fit und aktiv, stehen in der Erwerbsarbeit oder leisten ehrenamtliche Dienste, unterscheiden sich bei ihrem finanziellen Status, ihrer Herkunft und vielem mehr. Diese Vielfalt von Lebensweisen und Bedürfnissen muss auch in der Diskussion um eine älter werdende Gesellschaft ihren Ausdruck finden.

Wir stehen am Anfang der Diskussion um den demografischen Wandel – in der Gesellschaft und auch hier im Berliner Abgeordnetenhaus. Der Gesundheitsausschuss hat für die Tagung „Gesund alt werden in Berlin“ die Schirmherrschaft übernommen, weil die Abgeordneten bei ihrer Beratung und Meinungsbildung im Parlament auf die Diskussion mit Bürgerinnen und Bürgern, Verbänden und Organisationen, d.h. den gesellschaftlichen Akteuren angewiesen sind.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Veranstaltung mit vielen neuen Erkenntnissen und ich hoffe, dass nicht zuletzt der Veranstaltungsort Sie dazu inspiriert, Impulse zurück in die Politik zu geben.



## **Beteiligung – Schlüssel erfolgreicher Seniorenpolitik**

*Kerstin Liebich*

der Titel Ihrer Fachtagung lautet „Gesund alt werden in Berlin – Potenziale und Strategien“. Ein Potenzial können Sie jetzt gleich erproben und unter Beweis stellen. Die Phantasie!

Bitte stellen Sie sich eine sehr viel schlankere und zähere Frau, etwa gleich groß, ergraute Haare vor. Tatendrang und Energie ungebrochen. Denken Sie sich noch den Titel und die Ausstrahlung einer Ministerin dazu. Meine, Ihre Senatorin.

Ich übermittle Ihnen herzliche Grüße.

Ich habe den Termin zugegebener Maßen gern übernommen. Bin ich doch ein paar Jahre für den Bereich Gesundheit und Soziales im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg zuständig gewesen. Ich habe heute viele bekannte Gesichter gesehen, das freut mich.

Da ich sehr kurzfristig eingesprungen bin, will ich Ihnen gern vortragen, was Frau Dr. Knake-Werner Ihnen darstellen wollte. Sehen Sie es mir nach, dass ich auch eigene Gedanken einfließen lassen werde.

Alle Welt spricht vom demographischen Wandel – wir im Senat auch und deshalb haben wir uns ressortübergreifend vorgenommen, ein Demographie-Konzept für Berlin zu entwickeln. Dabei geht es selbstverständlich nicht nur um die Verbesserung der Lebensqualität der älter werdenden Gesellschaft, sondern auch darum, die Attraktivität Berlins für junge Menschen weiter zu entwickeln und das generationsübergreifende Zusammenleben in unserer Stadt zu fördern – die generationengerechte Stadt ist unser Zukunftsbild. Ich will mich an dieser Stelle aber auf die Situation der älteren Generation in Berlin konzentrieren.

Wir wissen, die Lebenserwartung ist gestiegen, auch in Berlin werden die Menschen älter und das besonders Erfreuliche dabei ist, dass immer mehr Ältere ihren so genannten dritten Lebensabschnitt gesund, fit und mit ungebrochenem Tatendrang erleben dürfen.

Die jungen Alten sitzen längst nicht mehr im Lehnstuhl, sie unterstützen tatkräftig ihre Kinder und Enkel oder helfen Freunden und Nachbarn.

Die älteren Menschen in Berlin sind aktiv, sie wollen ihr Leben selbstbestimmt gestalten, sich einmischen und Verantwortung in ihrem Lebensumfeld übernehmen.

Sie wollen lebenslange Erfahrungen und ihr Wissen gewinnbringend für die Allgemeinheit und im Gemeinwohlinteresse einsetzen. Ich denke, keine Gesellschaft kann auf diese Kompetenzen verzichten.

Mit der Fortentwicklung der Leitlinien zur Seniorenpolitik haben wir –meine ich- dieser Entwicklung Rechnung getragen in dem Bewusstsein, dass sich Berlin der Zukunftsaufgabe - Perspektiven für eine älter werdende Gesellschaft zu entwickeln - stellen muss.

Deshalb haben wir in den Leitlinien deutlich gemacht, dass wir nicht mehr und nur über Defizite reden wollen, sondern über die Kompetenzen von älteren Menschen.

Was heißt das?

Viel zu lange ist die Diskussion um die älter werdende Gesellschaft unter dem Aspekt der Belastung der Sozialversicherungssysteme (Renten, Kosten im Gesundheitswesen) geführt worden. Unerträgliche Debatten darüber welche Gesundheitsleistungen wem in welchem Alter zustehen waren keine Seltenheit.

Dabei profitiert unsere Gemeinschaft von dem Wissen und Können, der Weisheit, den Erfahrungen und den Geschichten von älteren Zeitgenossen.

Deshalb ist es gut, dass der 5. Altenbericht der Bundesregierung unter der Überschrift „Potentiale des Alters“ herausgebracht wurde und nun auch von dieser Seite deutlich gemacht wird, dass die Potentiale, Kompetenzen und Erfahrungen für die Bewältigung der Zukunftsaufgaben unserer Gesellschaft unverzichtbar sind.

Seniorenpolitik ist deshalb zu recht ein zentrales ressortübergreifendes Politikfeld, auch das spiegeln unsere Leitlinien wider.

Wir haben 2005 bei der Fortschreibung neue Themen aufgenommen, z.B.

- Wohnen im Alter – gefragt sind neue Wohnformen
- Fragen des Verbraucherschutzes – Verbraucherinformation, Transparenz, um Ältere in ihren Entscheidungen zu stärken
- Migrantinnen – Interkulturelle Öffnung der Regelsysteme
- Lesben und Schwule

Die Leitlinien sind kein Altenplan (schon das Wort ist schrecklich), sondern sie bilden die Grundlage für die Politikentwicklung der nächsten Jahre des Senats gemeinsam mit Verbänden, Initiativen und vor allem den Senioren selbst.

Und damit sind wir, denke ich, beim entscheidenden Punkt.

### **Wie gelingt es uns, die Gestaltungsansprüche von Senior/innen einzubeziehen und dauerhaft abzusichern?**

Ich bin überzeugt davon, dass das Gefühl bzw. die Bestätigung gebraucht zu werden, sich sinnvoll einbringen zu können, unbestrittene Rechte zu haben, nicht nur aktiviert, sondern auch gesund erhält und darum geht es ja heute.

Die Bewältigung der sich aus der Alterung der Gesellschaft (besser: Unterjüngung) ergebenden Aufgaben ist eine politische Querschnittsaufgabe, zu der sich der Senat bekannt hat. Alle Senatsressorts haben an der Entwicklung der Leitlinien mitgewirkt.

Nun könnte man daran erinnern, dass es erste Überlegungen für ein Seniorenmitwirkungs-gesetz schon vor vielen Jahren gab, dass die Gedanken sich an dem Vorbild aus Österreich orientiert haben. Aber viel wichtiger ist es, an die konsequente Einmischung und das Einfordern der eigenen Rechte von Senioren zu erinnern. Denn ohne diese lauten Stimmen und die gesellschaftliche Debatte in Berlin, wären wir sicher noch nicht so weit.

Das Berliner Seniorenmitwirkungs-gesetz ist das erste seiner Art in der Bundesrepublik. Es ist zum 04. Juni 2006 in Kraft getreten. Darauf können Sie, können wir stolz sein.

Wir haben die ersten Seniorenvertretungen inzwischen gewählt und sie arbeiten in allen Berliner Bezirken. Dies ist aber auch der richtige Ort auf Schwierigkeiten hinzuweisen.

Obwohl dem Gesetz eine große Aufmerksamkeit in der politischen Debatte zuteil wurde, haben sich nur sehr wenige Bürgerinnen und Bürger an der Wahl beteiligt. Das ist sehr schade und wir müssen uns nach den Ursachen fragen. Wir müssen die Frage beantworten, wie es uns besser gelingen kann, Seniorinnen und Senioren zu aktivieren.

Auf zwei Möglichkeiten, sich einzubringen, möchte ich an dieser Stelle hinweisen. Bitte besuchen Sie die Internetseiten:

[www.landesseniorenbeirat-berlin.de](http://www.landesseniorenbeirat-berlin.de) , [www.landesseniorenvertretung-berlin.de](http://www.landesseniorenvertretung-berlin.de).

Überzeugen Sie sich, was Seniorinnen und Senioren in dieser Stadt alles auf die Beine stellen und wie vielfältig die Möglichkeiten sind.

Sie werden in der Arbeitsgruppe 2 noch ausführlicher über das Thema reden und ich bin schon sehr gespannt, welche Erkenntnisse Sie erarbeiten. Die Senatorin hat ein großes Interesse, diese praktische Beratung in ihre Arbeit einfließen zu lassen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine erfolgreiche Tagung. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



## Welche Ressourcen und Potenziale für Gesundheit brauchen wir im Alter?

*Dr. Heinz Trommer*

„Wie müsste eine Gesellschaft beschaffen sein, damit ein Mensch auch im Alter ein Mensch bleiben kann? Die Antwort ist einfach. Er muss immer schon als Mensch behandelt worden sein.“ *Simone de Beauvoir*

Schon wieder eine Veranstaltung zum demografischen Wandel? Noch eine Veranstaltung zu Alter und Gesundheit? - In Berlin fanden im ersten Halbjahr dieses Jahres über 25 diesbezügliche Kongresse, Konferenzen, Fachtagungen und Workshops statt. Die Anzahl diesbezüglicher Publikationen ist fast nicht mehr zu verarbeiten.

Was ist die spezielle Zielstellung unserer heutigen Fachtagung?

Im Vordergrund stehen Beratungen über Potenziale und Strategien zur Gesundheitsförderung und Primärprävention für die älteren Generationen in den Berliner Amtsbezirken – insbesondere in den Wohnquartieren.

Deshalb haben wir Sie als Akteure aus verschiedenen Bereichen der Alterspolitik, der Altenhilfe und der Altenselbsthilfe eingeladen. Sie stimmen sicher mit uns überein, dass eine solche komplexe Aufgabenstellung nur sektorenübergreifend, multiprofessionell und interdisziplinär bewältigt werden kann – vor allem immer *gemeinsam mit* der älteren Bevölkerung selbst.

Gesundheit Berlin e.V. verpflichtet sich zu einer Anwaltsfunktion für diese gesundheitsfördernde Aufgabenstellung.

Worum geht es uns heute zum Auftakt dieser Thematik?

- Es geht uns um eine Verständigung zu einer neuen Kultur des Alterns und des Alters
- Es geht uns um eine differenzierte Verständigung zur Gesundheit im Alter
- Es geht uns um konkrete Schlussfolgerungen für Gesundheitsförderung und Primärprävention der älteren Generationen in den Berliner Stadtbezirken, Stadtteilen und Wohnquartieren.

Wir konzentrieren uns bewusst auf drei Handlungsfelder und haben dazu drei Workshops vorbereitet:

- Wie können die Gesundheitsförderung und die Primärprävention durch Netzwerke im Quartier verstärkt werden?
- Wie kann die politische und bürgerschaftliche Teilhabe im Alter aktiviert werden?
- Welche Konzepte für wirksamere wohnortnahe Versorgung werden benötigt?

Andere Handlungsfelder – z. B. Pflege - werden wir in nachfolgenden Veranstaltungen aufnehmen.

Mit der Aussprache in den Workshops sollen - ausgehend von der Beschreibung der aktuellen Bedingungen in den Amtsbezirken - vor allem Schlussfolgerungen, Vorschläge, Forderungen, Empfehlungen zur Veränderung formuliert werden. - In jedem Berliner Amtsbezirk sollte eine Konzeption für eine differenzierte Strategie zum gesunden Altwerden gemeinsam erarbeitet werden!

Insbesondere sind die unterschiedlichen Ressourcen (also vorhandene Kapazitäten) und unterschiedlichen Potenziale (also zu verwirklichende Kapazitäten) der drei Alterskohorten in den Berliner Stadtbezirken differenzierter zu erfassen und zu nutzen. Da liegen große Informationsdefizite - auch bei Professionellen - vor! Dazu benötigen wir wissenschaftlich fundierte Kenntnisse aus Alters- und Gesundheitswissenschaften.

Die folgenden Aussagen werden thesenartig - auf der Grundlage des Ihnen vorliegenden Sonderdrucks<sup>1</sup> - formuliert und mit Konsequenzen für die alltägliche Alterspolitik, Altenhilfe und Altenselbsthilfe verbunden.

### **Altern ist ein lebenslanger Prozess steter Veränderung**

Veränderung ist ein Wesenszug des Lebendigen. Altern ist ein Prozess kontinuierlicher Folgen von Wandlungen und Umgestaltungen. Die Einflüsse von Faktoren, denen das Altern unterliegt, sind vielgestaltig. Warum haben Menschen mit zunehmendem Alter Angst vor Veränderungen?

Schlussfolgerung: Gesund altwerden erfordert eine *aktive* Anpassung an diese Veränderungen, an stete Veränderungen der eigenen Persönlichkeit und der individuellen sozialen Umwelt. D.h., fähig und bereit zu sein, für Veränderungen im eigenen Lebensstil, für hohe Disponibilität in der persönlichen Lebensweise, aber auch für die Gestaltung veränderter kommunaler Rahmenbedingungen.

Es beginnt mit der individuellen Vorbereitung auf das Alter. - Dazu wird mehr Beratung, Unterstützung, direkte Hilfe benötigt. Unsichere Lebenslagen und mangelnde Lebensperspektive initiieren Angst vor Veränderung. Psychische Hemmungen blockieren die Teilhabe am sozialen Leben.

### **Altern ist ein lebenslanger Prozess des physischen, psychischen und sozialen Alterns**

Der Mensch ist ein biopsychosoziales Lebewesen. Altern und Gesundheit sind lebenslange biopsychosoziale Prozesse. - Schlussfolgerung: Die Wechselwirkungen zwischen diesen drei Komponenten sind bewusster im Alltag zu beachten. Es beginnt mit der ärztlichen Diagnostik: noch zu oft dominiert die somatische, die körperliche Beurteilung des Gesundheitszustandes. Somit werden emotionale und soziale Ressourcen verschenkt, zu wenig werden Unterschiede zwischen objektivem Gesundheitszustand und subjektivem Befinden erfasst und beachtet. – Eine ältere Frau schildert, dass sie im Gespräch mit ihrem Hausarzt über Einschränkungen ihrer Befindlichkeit berichtet und als Antwort erhält: „Na, in ihrem Alter ... Was wollen Sie da noch erwarten?“

---

<sup>1</sup> Sonderdruck zur Tagung (siehe Anhang)

Noch zu häufig urteilen wir ausgehend von dem physischen Zustand eines älteren Menschen und unterschätzen seine geistigen Aktivitäten, seine rege Emotionalität, sein Bedürfnis nach sozialer Bindung. Das erlebte Alter entspricht nicht dem biologischen Alter und erst recht nicht dem chronologischen.

### **Alte, ältere und hochbetagte Menschen sind keine homogene soziale Gruppe - mit Zunahme der Lebensdauer gibt es eine immer größere Individualität**

Daraus ergibt sich die Forderung nach einer differenzierteren Arbeit in der Alterspolitik, Altenhilfe und Altenselbsthilfe. Zu oft überwiegen pauschale Angebote an die Alten. Es gelingt zu wenig, Lust, Neugier, Interesse für Angebote zu wecken. Die erforderliche Differenzierung fehlt in vielen Handlungsfeldern. Die Gruppe der jungen Alten hat wesentlich andere Voraussetzungen, Möglichkeiten, Wünsche, Erwartungen als die Gruppe der Hochbetagten.

Die Zunahme der Hochbetagten stieg in der Zeit seit 1990 um 275 Prozent! Es mangelt jedoch an fundierten Konzepten für die Gruppe der Hochbetagten. Adäquate altersgemäße Angebote für Betreuung und Beratung sind für diese Altersgruppe noch zu erarbeiten und umzusetzen. „Wir möchten nicht nur versorgt werden“, bemerkt ein 90-Jähriger Witwer, der nicht nur seinen Haushalt kompetent selbstständig führt, sondern auch noch mehreren geistigen Interessen nachgeht.

Warum haben wir in Berlin aufsuchende Dienste aufgegeben? In anderen Bundesländern haben sich zum Beispiel präventive Hausbesuche gesundheitsfördernd bewährt - auch kostensenkend. Eine Gratulation zum Neunzigsten reicht nicht.

Aus der Altersforschung von Professor Baltes werden drei Komponenten für die Bewältigung der Alltagsanforderungen bei Veränderungen unseres Erlebens und Verhaltens im Alter empfohlen:

- selektieren (Umfang der Aufgaben reduzieren, bewusst auswählen)
- optimieren (ausgewählte Aufgaben intensiver bewältigen)
- kompensieren. (Schwächen durch Stärken ausgleichen).

Es beginnt mit der Auswahl aus der täglichen Informationsflut: nicht „abschalten“, sondern bewusst auswählen. Auch bei altersbedingten veränderten Lernpotentialen gibt es eine Vielzahl von Kompensationsmöglichkeiten. So werden zum Beispiel altersbedingte veränderte Reaktionsgeschwindigkeiten durch größere Sorgfalt kompensiert. „Es fällt mir manchmal etwas schwer, aber ich weiß mir immer besser zu helfen. Wenn ich den Schraubverschluss mit meinen Rheumahänden nicht öffnen kann, geht das jetzt mit dem Nussknacker.“

Erfahrungsaustausch ist dabei eine unentbehrliche Hilfe zur Selbsthilfe. In der Beratung sollten solche Erkenntnisse der so genannten Theorie der selektiven Optimierung mit Kompensation viel stärker einbezogen werden. Treffen mit gegenseitigen Anregungen in der Begegnungsstätte können gesundheitsfördernd sein. Das Schließen dieser Einrichtungen ist gesundheitsschädigend. Warum gibt es kein Vertrauen in die Potenziale der Selbstorganisation Älterer? Selbstorganisation brauchen wir nicht nur für den Betrieb von Schwimmbädern.

Die spezifische Lebenssituation von Frauen und Männern mit Behinderung im Alter wurde bisher in der Forschung völlig vernachlässigt. Aber gerade diese soziale Gruppe ist für Gesundheitsförderung und Rehabilitation ein wichtiger Partner. Der Behinderte ist Experte seiner Behinderung und kann anderen Betroffenen, die mit einer Behinderung oft überraschend konfrontiert werden, gesundheitsfördernden Beistand geben.

Eine besondere Stärke des Alterns ist das Selbstwertgefühl und die Lebenszufriedenheit. Es gibt immer wieder beeindruckende Beispiele, wie trotz körperlicher Beeinträchtigung des Älteren vor allem durch Vergleich mit der Lebenssituation anderer Lebenszufriedenheit und Lebensmut entsteht.

Veränderungen im sozialen Status sind für viele alte, ältere und hochbetagte Menschen mit bedeutsamen Folgen verbunden. Die Kenntnis der Lebensbiographie ist eine entscheidende Voraussetzung im Umgang mit ihnen, ohne diese verschenken wir vorhandene Ressourcen und vor allem Entwicklungspotenziale. Brüche in der Lebensbiografie sind mit schwerwiegender Entwertung bisheriger Lebensleistungen verbunden. Damit kann im Alter oft ein Lebenswerk zerstört werden. Das gilt auch für die Älteren, die früher in ihrer Heimat hohe persönliche Anerkennung, individuelle Akzeptanz in ihrem sozialen Umfeld gehabt haben und jetzt bei uns in die Gruppe der sozial Benachteiligten eingeordnet werden. – Warum wird der Reichtum dieser Ressourcen nicht bzw. zu gering genutzt?

Hier sind mehr Sensibilität, vertrauensvolle Atmosphäre und die Fähigkeit und Bereitschaft zum Zuhören erforderlich. Wir erwarten von ihnen, den neuen Mitgliedern unserer Gemeinschaft, ein hohes Maß an Anpassung, aber wir selbst haben diese oft zu wenig im hektischen Alltag. Benötigt wird mehr Respekt vor dem kompetenten Handeln des Älteren und dessen Lebensleistung. - Altern als Chance zu erleben beginnt lange vor dem Rentenalter.

### **Die Welt ist nicht größer als das Fenster, das du ihr öffnest**

Gesundes Altern braucht soziale Kommunikation, insbesondere *verlässliche* zwischenmenschliche Beziehungen, emotionale Nähe und das Erlebnis von Geborgenheit sowie das Verstehen und Akzeptieren individueller Lebensstile. „Ich habe jetzt weniger Kontakte, aber auf die kann ich mich absolut verlassen!“ Erst in der Kommunikation werden wir zu politischen Wesen. Ältere, die von sozialer Einsamkeit, von sozialer Isolierung betroffen sind, gibt es in allen Stadtteilen Berlins. Wir kennen sie zu wenig, vor allem nicht die unterschiedlichen Ursachen. Das Ansteigen psychosomatischer Störungen sollte ein Signal sein, das wir ernst nehmen müssen.

Es sind psychosoziale Rahmenbedingungen erforderlich, dass Menschen über ihre Scham und Ängste sprechen – z. B. über befürchtete mögliche Folgen bei dem Antrag sozialer Leistungen, z.B. über die Ursachen für verdeckte Armut. Erlebte Enttäuschungen blockieren aktives Altern. - Ebenso ist wichtig, dass wir unterschiedlich Lebensplanungen respektieren. Das gilt auch für solche Äußerungen einer Frau: „Mit 59 höre ich auf. Dann beginnt das wahre Leben ...“ - Sie hat noch zwei Lebensjahrzehnte vor sich. Wir sollten sie – nach der gewünschten Zeit für Selbstbestimmung - für das Gemeinwohl interessieren.

### **Gefordert werden neue realistischere und zukunftsorientierte Altersbilder**

Keine Generation ist die Kopie der vorangegangenen. Lebensstile und geistige Ansprüche entwickeln sich. Mit anderen Worten: es sind Einstellungen zu verändern, es sind traditions-

gebundene Vorurteile abzubauen. Das gilt für die Einschätzung der Leistungsprofile, für die mögliche kreative Produktivität älterer Arbeitnehmer in Unternehmen und insbesondere im Handwerk. Wenn der physische Einsatz mit 48 Jahren als Dachdecker schwieriger wird, dann kann die Qualifizierung zum Kundenberater eine bedeutsame berufliche Perspektive sein.

Ehrenamtliche Mitarbeiter in allen Lebensbereichen werden immer mehr eine unentbehrliche soziale Gruppe. Deren Ressourcen und Entwicklungspotenziale sind bewusster zu nutzen. Das gilt z. B. für den Einsatz der qualifizierten Seniorentainer, die geeignete Handlungsfelder in den Stadtbezirken und Wohnquartieren benötigen. – Zeit wird im Alter eine der wertvollsten Ressourcen und Potenziale, Zeit als kostbare Lebenszeit. Umso wichtiger ist der Umgang mit verfügbarer Zeit im Alter.

Wesentlich sind enge vertrauensvolle Zusammenarbeit, gegenseitige Akzeptanz zwischen den hauptamtlichen und ehrenamtlichen Akteuren. Vor allem auch der Einbezug dieser engagierten Mitstreiter schon in die Phase der konzeptionellen Arbeit, in die Planung ist wichtig. Eine Erfahrung: Je mehr soziale Bindungen vorhanden sind, umso größer ist die Bereitschaft für bürgerschaftliches Engagement, für die Bereitschaft, sich für das Gemeinwohl einzusetzen.

Für die Motivation ist wesentlich, dass der Ehrenamtliche hautnah *erlebt*, dass er gebraucht wird und wie er zugleich persönlich in dieser Tätigkeit, von seinem Einsatz profitiert. „Oft erhalte ich in der Begegnung mit dem Anderen mehr zurück als ich geben konnte“. Viele wertvolle Impulse für eigene Persönlichkeitsentwicklung werden so gewonnen.

Deshalb an die Adresse aller Bürgermeister, Stadträte, Abteilungsleiter und Mitarbeiter in den Amtsbezirken: sichern sie persönlich einen engen kontinuierlichen Kontakt zu den ehrenamtlichen Akteuren, gewährleisten sie vertrauensbildende Maßnahmen auf allen kommunalen Ebenen. - Noch zu häufig werden intern Papiere ausgearbeitet und dann ohne genügende Information „zum Abnicken vorgelesen“. Sie gewinnen nicht nur Entlastung in Ihrer eigenen umfangreichen Tätigkeit, sondern Sie können mit größerer Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Aktivitäten in ihrem Verantwortungsbereich rechnen.

Altersbilder, Bilder über das Alter und Altern widerspiegeln Grundeinstellungen. So ist der Unterschied bemerkenswert: in Japan spricht man vom „Land des langen Lebens“, in Deutschland von „Vergreisung“...

### **Die Bestimmung, das Verständnis von Gesundheit muss verändert werden**

„Die Gesundheit ist wie das Salz: Man merkt es nur, sobald es fehlt.“ - Es gibt eine Vielzahl von Definitionen zur Gesundheit, die auch in der Praxis Einstellungen und Haltungen beeinflusst. Das gilt insbesondere für subjektiv gebundene Bestimmung von Gesundheit. Mit der erweiterten Definition von Gesundheit werden solche Komponenten wie körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, subjektiv gesundheitliches Befinden, Umgang mit gesundheitlichen Störungen bzw. Einschränkungen, Grad der Lebenszufriedenheit, Ausmaß der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung Lebenseinstellung, Lebensgefühl und Eigenaktivität erfasst. Benötigt wird künftig immer mehr eine Bestimmung, die von der Eigenverantwortung des Individuums ausgeht. Oft hören wir den Spruch: „Wenn mir etwas fehlt, dann gehe ich zu meinem Doktor. Der wird schon alles richten.“. Ein Beispiel, wie fremdbestimmt und wenig gesundheitsbewusst Verhalten sein kann.

Eine unbedingte Voraussetzung für den gesundheitsbewussten Patienten: er kann mit seinem Arzt auf gleicher Augenhöhe sprechen. Er wird als mündiger Bürger ernst genommen. Nur so nutzen wir individuelle Ressourcen und nur so fördern wir Entwicklungspotenziale der Mitarbeiter. Gesundheit ist insofern eine gelungene Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen.

Veränderungen brauchen wir in der Gesundheitsberichterstattung. Viele Berichte, die als „Gesundheitsberichte“ überschrieben sind, enthalten eine Aufzählung und Beschreibung von Krankheiten. Es gibt keine informative Aussage über den (objektiven) Gesundheitszustand, das (subjektive) Gesundheitsbefinden sowie das gesundheitsbewusste Verhalten der Alten, Älteren und Hochbetagten.

### **Das Kernstück der Gesundheit ist die psychische Gesundheit**

Die WHO schätzte ein, dass die psychische Gesundheit weltweit jahrzehntelang nicht nur im Gesundheitswesen vernachlässigt wurde. Das gilt auch für die psychische Gesundheit im Alter. Die Stabilisierung der psychischen Gesundheit im Alter ist eine vorrangige Aufgabe, sie hat einen hohen Stellenwert.

Gegenwärtig wird berichtet über ein steigendes Selbstwertgefühl der Altersgruppe der 65-Jährigen, zugleich gibt es jedoch eine Zunahme von Depressionen, Suiziden und Angstzuständen. Altenhilfe und Altenselbsthilfe haben hier ein verantwortungsreiches Handlungsfeld, um Lebensmut des älteren Menschen zu stärken. Für die Beratung und Unterstützung in lebenskritischen Situationen brauchen wir niedrigschwellige Zugangsformen in den Kommunen. Der Verlust der Selbstkontrolle führt zu schwerwiegenden Folgen – z. B. dem Verlust innerer Ruhe. Und das macht krank

### **Altern und Gesundheit beginnen im Kopf**

Die Plastizität des Gehirns hat wesentlichen Einfluss auf gesundes Altwerden. Aus nachgewiesenen Wechselwirkungen zwischen der Leistungsfähigkeit des Gehirns im Alter mit äußeren Umweltbedingungen können wertvolle Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden.

Es gibt eine große Anzahl diesbezüglicher Studien, die nicht bekannt sind und deshalb auch nicht umgesetzt werden. Leistungssteigerung und Selbstreparatur des Gehirns ist bis in das hohe Alter möglich. Wir verschenken Ressourcen und Potentiale, weil wir Erkenntnisse der Hirnforschung, der Neurobiologie und der Gerontologie nicht ausreichend in unsere praktische Arbeit einbeziehen.

Vor allem sind sie ungenügend Bestandteile der Fort- und Weiterbildung von Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen. Ein Beispiel: der 25-Jährige Mitarbeiter im Gesundheitsamt braucht für seine altersfreundliche Tätigkeit entsprechende diesbezügliche fundierte Kenntnisse über das gesunde Altwerden. Persönliche Lebenserfahrungen mit der eigenen Großmutter genügen nicht mehr.

Gesundes Altern benötigt anspruchsvolle Aktivierung, altersgerechte geistige und psychophysische Mobilität. Insofern sind mangelnde Anregung, mangelnde Fremd- und Selbstbeanspruchung Gift für jede nervale Informationsverarbeitung. Geistige Trägheit und geistige Armut sowie psychosoziale Anspruchslosigkeit verhindern gesundes Altwerden. Bildung ist die bes-

te Prävention - ist eine der wichtigsten Ressourcen erfolgreicher beruflicher und privater Lebensführung. Freiwilliges Engagement wächst mit Bildung. Eine zentrale Aufgabe: niedrigschwellige Zugangswege für die so genannten bildungsfernen Bevölkerungsschichten zu schaffen.

Ein wichtiges Thema in der Sozialarbeit ist die *Motivation* - um einen Menschen zu überzeugen, zur Einsicht zu gewinnen, ihn zu aktivieren. Da wir oft zu wenig die wirklichen Bedürfnisse der betreffenden sozialen Gruppen und Individuen kennen, erreichen wir sie nicht mit unserer Argumentation. Das beginnt mit der Formulierung von Angeboten, von Einladungen und von öffentlichen Mitteilungen. Es gilt also Anreize für Entwicklungspotenziale zu schaffen! Da gibt es große Wissensdefizite. Erfahrungen aus der Psychologie und dem Werbemanagement sollten effizienter genutzt werden. Ein erfahrener Organisator in der Gesundheitsförderung erklärt: „Wenn ich eine Aktion vorbereite, dann bespreche ich das vorher in der Kommune mit Erna. Wenn die kommt, dann kommen auch viele andere.“ Mit anderen Worten: Die Kenntnis der Personen, die soziales Prestige haben, die meinungsbildend sind, ist für die Motivation, für die Überzeugung entscheidend.

Wir sollten mehr aufeinander zugehen, miteinander sprechen, gemeinsam handeln. Gestern erfuhr ich ein solches Beispiel verschenkter Ressourcen: Ein Berliner Schifffahrtsunternehmen spendete eine Tagesfahrt für einkommensschwache Bürger. Es wurde ein Plakat „ausgehungen“. Viele Betroffene erreichte diese Information nicht. Die Fahrt fiel wegen Mangel an Teilnahme aus!

### **Resümee: Altern und Gesundheit sind eine Herausforderung für Gesundheitsförderung und Prävention**

*Gesundheitsförderung* bezieht sich vor allem auf gezielte Beeinflussung von Einstellungen und von Verhaltensweisen sowie auf die Einflussnahme von sowohl individuellen Lebensbedingungen als auch von natürlichen und sozialen Umweltbedingungen, um gesundheitliche Ressourcen zu nutzen und Entwicklungspotenziale zu entwickeln.

*Prävention* dient vor allem zur Stärkung des Verantwortungsgefühls für die eigene Gesundheit und zur Befähigung, auf Anforderungen der individuellen Lebenssituation und Umwelt altersgerecht und kompetent zu reagieren. Der Akzent von Primärprävention liegt auf Selbstvorsorge.

Gesundes Altern wird vor allem durch Selbständigkeit, geistige Leistungsfähigkeit und soziale Aktivität bestimmt. Eine lebensbejahende Einstellung zum Altern und zur Gesundheit ist gefragt. Unser aller Engagement ist gefordert, vor allem Kooperation statt Verdrängungswettbewerb. Gemeinnützige Organisationen dürfen nicht zu GmbH werden. Gesund alt werden in Berlin ist eine große Chance, eine lösbare Aufgabe.

„Niemand wird alt, weil er eine Anzahl von Jahren hinter sich gebracht hat. Man wird nur alt, wenn man seinen Idealen Ade sagt. Mit den Jahren runzelt die Haut, mit dem Verzicht auf Begeisterung runzelt die Seele. Du bist so jung wie deine Zuversicht, so alt wie deine Zweifel. So jung wie dein Selbstvertrauen, so alt wie deine Furcht. So jung wie deine Hoffnungen, so alt wie deine Verzagtheit. So lange die Botschaft der Schönheit, Kühnheit und Größe Dein Herz erreichen, so lange bleibst du jung.“ Albert Schweitzer



# **Soziale Ungleichheit – gesundheitliche Ungleichheit – auch im Alter?**

## **Schlussfolgerungen für Prävention**

*Dr. Susanne Kümpers*

Sozioökonomische Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit und die Zusammenhänge zwischen ihnen sind wichtige Themen im Zusammenhang mit Prävention, auch im Alter. Im Folgenden werden verschiedene Aspekte der ungleichen Gesundheitschancen Älterer sowie Ansätze zu ihrer Erklärung beschrieben, und in ein Modell gesunden Alterns eingebracht. Darauf aufbauend werden Ausgangspunkte für präventive Strategien mit benachteiligten älteren Menschen dargestellt.

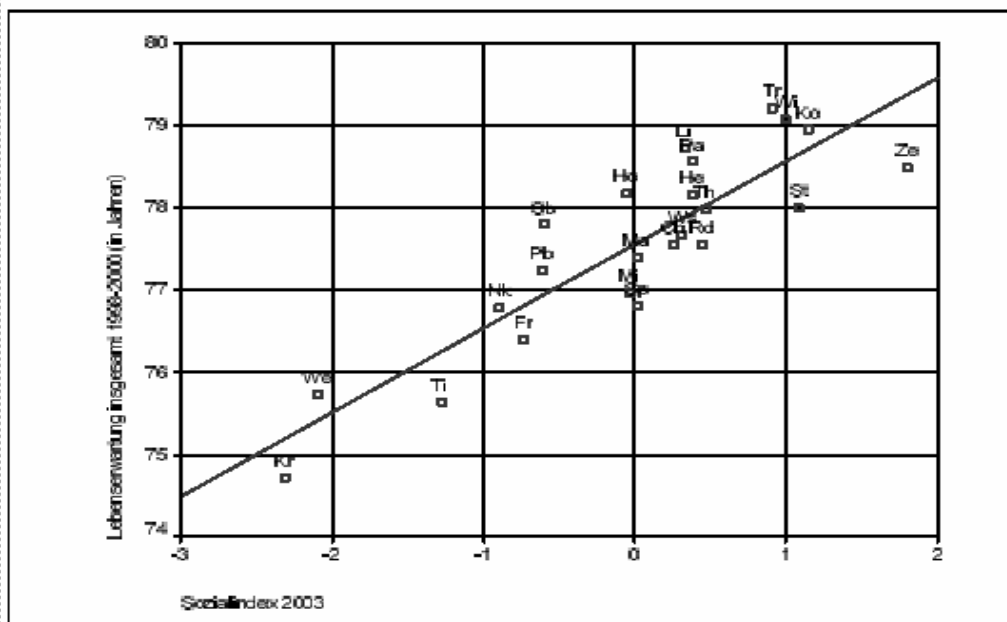
### **1. Gesundheitliche Ungleichheit im Alter**

#### **1.1 Sozioökonomische Perspektiven**

Die Zusammenhänge zwischen ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und schlechterer Gesundheit bis ins hohe Alter sind – trotz lückenhafter Datenlage – durch etliche nationale und internationale Studien empirisch belegt, sowohl im Zusammenhang mit aktuellen Lebensbedingungen im Alter als auch mit den akkumulierten, sozioökonomisch bedingten Ressourcen und Belastungen im Verlauf eines Lebens (life course approach) – im Hinblick auf Krankheit, Behinderung und Tod (Olausson 1991; Thorslund and Lundberg 1994; Marmot and Shipley 1996; Berkman and Gurland 1998; Bacon and Wilbur 2000; Breeze, Fletcher et al. 2001; Rehfeld in Mielck 2001; Avlund, Holstein et al. 2003; Nicholson, Bobak et al. 2005). Sozial benachteiligte Ältere sind erheblich früher von Multimorbidität betroffen (Robert and House 1996), und selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevantem Verhalten sind sie stärker in ihrem Funktionieren eingeschränkt als besser gestellte Gruppen (Rautio, Heikkinen et al. 2001; Rautio, Heikkinen et al. 2005). Es scheint, dass die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen relativen gesundheitlichen Unterschiede mit steigendem Alter etwas geringer werden, aber erst in sehr hohem Alter, wenn überhaupt, verschwinden. Für die Zukunft erwartet Lampert (2002), dass sich die gesundheitliche Ungleichheit im Zuge der sich verändernden Morbiditätsprofile und abnehmender vorzeitiger Mortalität weiter in höhere Altersstufen verlagert. Gleichzeitig deuten neuere Befunde darauf hin, dass von der ‚compression of morbidity‘ die unteren Schichten weiterhin weniger profitieren (Mackenbach, Bos et al. 2003). Es scheint eine Kombination von über den Lebenslauf hin akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen für die gesundheitlichen Unterschiede im Alter verantwortlich zu sein.

Für Berlin kann die sozioökonomische Ungleichheit anhand des Zusammenhangs zwischen dem Sozialindex und der Lebenserwartung verdeutlicht werden:

Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und dem Sozialindex in den Berliner Alt-Bezirken



Mi - Mitte, Ti - Tiergarten, We - Wedding, Fr - Friedrichshain, Kr - Kreuzberg, Pb - Prenzlauer Berg, Ws - Weißensee, Pa - Pankow, Ch - Charlottenburg, Wi - Wilmersdorf, Sp - Spandau, Ze - Zehlendorf, St - Steglitz, Sb - Schöneberg, Th - Tempelhof, Nk - Neukölln, Tr - Treptow, Kö - Köpenick, Ma - Marzahn, He - Hellersdorf, Li - Lichtenberg, Ho - Hohenschönhausen, Rd - Reinickendorf

(Datenquelle / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

## 1.2 Genderperspektiven

Weithin bekannt sind die Unterschiede in der Lebenserwartung: Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer; die Mortalitätsraten der Männer sind bis ins hohe Alter höher.<sup>3</sup> Dafür wurden ein Bündel unterschiedlicher Ursachen identifiziert: genetische und hormonelle Unterschiede, die Kombination von negativen sozioökonomischen Faktoren mit risikoreichen Verhaltensweisen besonders bei Männern, die stärkere Stressbelastung durch das Berufsleben<sup>4</sup>, sowie Unterschiede zuungunsten der Männer in der Prävalenz besonders mortalitätsrelevanter Krankheiten wie Herzkrankheiten, Malignome und zerebrovaskulärer Erkrankungen (Baltes, Horgas et al. 1996). Außerdem wird die Sterberate der Männer stärker als die der Frauen negativ durch die verschiedenen Formen des Alleinlebens (ledig, geschieden, verwitwet) beeinflusst (Alber 2005).

Für die ‚Überlebenden‘ allerdings gilt, dass die Befunde für Frauen negativer sind als die für Männer. Insgesamt ist die körperlich-organische Gesundheit älterer Frauen nicht wesentlich schlechter als die gleichaltriger Männer; allerdings sind die Frauen häufiger von multiplen

2 Armutsschwelle bei der Hälfte des westdeutschen mittleren Äquivalenzeinkommens (Böhnke 2006).

3 Die Differenzen der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen fielen aber in den europäischen Ländern recht unterschiedlich aus: zwischen 4,5 und 5 Jahre in Schweden, Dänemark, Großbritannien, Niederlande und Norwegen, 5,7 Jahre in Italien und Deutschland, 6,7 in Finnland und 8 Jahre in Frankreich (alle für 2003, OECD Health Data 2006).

4 Befunde, nach denen die Lebenserwartung von Frauen durch belastende Berufstätigkeit nicht sinkt (Baltes, Horgas et al. 1996), sind umstritten.

chronischen Krankheiten betroffen (41 Prozent der Frauen in der Berliner Altersstudie gegenüber 30 Prozent der Männer; Mayer et al. 1996). Zudem beurteilten die Frauen ihre subjektive Gesundheit schlechter als die Männer; und ihre Funktionseinschränkungen und ihre Hilfsbedürftigkeit sind stärker ausgeprägt als die der Männer und steigen mit dem Alter stärker an. Frauen klagen häufiger über psychische Störungen, was sich auch in klinischen Ergebnissen niederschlägt: für Depression und für Demenz wurden höhere Werte für Frauen gemessen (Baltes, Horgas et al. 1996). Zumindest im Hinblick auf Behinderungen scheinen sich diese Tendenzen nicht zu verbessern (siehe oben): während sich für Männer in Deutschland die relative (im Verhältnis zur allgemeinen Lebenserwartung) behinderungsfreie Lebenserwartung zwischen 1998 und 2003 noch erhöhte, sank sie für Frauen in Deutschland um mehr als 5 Prozent (Robine and Jagger 2005).

Möglicherweise können die negativeren Befunde für Frauen wesentlich durch ihre ungünstigeren Lebensbedingungen erklärt werden: Frauen waren häufiger verwitwet, lebten häufiger alleine, leisteten häufiger Hilfe an andere und waren häufiger von Armut und niedrigem Sozialstatus betroffen. Frauen sind, möglicherweise z. T. durch ihr im Vergleich zu Männern anderes Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Versorgung, stärker von problematischen Arzneimittelverordnungen betroffen: problematische Dauerverordnungen von Benzodiazepinen mit einem hohen Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAWs)<sup>5</sup>, betreffen ab einem Alter von 50 Jahren Frauen zu 80-140 Prozent häufiger als Männer (Glaeske and Hoffmann 2004). Außerdem mag das selektive Überleben besonders gesunder Männer zur Erklärung beitragen. Die Gesamtbeurteilung der Lebenslagen im höheren Alter<sup>6</sup> – die allerdings durch Gesundheit maßgeblich bestimmt wird – zeigt jedenfalls ein für die Frauen eher negatives Bild: 58,5 Prozent der Frauen in der Berliner Altersstudie – gegenüber 38,4 Prozent der Männer – befanden sich in Lebenslagen, die als schlecht oder sehr schlecht beurteilt wurden, nur 41,6 Prozent der Frauen – gegenüber 69,7 Prozent der Männer – in solchen, die als durchschnittlich oder gut bewertet wurden (Mayer, Baltes et al. 1996).

### 1.3. Gruppen in spezifischen Problemlagen

Zu den Gruppen in spezifischen Problemlagen gehören besonders arme Ältere, die sozial isoliert und gesundheitlich beeinträchtigt sind, insbesondere Alleinstehende, Frauen, pflegende Angehörige und Hochaltrige – Risiken, die kumulieren. Darüber hinaus gelten ältere MigrantInnen als Gruppen mit problematischen Gesundheitschancen.

## 2. Bildung und gesellschaftliche Partizipation im Alter

Nationale und internationale Befunde belegen, dass die Partizipationschancen älterer Menschen insbesondere durch ihren Bildungsstatus beeinflusst werden. Bukov (2000) hat im Zusammenhang mit der Berliner Altersstudie (BASE) eine Hierarchie sozialer Beteiligungsformen entwickelt, die zwischen ‚kollektiven Aktivitäten‘ (Freizeitbeschäftigungen), ‚produktiven Aktivitäten‘ (Tätigkeiten, durch die Leistungen für andere, in der Familie oder in der Öff-

---

5 UAWs betreffen hier Abhängigkeitsentwicklung und Absatz- und Entzugserscheinungen (bei Unterbrechung der Einnahme) sowie Einschränkungen von Konzentrationsfähigkeit, Gangsicherheit (mit der weiteren Folge von Stürzen und Brüchen) und kognitiver Fähigkeiten (Glaeske and Hoffmann 2004).

6 Für die Gesamtbeurteilung der Lebenslagen wurde in der Berliner Altersstudie eine Clusteranalyse durchgeführt (Kombination von Ergebniskonstrukten aus den Bereichen Innere Medizin und Geriatrie, Psychiatrie, Soziologie und Sozialpolitik, Psychologie).

fentlichkeit erbracht werden), und ‚politischen Aktivitäten‘ (mit denen Einfluss auf soziale Sachverhalte genommen werden) unterscheidet. Dabei sind für zunehmend komplexere Aktivitäten größere Kompetenzen erforderlich – gleichzeitig tragen komplexere Aktivitäten auch stärker zu Lebensqualität, Selbstbewusstsein und plausibel auch zur besseren Gesundheit bei (Bukov, Maas et al. 2002). Wie erwartet, zeigten die Befunde einen deutlichen Gradienten zwischen der Bildung und dem beruflichen Status einerseits und der gesellschaftlichen Partizipation im (jungen) Alter andererseits, (ähnlich auch Befunde von Kohli et al. (Kohli, Künemund et al. 2000). Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten durch die Unterschiede in Bildung und beruflichem Status erklärt werden (Bukov, Maas et al. 2002). Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsindikatoren wichtiger, die aber ihrerseits einen sozioökonomischen Gradienten aufweisen (siehe unten). Diese Befunde sind auch international bestätigt: Hank et al. fanden bei der Erfassung ehrenamtlichen Engagements in zehn europäischen Ländern – bei relevanten Unterschieden der Beteiligungsniveaus zwischen den Ländern – eine deutliche und länderübergreifende Abhängigkeit vom Bildungsniveau. Pankoke (Pankoke 2002) beschreibt für Deutschland, dass sich eine Spaltung zwischen ‚hochaktiven Eliten‘ und ‚sozial und politisch verdrossenen kleinen Leuten‘ in der Masse vertieft, in der früher bindungsmächtige Organisationen wie Gewerkschaften, Kirchen, Volksparteien und Vereine ihre Anziehungskraft verloren haben<sup>7</sup>. Dabei empfiehlt er, niedrige Beteiligungen nicht moralisierend zu beklagen, sondern „nach den gesellschaftlichen Umständen zu fragen, durch welche sich viele Menschen in die Passivität getrieben sehen.“ (Pankoke 2002, S. 75). Auch Naegele (2001) warnt vor einer unkritischen „Wiederverpflichtung des Alters“ (S. 416), verweist u.a. auf negative sozioökonomische Bedingungen als Barrieren für eine gesellschaftliche Produktivität Älterer und fordert entsprechende spezifische Förderstrategien. Ebenso postuliert Barnes für Großbritannien, „dass sachkundige und aktive Unterstützung, anstatt vollständiger Autonomie in der Regelung dieser Dinge manchmal hilfreich wenn nicht sogar erforderlich sein kann, um die Beteiligung derjenigen zu sichern, die mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden“<sup>8</sup> (Barnes 2005, S. 257).

Auch aus der Public-Health-Perspektive sind – auf Grund des Zusammenhangs von gesellschaftlicher Teilhabe einerseits und Gesundheit und Lebensqualität andererseits (auch und gerade im Alter) – die Zugangsbarrieren für ein gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Gruppen in den Blick zu nehmen<sup>9</sup>.

### 3. Aktives Altern – Gesundes Altern

Aktive Teilhabe entspricht aktuellen Konzepten über Altern und Gesundheit: Baltes et al. (Baltes, Kohli et al. 1989) haben 1989 ihr bekanntes und anhaltend einflussreiches Modell individuellen erfolgreichen Alterns vorgestellt. Die von ihnen beschriebenen Gestaltungs- und Anpassungsprozesse, die ‚erfolgreiches Altern‘ ermöglichen, werden auch durch Umweltbedingungen gefördert oder behindert. Sinngemäß ähnlich wie Baltes et al. formuliert die WHO den Ansatz des ‚aktiven Alterns‘, als

---

<sup>7</sup> Putnam (2002) beschreibt für OECD-Länder im Allgemeinen einen Abwärtstrend für das soziale und politische Engagement.

<sup>8</sup> „... that skilled and active facilitation, rather than complete autonomy in conducting affairs can sometimes be helpful if not necessary in ensuring the participation of those most likely to be excluded ...“.

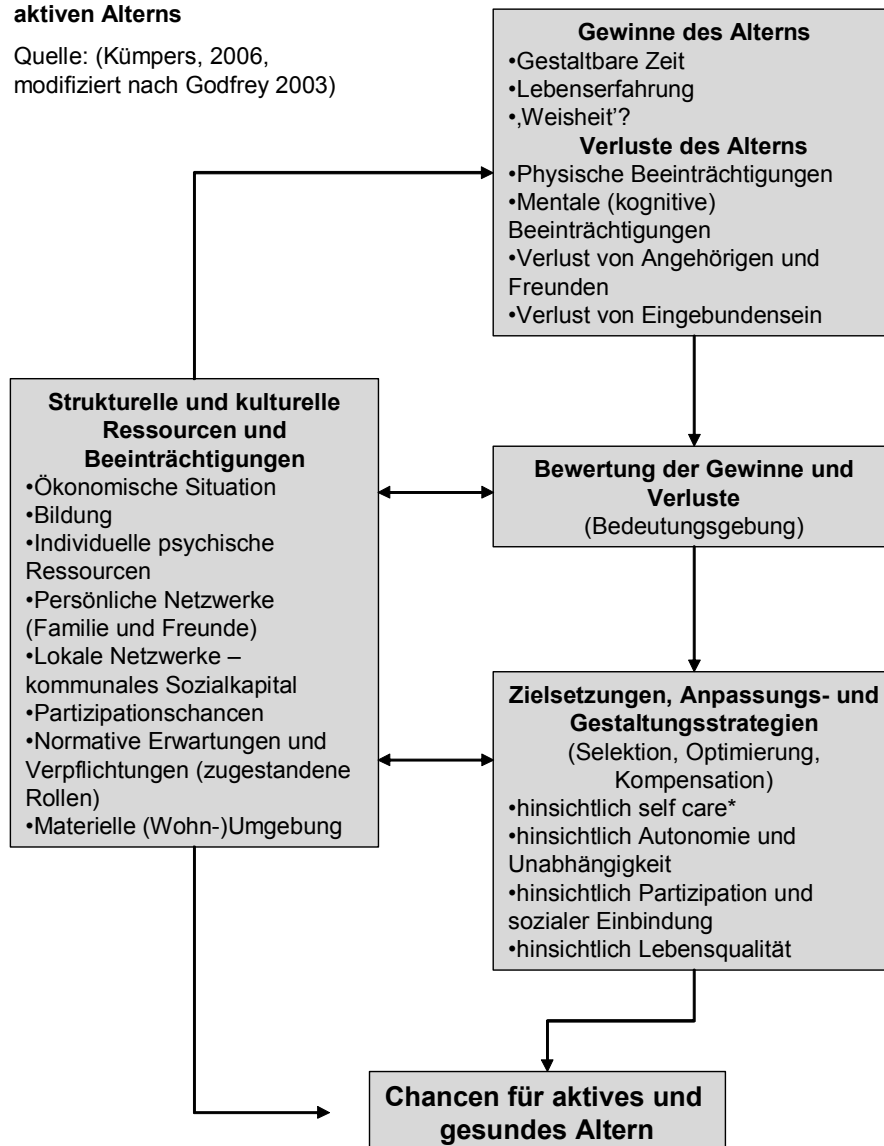
<sup>9</sup> Aufgrund einer ähnlichen Argumentation konzipierte z.B. ein US-amerikanisches Projekt in Baltimore ein ehrenamtliches Modell (Unterstützung von benachteiligten Grundschulkindern) explizit als Gesundheitsförderungsprojekt für (auch) benachteiligte Ältere (Fried, Frick et al. 2006) – mit ersten positiven Gesundheitsergebnissen.

„den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönlicher Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (WHO 2002, S.12).

Als ein zentrales Ziel gilt der Erhalt von Autonomie und Unabhängigkeit. Dieses umfassende Konzept schließt ‚gesundes Altern‘ mit ein – und verweist damit gleichzeitig sowohl auf das ganzheitliche Gesundheitsverständnis der WHO als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden, als auch auf ihre Strategien zur Gesundheitsförderung (WHO 1986/2005). Godfrey (2003) präzisiert das Konzept von Baltes et al., indem sie die sozioökonomischen und kulturellen Faktoren ausdifferenziert, die die Gestaltungs- und Anpassungsmöglichkeiten älterer Menschen fördern oder beeinträchtigen, insbesondere die ökonomische Situation des Einzelnen, die sozialen Netzwerke in der Familie und in der Nachbarschaft und die sozial-räumliche Qualität des Stadtviertels (u.a. beschreibbar mit Konzepten des Sozialkapitals), sowie die kulturellen Zuschreibungen an ältere Menschen. Hierdurch können eingeschränkte Gestaltungschancen, aber auch Ressourcen benachteiligter älterer Menschen konzeptuell erfasst und empirisch beschrieben werden, und sinnvolle Ansatzpunkte für Teilhabe- und Präventionsprojekte in konkreten sozialen Settings bestimmt werden. Aus einer Kombination der Konzepte von Baltes und Baltes, Godfrey und der WHO lässt sich ein Modell der Einfluss- und Prozessfaktoren erfolgreichen und gesunden Alterns, das auch auf konkrete soziale Situationen und spezifische Zielgruppen im Stadtteil anwendbar ist, folgendermaßen darstellen:

**Abbildung 1: Einfluß- und Prozeßfaktoren gesunden und aktiven Alterns**

Quelle: (Kümpers, 2006, modifiziert nach Godfrey 2003)



\*Self care meint die aktive Teilnahme an Aufgaben wie angemessene Medikation und andere Behandlungen von Krankheiten, gesunde Ernährung, ausreichende körperliche Bewegung, Aufrechterhaltung von Hygiene, und den Gebrauch moderner Technologien für Information und Sicherheit (vergl. Burden of Disease in Old Age network project (BURDIS) and Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology 2004, S.30).

#### 4. Stadtteil und Nachbarschaft als Orte für Teilhabe und Gesundheitsförderung

Die Lebenswelt der älteren Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, aber noch selbständig leben, ist im Wesentlichen ihre Wohnumgebung. Das gilt insbesondere für schlechter gestellte ältere Menschen, deren Mobilität (Reisen, überregionale Kontakte) auch

finanziell bedingt tendenziell geringer ist als die besser gestellter älterer Menschen.<sup>10</sup> Zudem wird die Mobilität und damit das erreichbare Umfeld durch entstehende Behinderungen weiter eingeschränkt – und auch das gilt für benachteiligte Ältere in großer Masse – das zu Fuß erreichbare Wohnviertel wird dadurch zunehmend zentral. Das bedeutet, dass die ‚Lebenswelt‘ – die Gesamtheit der räumlichen und sozialen Bezüge eines Einzelnen oder einer Gruppe – und der ‚Sozialraum‘ – ein geographisch, administrativ und sozial als Einheit definierbares Gebiet – für solche Ältere stärker übereinstimmen (Institut für soziale Arbeit 2001)<sup>11</sup> als für besser gestellte Bevölkerungsgruppen. Für präventive Strategien sollten Stadtteile zunächst als solche Einheiten definiert werden, die von den Bewohnern als ‚ihr‘ Quartier wahrgenommen werden, und innerhalb derer sich soziale Teilhabe und kollektive Aktivitäten entwickeln lassen.

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland das Konzept der ‚Sozialraumorientierung‘ aus der Perspektive von Sozialarbeit und Stadtentwicklung für eine soziale Stadtteilentwicklung herausgebildet, die die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten prinzipiell mit einschließt, und der Begriff des Settingansatzes<sup>12</sup> aus der Public-Health-Perspektive (Bär, Buhtz et al. 2004). Die Sozialraumorientierung wurde auf relativ breiter Ebene im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ umgesetzt, das seit 1999 implementiert und bis heute fortgesetzt wird. Zentrales Instrument ist das Quartiersmanagement, das der „Organisation von Interessen, der Initiierung und Begleitung von Aktivitäten und auch der Befähigung der Bürgerinnen und Bürger, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Gestaltungsideen umzusetzen“ (Löhr 2004, S.4), dient. Ebenso basiert auch die ‚Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings‘ auf partizipativen Prozessen.

So hat der Stadtteil in den letzten Jahren als Ansatzpunkt für soziale und gesundheitliche Interventionen – und für die Verbindung von Beidem – mehr Beachtung gefunden. Das zeigte eine Auswertung<sup>13</sup> der von Gesundheit Berlin e. V. im Auftrag der BZgA aufgebauten Datenbank für gesundheitsfördernde Projekte für sozial benachteiligte Zielgruppen (Kilian 2004; GA 2005, Ziffern 348-354) wie auch die Evaluation des Soziale-Stadt-Programms durch das Deutsche Institut für Urbanistik (Böhme, Becker et al. 2003). Zum Entwicklungsstand der – partizipativen – Verbindung von Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung in Konzeption und Praxis ergaben Auswertungen der Datenbanken von Gesundheit Berlin e.V. wie auch von „Soziale Stadt“ allerdings übereinstimmend, dass eine Systematisierung „in der Konzeptentwicklung, beim Zielgruppenbezug, in der Methodenkompetenz (und) der Qualitätsorientierung“ in vielen Projekten erst im Aufbau ist (Kilian, Geene et al. 2004, S.211). Auch Instrumente der Dokumentation und Evaluation sind in der Regel noch nicht weit entwickelt.

Stadtteile oder ähnlich auch Nachbarschaften und soziale Brennpunkte sind nicht unbedingt selbstverständlich mit ihren Grenzen definiert. Darüber hinaus verfügen sie nicht über eine klare organisationelle oder institutionelle Struktur, durch die wesentliche Abläufe oder auch nur der Zugang zu den Bewohnern geregelt wären. Zudem muss – wenn man nicht von sehr

---

10 Eine Ausnahme stellen solche Migranten dar, die ihr Leben teils in der Heimat, teils in Deutschland verbringen.

11 Das ist außer für Ältere auch besonders für Kinder, und damit tendenziell für Familien, der Fall.

12 Der Setting-Ansatz der Primärprävention bezeichnet partizipative Prozesse der Organisationsentwicklung, bzw. der Selbstorganisation in den Lebenswelten, bei denen die Nutzer oder Bewohner eines Settings – i.d.R. mit professioneller Unterstützung – dies nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und so zum Abbau gesundheitlicher Belastungen und Aufbau gesundheitlicher Ressourcen beitragen (vergl. Rosenbrock and Kümpers 2006).

13 Stand September 2003, (Kilian, Geene et al. 2004)

kleinen Einheiten wie eines Wohnblocks oder weniger Straßenzüge ausgeht – von einer Vielfalt der Interessen und der Zielgruppen ausgegangen werden. Gesellschaftliche Teilhabe *als* Gesundheitsförderung bedeutet hier Anregung und Verstetigung von Selbstorganisationsprozessen der (älteren) Bewohner, wo nötig unterstützt durch institutionelle Akteure bzw. in Kooperation mit ihnen.

In den USA hat Minkler bereits in den 1990er Jahren erfolgreich stadtteilbasierte partizipative Projekte für benachteiligte Ältere konzipiert (Minkler 1997; Minkler, Schauffler et al. 2000), und auch in England werden Community-Ansätze (Godfrey and Randall 2003) für benachteiligte Ältere thematisiert. In Deutschland hat stadtteilbasierte Primärprävention für benachteiligte ältere Menschen nach den Kriterien des Settingansatzes bisher kaum wissenschaftliche Beachtung gefunden, und wird auch erst in einzelnen Fällen in der Praxis entwickelt. Es gibt aber Projekte, die bereits wichtige Schritte auf diesen innovativen Wegen gehen, verschiedene Zielgruppen älterer Benachteiligter erreichen, prima facie eine hohe Wirksamkeit hinsichtlich der Erreichung, Aktivierung und sozialen Integration ihrer Zielgruppen und vermutlich auch hinsichtlich ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität haben. Ihre Voraussetzungen, Formen und Wirkmechanismen sind aber noch kaum bekannt und evaluiert, ihre spezifischen Erfolgsfaktoren noch nicht erfasst (Kümpers 2006).

### **5. Zum Stand der Praxis stadtteilbasierter Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen in Deutschland – Ergebnisse einer Recherche**

Aufgrund der wenigen vorliegenden Informationen wurde von der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung eine Recherche zum Stand der gegenwärtigen Praxis in Deutschland durchgeführt, mit dem Ziel einer Exploration des Standes der Praxis und des Forschungsbedarfs. Im Rahmen der Recherche ergab eine Suche in einschlägigen Datenbanken ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), Bundesländerprogramm ‚Soziale Stadt‘), dass nur wenige der dort aufgeführten stadtteilorientierten Projekte ältere Menschen als Zielgruppe mit einbezogen und gesundheitsfördernden Charakter im weitesten Sinne aufwiesen. Insgesamt hat die Recherche gezeigt,

- dass erfolgreiche stadtteilbasierte Prävention für benachteiligte ältere Menschen bisher eher noch eine Ausnahme darstellt;
- dass es aber Kommunen und Projekte gibt, die innovative Wege gehen, verschiedene Zielgruppen älterer Benachteiligter erreichen, anscheinend eine hohe Wirksamkeit hinsichtlich der Erreichung, Aktivierung und sozialen Integration ihrer Zielgruppen und vermutlich auch hinsichtlich ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität haben. Ihre Wirkmechanismen sind aber noch nicht hinreichend evaluiert und ihre spezifische Erfolgsfaktoren noch nicht erfasst und analysiert. Ebenso (siehe oben) sind ihre Qualitätssicherungsstrategien oft nur rudimentär entwickelt.
- dass die Zielgruppe der Hochbetagten selbst in den ansonsten erfolgreichen Stadtteilprojekten mit älteren Benachteiligten häufig nicht erreicht wird – also noch einmal besonderer Zugangswege bedarf.

Zur beispielhaften Illustration werden zwei weitere Projekte skizziert, die tendenziell als ‚Modelle guter Praxis‘ anzusehen sind (Erhebungszeitpunkt: Sommer 2005 und Frühjahr 2006):

- Die Kölner Seniorennetzwerke sind stadtteilbezogene Netzwerke mit übergreifender Förderung und Struktur; sie haben bei dem Präventionspreis 2005 einen zweiten Preis erhalten. Das Programm wurde kooperativ vom Amt für Soziales und Senioren, der Seniorenvertretung und der Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände konzipiert. Financier ist die Stadt, Träger sind die Wohlfahrtsverbände. Zwölf ausgewählte Stadtquartiere (mit bis zu 20.000 Einwohnern) mit hohen Anteilen von MigrantInnen, Alleinlebenden und Sozialhilfeempfängern bekamen eine halbe Stelle für Netzwerkkoordination mit den Zielen: Befähigung, Beteiligung, Aktivierung älterer Menschen mit deutlichem Bezug zur Prävention. In etlichen Stadtteilen wurden hohe Aktivierungsgrade für vielfältige Initiativen (Bewegung, Kultur, Bildung, Soziales) erreicht. Als zentral wurde die wechselseitige Bedingtheit von Aktivierung und Vernetzung gesehen. Neben dem Aufbau der ‚Personennetzwerke‘ der Zielgruppen wurde ein Aufbau von ‚Organisationsnetzwerken‘ in den Stadtteilen betrieben, um möglichst viele und unterschiedliche Akteure für die Bedarfe Älterer zu sensibilisieren und miteinander in Verbindung zu bringen, um damit das ‚Stadtteilwissen‘ zu Fragen des Alters im Umfeld zu erhöhen. Im Jahr 2006 hat man begonnen, die entwickelten Netzwerke zu verselbständigen; die Netzwerkmanager rotieren in andere Stadtteile.
- Miteinander Wohnen e.V. ist eine stadtteilbezogene Initiative in Berlin Lichtenberg. Seit 1992 wird offene Altenarbeit in einem Plattenbau-Wohngebiet mit vielen Einraum-Wohnungen, mit 6000 Einwohnern (48 Prozent 55+, derzeit ca. 400 Vereinsmitglieder) geleistet, seit 1996 gibt es einen Senioren-Selbsthilfe-Treffpunkt mit Seniorencafe, seit 2002 einen Nachbarschaftstreffpunkt. Über 100 Ehrenamtler/innen tragen zu den Angeboten bei. Außerdem werden die Möglichkeiten des zweiten Arbeitsmarkts genutzt. Ziel der Arbeit ist es, dass die Älteren bis zum Lebensende in Eigenständigkeit, Würde und Kompetenz in der eigenen Wohnung bleiben können. Dies Ziel wird (für die meisten Beteiligten, auch die Hochaltrigen) mit körperlicher, geistiger und sozialer Aktivierung, mit Hilfe zur Selbsthilfe und sozialer Vernetzung erreicht. Es wurden vielfältige Angebote im Bereich von Bewegung, Kultur, Bildung und Gesundheitsförderung aufgebaut. Primärpräventive Angebote sind mit Sekundär- und Tertiärprävention sowie mit Pflege verknüpft. Vorwiegende Zielgruppe sind deutschstämmige ältere Frauen und Männer, insbesondere auch Hochbetagte.

Solche und ähnliche Projekte können als Modelle guter Praxis dienen; sie verdienen eingehendere Beschäftigung und Auswertung, um dadurch die Möglichkeiten und Grenzen sowie die Probleme und mögliche Lösungen präventiver stadtteilbasierter Arbeit besser zu verstehen und damit ihre Übertragbarkeit einschätzen zu können. Wissenschaft und Praxis haben hier eine gemeinsame Aufgabe [Literatur bei der Verfasserin, über die Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin erhältlich: post@gesundheitberlin.de oder Tel.: (030) 44 31 90 60].



# Protokoll der Arbeitsgruppe 1

## „Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier“

Moderation:

- **Gertrud Aschenborn**, Sozialwerk Berlin
- **Dr. Susanne Kümpers**, Wissenschaftszentrum Berlin

Impulsreferate:

- **Uta Reiberg**, Albatros e.V. Koordinierungsstelle Rund ums Alter Reinickendorf, „Potenziale lokaler Dienstleister für einen seniorenrechtlichen Kiez erschließen – das Netzwerk Märkisches Viertel“
- **Dorothea Gützkow**, Diakoniegemeinschaft Bethania, „Generationenübergreifende Zusammenarbeit im sozial benachteiligten Stadtteil – Erfahrungen des Projekts Huttenkids & Co“

Podium:

- **Iknur Gümüs**, Interkulturelles Beratungs- und Begegnungs Centrum e.V.
- **Reiner Lachenmayer**, Paritätischer Wohlfahrtsverband
- **Martina Schätzle**, Koordinierungsstelle im Quartier Schillerpromenade Neukölln

Protokoll:

- Dagmar Siewerts

Begrüßung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe und Vorstellung des Podiums durch Dr. Susanne Kümpers. Gertrud Aschenborn gibt einen Ausblick auf den Ablauf und die inhaltliche Ausrichtung der Arbeitsgruppe, bei der es im Wesentlichen um die Auseinandersetzung über Mittel und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention sozial Benachteiligter im Wohnquartier gehen wird. In den Vorträgen am Vormittag wurde deutlich, dass sozial Benachteiligte teilweise große Informationsdefizite haben und die verschiedenen Zielgruppen sowie Altersgruppen älterer Menschen, von den 50-Jährigen bis zu den Hochbetagten, unterschiedlichste Bedürfnisse und Möglichkeiten der Teilhabe bestehen. Dies betrifft insbesondere sozial benachteiligte ältere Menschen, insbesondere die älteren Migrantinnen und Migranten.

Zu Beginn des Workshops wurden Fragen für die Diskussion gestellt:

- Welche Zugangswege gibt es für die unterschiedlichen Bewohner im Quartier?
- Wie steht es um ihre Mobilität?
- Was wissen wir über ihre Wünsche an Gesundheitsförderung und Vorsorge?
- Was gibt es an niedrigschwelligen Angeboten?
- Welche Rolle spielen Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement?

- Und wie kann sich die Zusammenarbeit zwischen hauptamtlichen und ehrenamtlichen Akteuren gestalten?

### **Potentiale lokaler Dienstleister für einen seniorengerechten Kiez erschließen – das Netzwerk Märkisches Viertel**

Es folgte das erste Referat von Uta Reiberg „Potentiale lokaler Dienstleister für einen seniorengerechten Kiez erschließen – das Netzwerk Märkisches Viertel“. Sie stellte als Mitglied des Sprecherrates des Netzwerks Märkisches Viertel das Projekt vor. Das Netzwerk Märkisches Viertel ist als Zusammenschluss von derzeit über 50 Netzwerkpartnern im September 2003 gegründet worden mit dem Ziel:

- die Versorgung älterer, behinderter und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern,
- einen schnellen Zugang zu Hilfeangeboten zu schaffen,
- eine verstärkte Orientierung des Versorgungssystems an den Interessen der älteren Menschen zu erreichen,
- die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner durch den Aufbau von verbindlichen Kooperationsstrukturen zu fördern und
- neue Serviceangebote zu entwickeln.

Als besonderes Merkmal ist die quartiersbezogene, bewohnerorientierte und fachübergreifende Ausrichtung des Netzwerkes hervorzuheben. Grundlage des Netzwerkes ist eine ganzheitliche Betrachtung aller Lebensbereiche - angefangen vom Wohnen, über die Alltagsbewältigung, die Gesundheit, die Freizeitgestaltung, die (Weiter-) Bildung bis hin zur Pflege.

Ausgehend von dem Ziel, möglichst viele Kontaktpersonen und Anlaufstellen älterer Menschen in die Netzwerkstruktur einzubeziehen und den Austausch der Generationen zu fördern, finden sich unter den Netzwerkpartnern neben den klassischen Anbietern der Altenhilfe wie beispielsweise ambulante Dienste, Anbieter seniorengerechter Wohnformen oder Pflegeeinrichtungen insbesondere auch Handwerks- und Dienstleistungsunternehmen, Ärzte, Apotheken, Schulen, Begegnungs- und Stadtteilzentren und Wohnungsunternehmen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Beteiligung der Betroffenen in Form der Mitgliedschaft der Seniorenvertretung und des Behindertenbeirates des Bezirkes Reinickendorf gelegt.

Initiiert wurde das Netzwerk von der Koordinierungsstelle Rund ums Alter Reinickendorf unter der Trägerschaft des gemeinnützigen Vereines Albatros e.V. und von dem größten Wohnungsunternehmen des Märkischen Viertels, der GESOBAU AG.

Das Netzwerk Märkisches Viertel möchte nicht nur die interne Zusammenarbeit verbessern, Versorgungslücken schließen und Schnittstellenprobleme beseitigen, sondern auch nach außen wirken und damit das Hilfesystem „öffentlich machen“. Beispiele für Aktivitäten des Netzwerkes sind:

- eine Kontaktstelle, die hilfeschuchende Bewohnerinnen und Bewohner des Märkischen Viertels über die Möglichkeiten der Unterstützung informiert und den Weg zu den Angeboten der Netzwerkpartner weist,
- der Netzwerkordner, in dem alle Netzwerkpartner sich und ihre Angebote vorstellen,
- eine Internetpräsenz,

- die Veranstaltung von Netzwerkfesten,
- die Einrichtung einer behindertengerechten Musterwohnung als „Anschauungsobjekt“ über die Möglichkeiten der barrierefreien Wohnungsanpassung,
- der „Freiwillige Besuchsdienst Märkisches Viertel“ als Kooperationsprojekt verschiedener Netzwerkpartner und
- Freizeitangebote für Seniorinnen und Senioren wie beispielsweise Computerkurse.

Wichtig ist für die Netzwerkpartner, dass bei der Analyse, welche Angebote im Märkischen Viertel fehlen oder wie die zukünftige Versorgung älterer Menschen aussehen soll, die Bewohnerinnen und Bewohnern einbezogen werden. Hierzu wurden Diskussionsrunden zu den Themen „Wie möchte ich im Alter wohnen, betreut und gepflegt werden, meine Freizeit gestalten oder mich ehrenamtlich betätigen“, veranstaltet, bei denen die Betroffenen selbst ihre Wünsche und Ideen vortragen konnten.

Zusammenfassend können folgende Aspekte zur Stärkung der Prävention und Förderung von Gesundheit und Versorgung formuliert werden:

- Erreichbarkeit gewährleisten,
- neue Zugangswege eröffnen,
- Nachbarschaftsstrukturen stärken,
- Bewohner/innen beteiligen,
- Austausch zwischen den Generationen ermöglichen.

Das Bezirksamt ist mit unterschiedlichen Bereichen beteiligt, z.B. im Rahmen der Gesundheitswirtschaft sowie mit einer Stelle im Rahmen der Wirtschaftsförderung.

Das Wohnungsbauunternehmen führt regelmäßig Mieterbefragungen durch.

Zu erreichen ist das Netzwerk Märkisches Viertel über die Koordinierungsstelle Rund ums Alter Reinickendorf, Wilhelmsruher Damm 116, 13439 Berlin, Tel.: 030/498 72 400 oder im Internet unter [www.netzwerkmv.de](http://www.netzwerkmv.de).

### **Generationsübergreifende Zusammenarbeit im sozial benachteiligten Stadtteil – Erfahrungen des Projekts Huttenkids & Co**

Anschließend referierte Dorothea Gützkow „Generationsübergreifende Zusammenarbeit im sozial benachteiligten Stadtteil – Erfahrungen des Projekts Huttenkids & Co“. Der Träger des Projektes Bethania ist vor allem in Moabit tätig. Der Huttenkiez ist ein Gebiet, in dem schon immer Arbeiter und ärmere Leute gewohnt haben. Besser verdienende Familien ziehen weg und die nachziehenden Familien haben ein geringes Einkommen. Es sind oftmals Familien mit Migrationshintergrund. Für die älteren deutschen Senioren bedeutete dies, dass sie zusätzlich zur Isolation durch das Alter, den schlechteren gesundheitlichen Zustand und die Armut, eine weitere Isolation durch die vielen fremden Menschen mit unterschiedlichen Kulturen erleben. Verstärkt wird das Problem der Isolation, da kaum öffentliche Verkehrsmittel durch das Gebiet fahren. Das schränkt die Mobilität vor allem für gehbehinderte Menschen stark ein.

Das Quartiersmanagement Moabit-West erlebte in den Jahren 2000/2001 einen großen Einbruch, da sich viele soziale Träger aus diesem Gebiet zurückgezogen hatten. Gemeinsam mit dem QM hat sich der Träger überlegt, was zu tun wäre. Es wurde als erster Schritt eine Kinderfreizeitstätte errichtet, die hauptsächlich von arabischen Kindern genutzt wird. Bereits in der Konzeptionsphase fragten die Anwohner nach der Beteiligung der Senioren. Es wurde etwas mehr als eine halbe Personalstelle ausgehandelt, die über die „Soziale Stadt“ speziell für die Seniorenarbeit im Huttenkids gefördert wird. Im Huttenkiez besteht eine totale Unter-versorgung für die Anwohner, z.B. an Ärzten, Apotheken, KG-Praxen oder Treffpunkten. Vor diesem Hintergrund wurde die Freizeitstätte eingerichtet, in der die Senioren ihren festen Platz haben. Seit ca. 4 Jahren treffen sich dort regelmäßig Senioren. Seit dem Start hat sich der Teilnehmerkreis vermehrt, zum einen durch Mund-zu-Mund-Propaganda, zum anderen durch direkte Ansprache der Menschen auf der Straße.

Huttenkids & Co ist eine Anlaufstelle, bei der sich jeden Mittwoch die Bewohner in festen Gruppen treffen oder einfach so vorbeikommen. Durch die verschiedenen Generationen erleben die Senioren, dass sie mitten im Geschehen sind, auch der verschiedenen Kulturen. Die Bewohner, die sich in den Gruppen treffen, sind zu 2/3 Deutsche und zu 1/3 Senioren aus anderen Kulturkreisen, vorwiegend türkischer und iranischer Nationalität.

Inzwischen konnte das Angebot ausgeweitet werden und es entstand ein zweiter Anlaufpunkt. Dort gibt es z.B. auch ein Mittagsangebot, das gerne genutzt wird. Insgesamt ist eine Erweiterung des Lebensraums der Senioren gelungen. Derzeit wird überlegt, für ganz Moabit ein Seniorenkulturprogramm aufzubauen. Gemeinsam wird mit den Senioren über den Inhalt eines solchen Programms beraten.

Senior/innen kommen an den Nachmittagen mit den Kindern ins Gespräch. Sie erzählen ihnen ihre Lebensgeschichte, helfen beim Basteln und bei Leseübungen. Es gibt ein gemeinsames Frühstück mit Eltern. Sie bringen sich in die Kinderbetreuung mit ein, helfen bei den Hausaufgaben.

Mitarbeiter im Projekt arbeiten Teilzeit in festen Anstellungen. Das Team ist multikulturell (arabische, persische, deutsche MA).

Gesamtgebiet Moabit-West hat 20.163 Einwohner. Erreicht werden wöchentlich zwischen 50 bis 60 Senioren im Alter von 70 – 90 Jahren, deren Gesundheitszustand sehr unterschiedlich ist. Trotz der Netzwerke im Kiez wird eine größere Anzahl älterer Bürger nicht erreicht.

Die Nachbarschaftshilfe gestaltet sich sehr unterschiedlich: Zwischen den Migrantenfamilien ist der Zusammenhalt sehr stark, auch zu den Senioren. Bei deutschen Senior/innen ist das anders - diese leben deutlich stärker isoliert.

Ein Nebeneffekt des Netzwerks besteht darin, dass die Senioren untereinander kleinere Netzwerke gebildet haben (auch zwischen den Kulturkreisen) und aufeinander geachtet wird.

Im Kiez gibt es so gut wie keine kleineren Geschäfte, die manchmal auch eine Art Treffpunkt für Menschen sein können. Im Huttenkids gibt es nur große Firmen.

## **Das Interkulturelle Beratungs- und Begegnungs- Centrum**

Iknur Gümüs informiert über das Interkulturelle Beratungs- und Begegnungs- Centrum. Der Verein Interkulturelles Beratungs- und Begegnungs- Centrum sitzt seit etwa einem Jahr im Haus des älteren Bürgers. Das Projekt arbeitet von dort aus dezentral in mehreren Quartieren in Neukölln. Die Projektmitarbeiter suchen sich geeignete Kooperationspartner, indem sie gezielt zu den ansässigen Einrichtungen und Vereinen gehen. Dort erreichen sie insbesondere die Frauen, die sich dort schon treffen. Sie informieren die Frauen über Gesundheitsangebote.

Das Projekt wendet sich an Frauen, da man über die Frauen auch die Kinder und Männer gut erreichen kann. Das Projekt bietet Präventionsangebote zielgerichtet für die Frauen und Kinder. Kleine Befragungen werden während des Frühstücks organisiert, z. B. welche Themen oder Angebote sie interessieren.

Mit dem Thema Gesundheit - z.B. die gesunde Ernährung der Kinder - werden die Frauen aus allen Kulturen erreicht. Unterschiedliche Bedürfnisse zwischen den Kulturen gibt es hier eher nicht.

6000 Euro im Jahr werden für Miete, Sachkosten und teilweise Personalkosten benötigt, damit einige Kurse über das Jahr aufrechterhalten werden können. Die Projekte werden aus Mitteln des QM bezahlt, wobei die Förderung aufgrund des Projektcharakters zeitlich begrenzt ist. Derzeit werden drei Quartiere durch das QM gefördert, mit zwei weiteren ist das Projekt im Gespräch. Das Büro bietet Beratung an. Mit den Kurs- und Beratungsangeboten werden pro Woche ca. 50 – 60 Personen erreicht, bei Veranstaltungen und Seminaren oftmals auch mehr.

Die Kompetenzen der Migrantinnen werden in die Angebote integriert. Erreicht werden die Frauen durch persönliche Ansprache in den einzelnen Quartieren. Bei Interesse erhalten die Frauen dann konkrete Informationen, z.B. durch Flyer.

Der Personalstamm besteht aus ausgesuchten Mitarbeitern, die auf „Augenhöhe“ mit der Zielgruppe arbeiten: je nach Angebot zwischen 8 und 15 Honorarkräfte, die über das QM bezahlt werden. Die ganz gezielt ausgesucht werden. So kann eine Ärztin, die deutschgebürtig und mit einem türkischen Mann verheiratet ist, differenziert auf medizinische und kulturelle Fragen eingehen. Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl an ehrenamtlichen Helfern.

Sollte bei der Arbeit mit Migranten der Ansprechpartner aus dem gleichen Kulturkreis kommen? Wichtig ist die Form der Ansprache: Diese sollte auf „Augenhöhe“ erfolgen und nicht belehrend oder besserwisserisch sein. Die Muttersprache ist nur für diejenigen wichtig, die die Sprache nicht beherrschen. Sie ernst zu nehmen, nach ihren Bedürfnissen zu fragen und keine fertigen Konzepte überzustülpen.

Festgestellt wurde z.B., dass die Krebsvorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen werden, so dass in den Seminaren über das Thema Krebs gesprochen wurde. Weitere Themen waren z.B. sexuelle Erziehung, HIV, Präventionsangebote für ältere Menschen. Verwendung niedrigschwelliger Methoden: Vorträge mit max. 10 Minuten und daran anschließend Gelegenheit geben, von sich zu erzählen und Fragen zu stellen.

Das Team ist interdisziplinär. Es besteht aus Sozialpädagogen und medizinischem Fachpersonal, so dass die Möglichkeit besteht, schnell Antworten zu erhalten.

Die Zielgruppe für die Präventionskurse reicht von Kinder bis zu den Senioren. Es bestehen z.B. als Dauerangebot Kinderbewegungskurse. Diese finden im Reuterkiez statt, in dem es viele Kinder mit Übergewicht gibt. Es gibt eine enge Zusammenarbeit mit dem KJGD und einer Diätassistentin. In Zusammenarbeit mit einer Schule wird ein Kochkurs für die Mütter mit einer Ernährungsberatung angeboten.

Senioren möchten verschiedenes unternehmen. Sie möchten aus ihrem Kiez raus, trauen sich aber nicht. Hier wird derzeit geplant, Busfahrten zu organisieren, um z.B. Museen zu besuchen o. ä.

Speziell im Bereich Gesundheit sind es allgemeine Themen der Gesundheitsförderung und entsprechende Angebote.

Im Rollbergkiez findet einmal pro Woche im Beratungshaus ein Frühstück statt, welches von den Anwohnern organisiert wird und teils durch das QM, an dem nach Möglichkeit auch die Projektmitarbeiter teilnehmen. Im Reuterkiez findet einmal pro Monat ein Frühstück statt, an dem Gesundheitsthemen besprochen werden. Hierfür haben sich die MA auf die Straße gestellt und die Frauen gezielt angesprochen. Wenn eine Frau angesprochen wurde, nahm diese meist drei weitere Frauen mit. Ansonsten wird über die Kooperationspartner Kontakt zur Zielgruppe hergestellt, die in ganz unterschiedlichen Bezügen zur Zielgruppe stehen. Zu den Frühstücken kommen Menschen aus ganz unterschiedlichen Kulturen.

Es gibt eine arabischsprachige Gruppe, die in dem Projekt mitarbeitet sowie eine Kooperation mit einem arabischen Verein.

Die Kooperationen funktionieren sehr gut. Es besteht in der Regel keine Konkurrenz. Das Projekt die Frauen kommt mit seinen Angeboten zu den Kooperationspartnern. Die Angebote werden als Bereicherung betrachtet.

Die Frühstücke sind grundsätzlich kostenfrei und werden aus Projektmitteln bezahlt. Manchmal geben die Frauen geringe Beiträge von 50 Cent bis ein Euro hinzu.

Männer kommen zu Beratungsgesprächen, aber nicht zu den Angeboten für die Frauen. Sofern die Zielgruppe der Männer angesprochen werden sollte, müsste man andere Lokalitäten (z. B. Caféhäuser) und auch andere Themen auswählen.

Bei den Angeboten selbst wird vorrangig deutsch gesprochen. Sofern es erforderlich ist, wird ein Dolmetscher hinzugezogen, so dass auch jene Frauen erreicht werden, die ausschließlich die Muttersprache beherrschen.

### **Das Haus des älteren Bürgers gGmbH**

Danach sprach Rainer Lachenmayer über Erfahrungen im Haus des älteren Bürgers gGmbH. Für die Gesamtprojekträgerschaft ist das Haus des älteren Bürgers gGmbH (HdäB) verantwortlich. Gesellschafter sind derzeit: der Paritätische Wohlfahrtsverband, LV Berlin e.V. mit 95 Prozent der Gesellschafteranteil sowie die Jüdische Gemeinde zu Berlin mit fünf Prozent Gesellschafteranteilen.

Die beiden Verbände haben die Gesamtverantwortung für ein Haus übernommen, das ursprünglich in der Trägerschaft des Landes Berlin (50 Prozent der Gesellschafteranteile) und der sechs Berliner Wohlfahrtsverbände (für die weiteren 50 Prozent) gewesen ist.

Auf einem Pachtgrundstück im Berliner Bezirk Neukölln war mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Stiftung Hilfswerk Berlin eine Modelleinrichtung für ältere Bürger errichtet worden. Hier war zunächst die gemeinnützige Gesellschaft alleinverantwortlicher Angebotsträger. Die Wirtschaftsplanungen setzten allerdings schon bald einen erheblichen jährlichen Subventionsanteil des Landes Berlin zur Finanzierung der Gesamtarbeit voraus. Das Konzept erwies sich als nicht tragfähig. Aus Sparzwängen heraus wurde zunächst über Jahre hinweg die Gebäudesubstanz vernachlässigt, dauerhaft erwies es sich als unmöglich, die Einrichtung in der Grundstruktur weiter zu betreiben. Angesichts des drohenden Konkurses erklärten sich der Paritätische Wohlfahrtsverband, LV Berlin, e.V. und die Jüdische Gemeinde zu Berlin bereit, die Gesamtverantwortung auch für die aufgelaufenen Schuldverpflichtungen zu übernehmen und das Objekt mit neuem Konzept zu betreiben.

Mit Mitteln der Stiftung DKLB wurden Teile des Objekts für eine zukünftige Arbeitsausrichtung modernisiert. In der neuen Gesellschafterstruktur und nach erfolgtem Umbau stand das Haus des älteren Bürgers ab 26. Februar 1999 wieder für die Öffentlichkeit zur Verfügung. Während es in den ersten Jahren darauf ankam, die aufgelaufenen Schulden zu tilgen, wurden parallel konzeptionelle Anpassungen vorgenommen. In der jetzigen Struktur hat die Einrichtung den Status erreicht, der im Wortsinne als modellhafter Arbeitsansatz zu verstehen ist.

Nähere Informationen über die jetzige Angebotsstruktur und eine Bildergalerie, die über die Programmvielfalt informiert, sind unter [www.alter-nativ.org](http://www.alter-nativ.org) abrufbar.

Auf einem etwa 2500 qm großen Grundstück wird die Immobilie "Haus des älteren Bürgers" in ihrer gesamten Angebotsstruktur (Erdgeschoss, zwei weitere Vollgeschosse; Gruppen- und Nutzungsräume im Keller sowie eine Dachterrasse) als offenes Haus neu konzipiert. Niedrigschwellige Angebote und ein kostengünstiger Mittagstisch sollen Anreiz für die Bevölkerung im Wohnumfeld sein, in die Einrichtung zu kommen. Über den unverbindlichen Zugang zum Haus finden die Menschen dann eine Angebotsvielfalt von der Beratung bis zu leistungsrechtlich refinanzierbaren Angeboten, die sie jeweils individuell für sich nutzen können. Der im Wohnumfeld zu registrierende hohe Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht deutscher Herkunft ist bei der Angebotsentwicklung besonders zu berücksichtigen.

Anstelle der ursprünglichen Generalverantwortung der Gesellschaft hat die HdäB gGmbH im Rahmen ihrer Projektverantwortung die Angebotssteuerung in erster Linie durch die Vermietung und Vergabe entsprechender Räume an soziale und gesundheitliche Angebotsträger weiterentwickelt. Bei der Auswahl der Mieter und Angebotsträger wurde dabei Wert auf sich ergänzende Angebote gelegt, die jeweils in Verantwortung eigenständiger Betreiber liegen. Eine Konzentration auf bestimmte Trägerstrukturen gibt es grundsätzlich nicht. Private und gemeinnützige Anbieter, Organisationen mit Schwerpunkten im Leistungsrecht, aber auch zuwendungsförderte Projekte und freie Gruppen stehen für eine Angebotsvielfalt, die entwickelt wurde und deren weitere Entwicklung ständiges Thema bei der mittelfristigen Planung ist.

Auch die satzungsgemäß gebotene Grundorientierung auf die Interessenschwerpunkte älterer Menschen an gesundheitlich sozialer Angebotsvielfalt wird nicht dogmatisch verstanden: das zum Angebotsspektrum gehörende Bewegungsbad ist über partielle Untervermietung offen für verschiedene Gruppen, die außerhalb eines großen Badebetriebes die Warmwassersituation des Bewegungsbades zu schätzen wissen. Zielgruppen wie Rheumatiker oder Schwerbehinderte sind hier zu nennen; mit dem zusätzlichen Angebot des Babyschwimmens im Bewegungsbad an einzelnen Tagen werden nun aber bewusst auch sehr junge Zielgruppen "angesprochen". Auch die seniorengerechte Kegelbahn, die wegen ihres verkürzten Anlaufs auch

für Kinder geeignet ist, wird wiederkehrend von Grundschulklassen oder für gesellige Veranstaltungen wie Kindergeburtstage gern genutzt.

Die Haus des älteren Bürgers gGmbH betreibt eine Seniorenbegegnungsstätte, ist als Veranstalter von Tagesfahrten in die Umgebung Berlins zusätzlich tätig, fördert in Mitträgerschaft des Projekts BIG BEN (Büro der Interessengemeinschaft für bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe) die ehrenamtliche Arbeit im Bezirk Neukölln. Des Weiteren wird in Kooperation mit dem Paritätischen Seniorenbüro auch die Mediendatenbank "Licht und Schatten" zum Thema „Tod und Trauern“ gepflegt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Die soziale Arbeit für ältere Menschen insgesamt wie auch die Vergabe an Räumen für freie Gruppen werden durch zwei Sozialarbeiterinnen mit jeweils 75 Prozent der Regelarbeitszeit einer Vollzeitstelle geleistet. Zu den Aufgabenstellungen der Sozialarbeiterinnen gehört ausdrücklich der Aspekt Vernetzung. Dies schließt die Kontaktpflege zu potentiellen Mietern ebenso ein wie die Mitverantwortung für Perspektivplanungen für Raumnutzungen.

Das Café Restaurant Atrium, Betreiber VITA e.V. Berlin, ist nicht nur verantwortlich für Speisen und Getränke für die Besucherinnen und Besucher der Offenen Angebote. Ein preiswerter Mittagstisch trägt dazu bei, dass Menschen aus dem Wohnumfeld das Haus aufsuchen und – insbesondere an Wochenenden - auch die Räume für Familienfeiern oder sonstige Großveranstaltungen inklusive Catering buchen.

Die ABZ - Sozialstation "Die Umalleskümmerkäfer" mit dem kompletten Leistungsspektrum nach SGB V, SGB XI und SGB XII, ist im Hause ebenso vertreten wie der ABZ Haushaltsdienst mit mobiler Fußpflege.

Das TherapieZentrum Neukölln GmbH ist Betreiber des Bewegungsbades und einer Physiotherapie. Der Geschäftsführer des TZN hat zusätzlich einen Verein gegründet, um in den weiteren angemieteten Räumlichkeiten Fitness- und gesundheitsfördernde Angebote anzubieten, die zum Teil über Leistungen nach SGB V refinanziert werden können. Darüber hinaus werden die Räume an weitere Vereine, wie z.B. der Rheumaliga und dem DRK zur Nutzung vermietet.

Die Mosaik-Werkstätten für Behinderte gGmbH sind Angebotsträger für eine Fördergruppe. Bis zu 30 behinderte Menschen erhalten über das Angebot eine individuell ausgerichtete Förderung.

Ein "Klassisches Beratungsangebot" im Hause ist die "Koordinierungsstelle Rund ums Alter" in Trägerschaft des Humanistischen Verbands Deutschlands, LV Berlin, e.V., deren Spektrum von Information und Beratung bis zum Casemanagement reicht. Grundlage für dieses Angebot ist eine Zuwendungsförderung aus dem so genannten "LIGA-Vertrag", in den zweckgebundene Mittel des Landes Berlin für die Förderung sozialer Angebote einfließen.

Ebenfalls in Trägerschaft des HVD bietet das Senioren-Internet-Café „Weltenbummler“ im Haus Computer-Kurse zu den verschiedenen Themen sowie einen Internetstammtisch an.

Das Türkisch-Deutsche Zentrum bietet in Zusammenarbeit mit TÖYED e.V. allgemeine Sozialberatung, Rechts- und Rentenberatung sowie die Unterstützung beim Ausfüllen amtlicher Formulare.

Ein weiteres Angebot mit interkulturellem Hintergrund hält der IBBC e.V. vor, der es sich zum Ziel gemacht hat, die gesundheitliche Situation von benachteiligten Menschen, insbesondere Menschen nicht deutscher Herkunft durch Gesundheitsberatung und Präventivmaßnahmen zu verbessern.

Der interkulturelle Arbeitsansatz spiegelt sich insbesondere auch in den Angeboten einer Ernährungsmedizinerin (DAEM-DGEM) und einer Diplom-Oecotrophologin wider, die mit einer zertifizierten Schwerpunktpraxis des Bundesverbandes der Ernährungsmediziner im Haus vertreten ist. Das Angebot umfasst die Durchführung von Präventivkursen in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Entspannung. Diese richten sich speziell an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, insbesondere an Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Migrationshintergrund. Bei den Ernährungskursen handelt es sich um kultursensible Kurse, bei denen die besonderen Ernährungsgewohnheiten der Familien, die aus anderen Kulturkreisen stammen, berücksichtigt werden.

VITA e.V. Berlin bietet darüber hinaus eine gerontopsychiatrische Tagespflege auf der Grundlage des SGB XI. Der Tagespflege räumlich unmittelbar vorgelagert ist zusätzlich ein von VITA e.V. Berlin betriebener zugewandungsgeförderter Seniorentreff. Hier ergeben sich schon aufgrund des räumlichen Zuschnitts unmittelbare Begegnungen und Kontakte zwischen Pflegebedürftigen und älteren aktiven Menschen.

Der zugewandungsgeförderte Mobilitätshilfedienst der Unionhilfswerk Sozialeinrichtungen gGmbH rundet das Hausangebot ab. Selbstverständlich ist dieser Hilfsdienst nicht nur geeignet, um Menschen mit körperlichen Einschränkungen aus dem Wohnumfeld zu den Angeboten innerhalb des Hauses zu holen und in die Wohnung zurückzuleiten. Der Mobilitätshilfedienst hat die Aufgabe, die Möglichkeiten zu Außenkontakten insgesamt für Personen mit Mobilitätseinschränkungen entwickeln zu helfen und ihnen somit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Unter anderem ist gerade das hier genannte Einsatzfeld auch eine qualifizierte Beschäftigungsoption für arbeitslose Menschen mit Anspruchsgrundlagen auf der Basis des SGB II, die eine Möglichkeit zur Tätigkeit mit Mehraufwandsentschädigung finden.

**Zusammenfassung:** Mit einer neu entwickelten Konzeption ist es gelungen, das mit erheblichem Förderaufwand geschaffene "Haus des älteren Bürgers" für eine gemeinwesenorientierte, schwerpunktmäßig auf die Belange älterer Menschen ausgerichtete Arbeit nutzbar zu machen. Mit nur minimalem Regieaufwand und knappen personellen Ressourcen wurde eine "Millionenschuld" (in DM-Kategorien) getilgt. Die Immobiliensubstanz wurde verbessert und Mietern und Nutzern zugeführt, die ergänzend in die Angebotsstruktur des Hauses passen. Alle Mieter und Nutzer werden motiviert, an der Weiterentwicklung des Konzeptes mitzuarbeiten.

Die "gelebte Trägerverantwortung" der derzeitigen Gesellschafter belegt, dass Sparsamkeit und nachhaltige Entwicklung in der gemeinwesenorientierten Arbeit keine sich ausschließenden Begriffe sind.

Das Haus des älteren Bürgers bietet für Bürgerinnen und Bürger ein überschaubares "Shop-in-Shop-System" mit unterschiedlichen Dienstleistungen der gesundheitlichen sozialen Versorgung, mit offenen und beratenden Angeboten und mit der Möglichkeit zum geselligen Miteinander. Über die Mitarbeit im geriatrisch - gerontopsychiatrischen Verbund Neuköllns werden Bezüge zur kommunalen Weiterentwicklung der Arbeit in einem großen Maßnahmenfeld hergestellt. Die jeweils eigenständige wirtschaftliche und inhaltliche Verantwortung der einzelnen Hausmieter sichert die Funktionalität und hält die ökonomischen Risiken insgesamt in engeren Grenzen.

In ihrer Eigenschaft als Vermieter ist die Gesellschaft dabei bemüht, die jeweiligen Grundmieten auch in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit der Mieter zu definieren.

Eine finanzielle Förderung erhält die Gesellschaft über das Bezirksamt Neukölln, Abteilung Sozialwesen, für die "Offene Seniorenarbeit" im Hause. Regie- und Vernetzungsarbeit werden nicht gefördert; diese Leistungen werden von der gemeinnützigen Gesellschaft unmittelbar aus Eigenmitteln getragen.

Aus Sicht eines Verbandes, der selbständige Organisationen zu unterstützen hat, geht es primär um die Frage, was kann man selbst machen. Anstelle der Förderung kann man z.B. auch mit einer geringeren Miete unterstützen.

Als weiterer Impuls die Kernfeststellung: Förderung ist die Grundlage der Arbeitsentwicklung. Förderung kann aber auch der „Tod“ qualitativer Arbeit sein, weil bislang die klassischen Förderungsinstrumentarien eher immer darauf abzielen, dass nur bestimmte Qualitäten bedient werden. Wir stehen vor dem Problem, dass das, was wir momentan machen können, nur dann gefördert wird, wenn man nachweisen kann, dass man mit 80 Prozent des Umsatzes 120 Prozent der Leistung erreicht. Die Verdichtung in der Arbeit kann stattfinden, weil viele Routine entwickelt haben. Diese Routine ist auch nötig, nicht um den hier und jetzt älteren Menschen zu erreichen, sondern wir müssen uns darauf ausrichten, dass die Altenarbeit sich auf Menschen einstellen muss, die auch tatsächlich „sozial schwach“ sind. Es gibt erziehungsunfähige Eltern, es gibt Kinder, die ohne Schulabschluss irgendwo vom Jobcenter in das Nirwana durchgereicht werden, die über Jahrzehnte hinweg keine soziale Integration erfahren haben. Alles potenzielle Kunden der Altenarbeit. Appell an alle Menschen, sich jetzt schon Konzepte zu überlegen, wie diese Menschen erreicht werden können, die die Gesellschaft das ganze Leben nie haben wollte.

Das sind die Aufgaben der Zukunft und über den Demografiefaktor wird diese Gruppe immer größer.

Förderung heißt insofern auch, die Chance zu nutzen, in bestimmten Zusammenhängen etwas zu gestalten, obwohl man weiß, dass das was man macht, nicht dauerhaft tragfähig ist. Die durchaus verdienstvollen Diskussion über Mehrgenerationenhäuser und intergenerative Arbeit hat irgendwo die Frage auch im Hintergrund: was passiert mit jenen, die aus welchem Grund auch immer, nicht unter einem Dach mit anderen leben wollen. Auch hier muss es Antworten geben.

Ältere Menschen, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit sind Gemeinwesenbegriffe. Wir tun uns dauerhaft keinen Gefallen, wenn wir den Aspekt der Pflege in ein spezifisches Betrachtungsfeld packen. Es ist zu wünschen, dass der Umgang mit älteren Menschen mit Pflegebedarf im Kiez diskutiert wird. Und dies nicht nur aus der Sicht der Dienstleister und potenziellen Kunden.

Dort, wo es sozial benachteiligte Menschen gibt, gibt es auch sozial Benachteiligende. Die Zielgruppen, die wir erreichen, sind immer auch diejenigen, die eine andere Gruppe eher diskriminieren als integrieren. Die Steuerung der Arbeit ist insofern eine wesentliche Aufgabe. Nicht stolz zu sein, dass man Menschen erreicht, sondern zu schauen, ob diese erreichten Menschen nicht irgendwo Reservate für sich errichten, die andere wieder ausgrenzen. Und hier Impulse zu geben, zu mehr Offenheit bezogen auf die paradiesische Zeit, wo alles umsonst war. Hier zu sagen, es dreht sich nicht darum, nur Anreize zu geben, sondern auch zuzugestehen, dass es zunächst ausreichen muss, offen zu sein für Menschen. Und zwar nicht, weil sie etwas wissen wollen oder sich informieren wollen, sondern dass man einen äußeren Anschein erweckt, dass Menschen irgendwo hingehen können, in ihrem gewohnten Quartier,

wo sie keine Angst zu haben brauchen; diesen Schritt als ersten zu begreifen, denn Quartiersorientierung ist die Grundvoraussetzung. Erst wenn mehr bereit sind, für sich zu akzeptieren, dass sie nicht nur gemeinsam in einem Raum, sondern an einem Tisch sein können, ist der nächste Schritt der Arbeit erreicht. So bescheiden sollten wir sein, wenn es darum geht, Arbeiten zu entwickeln. Und ich gehe davon aus, dass dieser sehr gesunde Umgang miteinander, letztendlich auch dazu beiträgt, dass Menschen eher Interesse haben, gesund zu bleiben, oder gesund zu werden. Nur wenn das Leben trotz aller Einschränkungen als lebenswert zu erscheinen vermag, gibt es Interesse, etwas für sich zu tun und diesen Ehrgeiz muss man in den Menschen wieder erwecken.

### **Älter werden in der Schillerpromenade**

Martina Schätzle von der Projektagentur Domäne Dahlem stellte das Soziale-Stadt- Projekt „Älter werden in der Schillerpromenade“ vor, ein Modul aus dem aktuellen Projekt „Ein Stadtteil schwingt sich auf“ zur Gesundheitsförderung im QM-Gebiet Schillerpromenade in Neukölln. Neben der gezielten Gesundheitsförderung der älteren Stadtteilbewohner, geht es in diesem Modul grundsätzlich um die Verbesserung ihrer Lebensqualität und aktiver Einbindung in das Kiezeschehen.

Der Schillerkiez hat ca. 20.000 Bewohner, 20 Prozent sind über 55 und 10 Prozent über 65 Jahre alt, darunter eine ständig wachsende, meist türkischstämmige Gruppe von Migranten der 1. Zuwanderergeneration.

Die Eröffnung der Projektstandorte war im März 2007, das Modul ist bis Ende 2008 finanziert. Zuvor wurde eine Studie durchgeführt, in der nach den spezifischen Bedürfnissen der Anwohner gefragt wurde. Die Analyse der Zielgruppe „Senioren“ ergab einen erheblichen Förderbedarf. Im Gebiet fehlt es an allgemeinen Angeboten zur Alltags- und Freizeitgestaltung, im Quartier selbst gibt es keine Seniorenfreizeitstätte. Obwohl der Kiez an den Rollbergkiez angrenzt, in dem sich auch das Haus des älteren Bürgers befindet, stellt die Hermannstraße, die zwischen beiden Quartieren verläuft, eine große Barriere in den Köpfen der Anwohner dar und wirkt isolierend.

Da es im Schillerkiez keine gesundheitsrelevanten Ernährungs-, Bewegungs- und Informationsangebote für Senior/innen gibt, war ein Ziel des Projektes, ein entsprechendes Angebot für Senior/innen, insbesondere für sozial Benachteiligte und Senioren mit Migrationshintergrund zu gestalten. Die Angebote/Kurse sind umsonst, lediglich für die Ernährungskurse wird eine Umlage von 1-2 Euro entrichtet. Während Informationsveranstaltungen und Gesprächskreise zu „Gesundheits“-Themen kaum wahrgenommen werden (trotz Multiplikatoren aus dem Gesundheitsbereich wie Ärzten, Apothekern, Pflegekräften) und das Bewegungsprogramm nur schleppend anläuft, stoßen lediglich Computerkurse und Internetangebote auf großes Interesse, Sie werden allerdings vor allem bzw. nur vom „aktiven Mittelstand“ wahrgenommen. Auch mit den Ernährungskursen konnte die gewünschte Zielgruppe bisher nicht erreicht werden. Derzeit ist das Projekt dabei, nach den Ursachen für die geringe Beteiligung der Zielgruppe zu forschen und Befragungen sowohl unter Initiativen im Stadtteil als auch bei der Zielgruppe selbst durchzuführen. Grundsätzlich ist das Misstrauen der älteren Bürger im Stadtteil sehr groß. Flyer an alle Haushalte, Plakate und Artikel in der Kiezeszeitung „Promenadenpost“ führten nicht zum gewünschten Erfolg. Das Projekt und die Standorte sind nach viermonatiger Laufzeit bei einem Großteil der Zielgruppe unbekannt. Möglicherweise fühlt sich die Zielgruppe nicht angesprochen, weil sie zuvor noch nie angesprochen wurde. Es wurde die Vermutung formuliert, ein kostenloses Angebot könne gar nicht seriös sein. So entstand sogar der Verdacht, eine Sekte stünde hinter dem Programm.

Eine weitere Erfahrung ist, dass sich Senioren nicht unbedingt als Senioren fühlen bzw. fühlen wollen. Eine Teilnahme an Senioren-Angeboten wird ausgeschlossen.

Einen besseren Projekttitel zu wählen, in dem weder die Begriffe „Gesundheit“ noch „Alter“ erwähnt werden, sondern z.B. aus den Begriffskreisen Kultur, Spaß und Wohlbefinden wäre eventuell eine Möglichkeit, attraktiver zu erscheinen. Statt dem Begriff „Gesundheit“, der oft auch „Krankheit“ suggeriert, sollte das Treffen und das gemeinsame Erleben hervorgehoben werden.

Es gibt Überlegungen, neue Kooperationspartner und Multiplikatoren - z.B. Frisöre, Lebensmittelgeschäfte, Hauswarte, Wohnbaugesellschaften – zu gewinnen. Ebenso werden die beiden Module „Älter werden in der Schillerpromenade“ und „Ein Stadtteil schwingt sich auf – kompetente Eltern und gesunde Kinder in einem vernetzten Stadtteil“ teilweise zusammgelegt. Schwerpunkte werden intergenerative Angebote sein, da die Erfahrungen zeigten, dass z.B. Kochkurse für Familien den Kochkursen ausschließlich für Senioren vorgezogen werden, denn, so der Originalton einer Anwohnerin, „...alt bin ich alleine“.

Initiiert vom QM wird das Projekt über das Programm „Soziale Stadt“ gefördert. In kurzer Zeit soll etwas aufgebaut werden, das dann an die bestehenden Vereine und Initiativen im Stadtteil weitergegeben werden soll.

Ein schwerwiegendes Problem für die Projektverantwortlichen ist der Zeitdruck, in einem so kurzen Zeitraum ein nachhaltiges Angebot zu etablieren.

Aus der nachfolgenden, angeregten Diskussion ergaben sich folgende Hauptforderungen für das Abschlussplenum:

### **Hauptforderungen/ Hauptaussagen der Arbeitsgruppe 1:**

Nachhaltigkeit wird erreicht, indem

- Förderung über extrem kurze Projektzeiten vermieden wird, und Kontinuität und Erfahrung des Personals ermöglicht wird.
- mit bereits bestehenden Netzwerken gearbeitet wird, diese weiter entwickelt werden, und nicht immer wieder neue Projekte für neue Netzwerke eingesetzt werden.
- bei jungen Alten (in der nachberuflichen Phase) angesetzt wird um deren soziale Netzwerke zu fördern und deren Ressourcen und Kapazitäten zu erhalten, um zu versuchen, spätere Isolation zu vermeiden,
- wesentlich: gerade in der Arbeit mit Benachteiligten: auf Augenhöhe kommunizieren.
- aufsuchende Arbeit dort wo die Zielgruppen sich befinden.
- Kiezorientierung: kleinräumige Arbeit.

## **Protokoll der Arbeitsgruppe 2 „Politisch und bürgerschaftlich aktiv im Alter“**

Moderation:

- **Renate Michalski**, Seniorenvertretung Reinickendorf
- **Dr. Heinz Trommer**, Sprecher des Arbeitskreises Altern und Gesundheit von Gesundheit Berlin

Impulsreferate:

- **Werner Schiffmann**, Bezirksamt Mitte, „Potentiale des Alters erkennen, nutzen und stärken“
- **Jo Rodejohann**, Seniorekompetenzteam Berlin, „Schulung zum Senior-Trainer für eine aktive Teilnahme am Gemeinwesen“

Podium:

- **Dr. Gudrun Borchardt**, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Berlin Brandenburg
- **Regina Saeger**, Landesseniorenbeirat Berlin
- **Barbara Waigel**, Evangelische Fachhochschule Berlin
- **Ulrika Zabel**, Kompetenzzentrum Altenhilfe Berlin

Protokoll:

- Ina Wlodech
- Renate Michalski

Renate Michalski und Dr. Heinz Trommer begrüßten die Teilnehmer in der AG 2 und vermittelten die Zielstellung der Beratung: Einschätzung der Ausgangslage in den Amtsbezirken, Stadtteilen und Kiezen, Fixierung von Zielen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Formulierung von realisierbaren Maßnahmen. 29 Teilnehmer/innen gestalten eine anregende Diskussion. Die Zeit reichte nicht aus.

### **Potentiale des Alters erkennen, nutzen und fördern**

In dem Beitrag von Werner Schiffmann „Potentiale des Alters erkennen, nutzen und fördern“ wurde von einer intensiven Vorbereitung über ein Jahr berichtet: sektorenübergreifend, alle Ressorts im Amtsbezirk einbeziehen, gute Zusammenarbeit mit Seniorenvertretungen, Umsetzung der Berliner Leitlinien zur Seniorenpolitik auf einen Amtsbezirk, Beachtung der unterschiedlichen Lebenslagen in den kommunalen Ebenen (Kieze), Netzwerk unter Beteiligung von Heimräten und Wohnungsbaugesellschaften geschaffen. Beschwerdestelle für Pflege eingerichtet.

In der Aufgabenstellung wird von bezirklichen Leitlinien ausgegangen:

Die Seniorenpolitik im Bezirk Mitte basiert auf dem Grundsatz der Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und weitest gehender Selbstorganisation älterer Menschen. Dabei gilt es die Potenziale älterer Menschen zu nutzen und zu fördern und gleichzeitig die möglichen Hemmnisse des Alters anzuerkennen, um notwendige Hilfen und Unterstützung zu leisten. Bezirkliche Seniorenpolitik ist daher nicht nur für Senior/innen, sondern mit Senior/innen zu gestalten und eine Querschnittsaufgabe, die fast alle Politikbereiche einbezieht. Die gegebenenfalls unterschiedlichen Interessen von Frauen und Männern sind dabei ebenso zu berücksichtigen wie die älterer Migrantinnen.

Es müssen im Hinblick auf die demografische Entwicklung in Mitte zukünftig verstärkte Anstrengungen unternommen werden, ältere Migrantinnen, deren Potenziale und Erfahrungen in alle gesellschaftspolitischen Bereiche einzubeziehen und für die Arbeit in der Seniorenvertretung zu gewinnen, um eine gleichberechtigte Teilhabe und Partizipation zu gewährleisten. Die interkulturelle und kultursensible Ausrichtung der Altenhilfe ist daher Ziel bezirklicher Seniorenpolitik. Gemeinsam mit den Akteuren der Altenhilfe, den Migrantenselbsthilfeorganisationen und den Bürgern mit Migrationshintergrund ist zu klären, ob und wie bestehende Angebote multiethnisch genutzt werden können, oder wo und in welchen Fällen es spezifischer Angebote bedarf, die auf unterschiedliche Kulturen ausgerichtet sind, um die Angebote bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und auszubauen.

Die gesellschaftliche Teilhabe und das bürgerschaftliche Engagement der älteren und alten Menschen ist sowohl für die Älteren selbst als auch für die Gesellschaft insgesamt zunehmend von Bedeutung und wird vom Bezirk unterstützt und gefördert. Er wird durch geeignete Maßnahmen die Selbsthilfebewegung und das bürgerschaftliche Engagement älterer Menschen unterstützen, Vorhandenes stabilisieren und ausbauen sowie Neues mit aufbauen. Er unterstützt Maßnahmen und Projekte, die die Potenziale älterer Menschen fördern, nutzen und qualifiziert einsetzen.

Zur Förderung und Entwicklung sowohl des bürgerschaftlichen Engagements als auch der Weiterbildung älterer Menschen im Sinne des „Lebenslangen Lernens“ müssen sich die Angebote der Bildungs- und Altenhilfe vor allem auch auf die sehr heterogene Bildungs- und Sozialstruktur der Senior/innen in Mitte einstellen. Die Angebote werden daher unter Berücksichtigung der differenzierten Lebenslagen und Fähigkeiten älterer Menschen sowie der unterschiedlichen Bedarfe und Ansprüche entwickelt und geeignete Zugangsmöglichkeiten geschaffen.

Der Bezirk begleitet und unterstützt den notwendigen generationsübergreifenden und interkulturell ausgerichteten Entwicklungs- und Vernetzungsprozess der Seniorenbegegnungsstätten, in dem er gemeinsam mit den Trägern der Begegnungsstätten sowie weiteren relevanten Akteuren im Bezirk geeignete Maßnahmen zur Umsetzung der formulierten Anforderungen initiiert und erarbeitet. Eine Vernetzung bzw. Kooperation mit den Stadtteilzentren und den Einrichtungen für Senior/innen ist anzustreben, um unnötige Doppelangebote zu vermeiden und vorhandene Ressourcen zu nutzen. Die Angebote sind gemeinsam mit den Akteuren und den Bewohnern vor Ort weiter zu entwickeln und auszubauen.

Die Umsetzung der weitest gehenden Barrierefreiheit sowohl innerhalb der bezirklichen Verwaltung wie auch im öffentlichen Raum ist Ziel der Seniorenpolitik in Mitte. Der Bezirk wird sich daher weiterhin im Rahmen seiner Möglichkeiten und in Abstimmung mit den an der Verkehrsplanung Beteiligten dafür einsetzen, dass zumindest im Nahbereich altersgerechtere Bedingungen geschaffen werden und der barrierefreie Zugang zu allen öffentlichen Einrichtungen umgesetzt wird.

Folgende neue Wohnformen sind vom Bezirk in Zusammenarbeit mit den Wohnungsbaugesellschaften, Sozialverbänden, Seniorenvertretungen, Behindertenbeauftragten und freien Trägern der Seniorenarbeit zu erarbeiten und auf Umsetzung zu prüfen:

- Wohnen mit Serviceleistungen
- Betreute Wohngruppe / WG
- Wohnstift
- Betreutes Wohnen
- Generationsübergreifende Mischwohnformen ( Alt und Jung in einem Haus )

Der Bezirk Mitte wird sich im Rahmen seiner Möglichkeiten für einen verbesserten Verbraucherschutz für Senior/innen einsetzen.

Der Bezirk verpflichtet sich, in seiner Verantwortung für die Lebensqualität der Älteren darauf hinzuwirken, dass die Ursachen für Gewalt abgebaut werden. Die bisherige gute Zusammenarbeit mit Vereinen, Verbänden, Polizeiabschnitten und dem Bezirk ist dahingehend weiter auszubauen und zu organisieren.

Damit die durch eine gestiegene Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre auch Jahre guter bzw. zufrieden steller Gesundheit sind, sind Prävention und aktive Gesundheitsförderung dringend erforderlich. Sie können die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und Teilhabe der älteren Generationen erhalten und stärken sowie ein sinnerfülltes Leben im Alter ermöglichen. Der Bezirk fördert und unterstützt die Entwicklung entsprechender Angebote.

Der Bezirk setzt sich auch zukünftig im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür ein, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Alter nachhaltig zu verbessern und zukunftsfähig zu gestalten. Dazu bedarf es fundierter Kenntnisse über den Gesundheitszustand älterer Menschen im Bezirk. Die Erstellung eines bezirklichen Gesundheitsberichtes mit dem Themenschwerpunkt „Alter“ wird daher als notwendig erachtet.

Der Bezirk setzt sich auch weiterhin für die Umsetzung des im SGB XI (elftes Gesetzbuch – soziale Pflegeversicherung) postulierten Grundsatzes „ambulant vor teilstationär“ und „teilstationär vor stationär“ ein. Um dem Grundsatz gerecht zu werden, müssen ausreichende Beratungssysteme und Unterstützungsangebote bereitgehalten werden und stärker bekannt gemacht sowie sozialräumlich und kultursensibel mit bereits bestehenden Strukturen vernetzt werden.

Der Bezirk wird im Rahmen seiner Möglichkeiten darauf einwirken, dass die Rahmenbedingungen für die unterschiedlichen Pflegesituationen im privaten und institutionellen Bereich so zu gestalten sind, dass daraus möglichst kein Gewaltpotential entstehen kann. Die eingerichtete Stelle eines bezirklichen Beschwerdemanagements im Sozialamt zu allen Fragen der Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen wird unterstützt.

Der Bezirk wird im Rahmen seiner Möglichkeiten darüber wachen, dass die geltenden Gesetze wie z. B. das Heimgesetz, die Heimmitwirkungsverordnung, die Heimpersonalverordnung sowie das Pflegesicherungsqualitätsgesetz eingehalten werden. Er wird sich für den Einsatz und die Stärkung geschulter und unabhängiger Heimbeiräte in den Heimen einsetzen. Mit den gewählten Heimbeiräten und den Heimfürsprechern wird der Bezirk Mitte kontinuierlich zusammenarbeiten.

Der Bezirk wird sich im Rahmen seiner Möglichkeiten für eine verstärkte Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege einsetzen und dieses Anliegen in die entsprechenden Gremien einbringen.

### **Gemeinsam wurde ein Maßnahmenplan 2006 erarbeitet:**

- a) Veröffentlichung des Entwurfs auf der bezirklichen Internetseite zur Herstellung einer breiten Öffentlichkeit und zur Eröffnung des Diskussionsprozesses.
- b) Vorstellung und Diskussion des Entwurfs in den verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen ( z. B. AK Pflege - Ältere Migranten; Geriatriisch-gerontopsychiatrischer Verbund Mitte usw.) fortlaufend im Jahr 2006.
- c) Verstetigung der eingerichteten Beschwerdestelle zum Thema „Pflege“ im Sozialamt.
- d) Gemeinsame Gesprächsrunde mit den gewählten Heimbeiräten zur Situation in den Pflegeeinrichtungen; Einladung durch den Bezirksstadtrat für Gesundheit und Soziales.
- e) Durchführung einer Veranstaltung (Workshop) im Herbst 2006 zur gemeinsamen Diskussion und Weiterentwicklung des Konzeptentwurfs mit den beteiligten Akteuren der Seniorenarbeit im Bezirk Mitte.
- f) Planungsprozess zur Entwicklung von „Leitlinien zur Seniorenpolitik in Mitte“.

### **Vorgehensweise und Arbeitsschritte**

- Grundlage: Auftrag der BVV zur Erarbeitung der Leitlinien (Mai 2005)
- Einrichtung einer Arbeitsgruppe, moderiert von der Sozialplanerin
- Beteiligte: Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit und Soziales
- Seniorenvertretung Mitte, Mitarbeiter des Bezirksamtes Mitte
- Dauer des Prozesses: ca. 1 Jahr
- Für jeden Abschnitt wurden gemeinsame Vorschläge erarbeitet und jeweils verbindlich abgestimmt.
- Vorlage an die BVV: Kenntnisnahme als Zwischenbericht
- Stand der Umsetzung: die Punkte a-d der Maßnahmenplanung sind umgesetzt. Offen ist noch die Durchführung eines Workshops, der im Herbst 2007 geplant ist.

Diskussion: Aktivitäten zum bürgerschaftlichen Engagement sind in den Berliner Amtsbezirken sehr divergent, das gilt auch für die Aktivitäten der Seniorenvertretung. Als Interessenvertretungen sind diese oft noch zu wenig in der Öffentlichkeit bekannt.

Informationen für die Einbeziehung von Interessenten in die Handlungsfelder des bürgerschaftlichen Engagements müssen wirksamer gestaltet werden. Gewünscht wird insgesamt mehr Bürgernähe. Ansprechpartner für Seniorenangelegenheiten sollten mehr auch außerhalb der „Amtsstuben“ (Schwellenangst) vorhanden sein: Beratungsstellen wurden „eingespart“. Gegenwärtig gibt es bereits 14 Einrichtungen der Freiwilligen-Agenturen, die noch wirksamer in den Kommunen integriert werden sollten.

Es fehlen aufsuchende Dienste, da die Mobilität vieler Älterer beeinträchtigt ist. Bestehende Netzwerke müssen besser personell ausgestattet werden (Planungssicherheit).

Gute Erfahrungen gibt es im Amtsbezirk Hellersdorf-Marzahn: intensive Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Seniorenvertretung, ein ressortübergreifendes Netzwerk wurde geschaffen, auch der Behindertenbeirat wurde einbezogen, es gibt Kooperationsvereinbarungen mit 41 Wohnungsanbietern, Basis ist die Sozialstudie für den Amtsbezirk; Beschlüsse der BBV: Zeitschiene für die Berichterstattung wird veröffentlicht; Probleme bei eingeschränkter Mobilität Älterer: Teilnahme erschwert (Fahrkosten!). Schlussfolgerung: Der Kiez muss immer Ausgangspunkt sein!

Weitere Beispiele: Bildung eines Ehrenamtsbüros im Rathaus Pankow, Einsatz eines Seniorenbeauftragten, Sozialkommissionen sollten andere Funktionen und Aufgaben erhalten (gesetzliche Regelungen ändern!).

## **Schulung zum Senior-Trainer für eine aktive Teilnahme im Gemeinwesen**

Mit dem Beitrag von Jo Rodejohann „Schulung zum Senior-Trainer für eine aktive Teilnahme im Gemeinwesen“ wurden interessante Informationen über bisher wenig bekannte Qualifikationsmöglichkeiten vorgestellt: Seniorenkompetenz und lebenslanges Lernen, die neuen Alten als „Retter der Nation“, Aufbau des Modellprojektes, Berliner Erfahrungen und Schlussfolgerungen für künftige Vorhaben.

### **1. Was heißt Seniorskompetenz?**

Als Ausgangspunkt seien zwei Definitionen aus der Mitteilung der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2001 „Einen europäischen Raum lebenslangen Lernens schaffen“ zitiert:

- **Kompetenz** = „Die Fähigkeit zum wirksamen Einsatz von Erfahrung, Wissen und Qualifikationen.“
- **Lebenslanges Lernen** = „Alles Lernen während des gesamten Lebens, das der Verbesserung von Wissen, Qualifikationen und Kompetenzen dient und im Rahmen einer persönlichen, bürgerschaftlichen, sozialen, bzw. beschäftigungsbezogenen Perspektive erfolgt.“

Erfahrung, Wissen und Qualifikationen entstehen in lebenslangem formellen, nichtformellen und informellen Lernen und Bilden immer wieder neu, wandeln sich, werden in Wert gesetzt und wieder entwertet – individuell und gesellschaftlich.

In diesem Sinne ist Kompetenz als Fähigkeit zum wirksamen Einsatz von Erfahrung, Wissen und Qualifikationen nie eine Frage des biologischen Alters – und jedes vordergründig altersabhängige Verständnis von Seniorskompetenz erscheint deshalb obsolet. Aber sie kann sehr wohl als ein von Juniorskompetenz zu Seniorskompetenz im Leben gewachsenes und gereiftes individuelles Vermögen begriffen werden.

Die Entwicklung und Bewahrung von Kompetenz bis ins hohe Alter ist eine persönliche Herausforderung und zugleich eine gesellschaftliche Aufgabe (und Seniorskompetenz ist auch eine Chance im demografischen Wandel).

**Erfahrung, Wissen, Qualifikationen =  
Kompetenz + Lebenslanges Lernen + Engagement**

Diese Begriffe zeichnen Seniorskompetenz aus – mit wachsendem Alter und bis ins hohe Alter.

## 2. Die neuen Alten – Retter des Sozialen?

Generationen immer kompetenterer Menschen wurden seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts relativ gut versorgt in den (Vor-)Ruhestand geschickt – und die neuen Alten, aktiv und vorgeblich in nachberufliche Freiheiten entlassen, wurden entdeckt. Doch die „neuen Alten“ als Gruppe gleicher Lebenssituation, gleicher Lebenschancen, sie gibt es so nicht und hat es nie gegeben. Alter stellt sich für den einzelnen Menschen sehr unterschiedlich dar, und die Unterschiede in den Lebenslagen nehmen nicht ab sondern werden deutlicher.

Wirtschaftliche, politische und soziale Entwicklungen haben in den letzten Jahrzehnten den kurzen Traum (Lutz) eines Alters als „freie“ nachberufliche Institution 65+ für viele Menschen unwiderruflich zerstört. Dabei sind die demografischen Entwicklungen nicht die Ursache, aber sie akzentuieren deutlich den tief greifenden sozialstrukturellen Wandel. Die Potenziale bisheriger gesellschaftlicher Integration schwinden. Gleichzeitig werden die finanziellen Handlungsspielräume für politisches Handeln insgesamt enger.

Zentrale Frage für zukünftige gesellschaftliche Entwicklungen wird es sein, welche bürgerschaftlichen Ressourcen und Handlungspotenziale zusätzlich zu Staat und Markt zur Bewältigung dieser Herausforderungen mobilisiert werden können, wie und in welchem Umfang. Dabei sind die neuen Alten in ihren unterschiedlichen Lebenslagen zum Objekt je eigener Begierden für Wirtschaft, Gesellschaft und Politik geworden: als Konsumenten, als freiwillig unentgeltlich Engagierte, auch wo sich Politik und Verwaltung aus der Daseinsvorsorge zurückziehen, wo die sozialen Sicherungssysteme versagen - und zunehmend wieder als Arbeitskräfte.

Für immer mehr Menschen gerinnt aber gleichzeitig das Dritte Alter 50+ zu einer zunehmend institutionalisierten, zu einer lang dauernden, wirtschaftlich, sozial und politisch wachsend präkären Übergangsphase bis hin zu einem letztlich potenziell hilfebedürftigen und gesellschaftlich belastend wahrgenommenen Vierten Alter 75+. Die Erwartung an bürgerschaftlich Engagierte, insbesondere Menschen dieser Altersgruppen, selbst zu Problemlösern für die anstehenden sozialen Herausforderungen zu werden, ist an umfassende gesellschaftliche Partizipation und Teilhabe gebunden. Ihre Einlösung erfordert neue Gestaltungsräume und Verantwortungsrollen.

Die in den nächsten Jahrzehnten bis 2050 noch wachsenden, immer größer werdenden Generationen älterer Menschen haben Anspruch auf gleiche und volle gesellschaftliche und politische Teilhabe bis ins hohe Alter, und sie sind unverzichtbar als kompetente und engagierte, aktive Agenten und Träger gesellschaftlicher Entwicklung und Organisation im demografischen Wandel.

### **3. Das Modellprogramm Seniortrainer/innen**

Das mittlerweile abgeschlossene Modellprogramm Erfahrungswissen für Initiativen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet einen Rahmen für ein qualifiziertes, weitgehend selbst organisiertes und selbstbestimmtes Engagement älterer Menschen durch ihre Ausbildung zu Seniortrainer/innen.

Ziel ist es, dass Ältere ihr in Beruf, Engagement und/oder Familie erworbenes Erfahrungswissen der Gesellschaft, anderen Personen und Organisationen, insbesondere aber bürgerschaftlichen Initiativen zur Verfügung stellen. Dabei organisieren sich die engagierten Älteren nach erfolgter Qualifizierung zu Seniortrainer/innen selbst in Seniorekompetenzteams vor Ort in den Kommunen, in den Quartieren und Kiezen und quer dazu. In diesen Teams setzen sie ihre Kompetenzen durch die Übernahme von Verantwortungsrollen ein. Sie tun dies vornehmlich als:

- Initiativenberaterin
- Projektentwicklerin
- Netzwerkerin
- Teamkoordinatorin
- Öffentlichkeitsarbeiterin
- Fundraiserin

Oder aktiv ausgedrückt:

- Lernen und dokumentieren
- Untersuchen und beschreiben
- Unterstützen und beraten
- Entwickeln und initiieren
- Strukturieren und vernetzen
- Koordinieren und moderieren

### **4. Seniortrainer/innen in Berlin**

Auch Berlin ist 2006 als eines der letzten Bundesländer an Bord des Bundes-Modell-Projekts Erfahrungswissen für Initiativen gegangen. In zwei Durchgängen wurden 2006-2007 im Treffpunkt Hilfsbereitschaft – Landesfreiwilligenagentur Berlin, der unter Trägerschaft des Paritätischen Landesverbands Berlin die Projektverantwortung übernommen hat, insgesamt 23 Menschen zu Seniortrainer/innen ausgebildet; sie haben sich 2007 zum Seniorekompetenzteam Berlin zusammengefunden.

Verschiedene Bundesländer haben nach 2006 das Konzept des EFI-Projekts fördernd aufgenommen und eigenständig fortentwickelt bzw. fortgesetzt; Berlin bisher nicht. Die weitere Ausbildung von Seniortrainer/innen in Berlin ist eine Voraussetzung, um in Fortentwicklung des Erfahrungswissen-Ansatzes zur Bildung von generationsübergreifenden Freiwilligendiensten beitragen zu können, dem nachfolgenden Bundes-Modellprojekt 2006-2008.

Die nachholende Ausbildung von Seniortrainer/innen auch in Berlin wäre darüber hinaus ein Beitrag zur gesellschaftlichen Kompetenzentwicklung für neue Anforderungen an bürgerschaftliches Engagement vor Ort, z. B. im für ab 2009 geplanten neuen Bundes-Modellprojekt zur erweiterten Übernahme von Verantwortungsrollen im Gemeinwesen durch „Öffnung von Institutionen für das bürgerschaftliche Engagement älterer Menschen“ und dessen Umsetzung z. B. in der sozialen Stadtentwicklung, der Gesundheitsvorsorge oder in anderen Politikfeldern in Berlin.

## 5. Was könn(t)en Seniortrainer/innen?

Das Modell der Seniortrainer/innen und Seniorskompetenzteams zielt auf kompetente Menschen, die ihr Erfahrungswissen im aktiven, konstruktiven Umgang gerade auch mit demografischen Entwicklungen im Gemeinwesen in definierten Verantwortungsrollen not-for-profit einsetzen:

- Begleitung, Beratung, Entwicklung, Vernetzung, Koordination, Mediation in und von Projekten, Initiativen, Vereinen des bürgerschaftlichen Engagements
- Aufbrechen der Versäulungen in der Engagementlandschaft, als Brückenbauer und Entwicklungsbegleiter
- Aktiver, konstruktiver Umgang mit demografischen Entwicklungen
- Entdeckung und Entwicklung gesellschaftlicher Kompetenzen und Ressourcen zur Lösung sich entwickelnder gesellschaftlicher Problemlagen im demografischen Wandel
- Man könnte sie mit Trüffelhunden bürgerschaftlichen Engagements vergleichen, erfahren, kompetent, neugierig, lernend, zielorientiert

## 6. Was wäre dafür hilfreich?

- Eine soziale Infrastruktur mit Orten der Begegnung, des Austauschs, der Information
- Tragfähige Selbstlernumgebungen als Orte des Lernens, der Bildung
- Eine altersgerechte, barrierefreie, nicht eine altengerechte Stadt
- Kooperation statt Konfrontation und Konkurrenz der Engagierten: wider die Versäulungen in der Engagementlandschaft
- Offenheit, Transparenz, Neugier, ... - und vor allem „Verwirklichungschancen“ (Sen)

Diskussion: In Berlin wurden bisher 23 Trainer/innen ausgebildet, andere Bundesländer haben inzwischen mehr Erfahrungen zum Einsatz, in Berlin sind geeignete Einsatzgebiete in den Stadtteilen noch zu profilieren, die Fortsetzung weiterer Lehrgänge hängt von der Finanzierung ab, Bewerbungen sind ausreichend vorhanden. Kompetenz der Senioren ist ein besonderes Potential (EU-Projekt!)

## **Gesundheit und Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer erhalten - Defizit- oder Kompetenzmodell?**

Dr. Gudrun Borchardt stellte in ihrem Beitrag „Gesundheit und Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer erhalten - Defizit- oder Kompetenzmodell?“ das gesundheitliche Potential für Engagement im Alter heraus (Rolle von Betrieben und Unternehmen)

*"Wichtig ist nicht, wie alt man ist, sondern wie man alt ist." Gerhard Kocher (Gesundheitsökonom)*

Es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht über den demografischen Wandel und dessen Auswirkungen auf Wirtschaft und Gesellschaft berichtet wird. Sinkende Geburtenraten und ansteigende Lebensdauer verändern die Altersstruktur in Deutschland. Betroffen von der demografischen Entwicklung sind die sozialen Sicherungssysteme ebenso wie die Unternehmen und ihre Belegschaften. Dabei geht es häufig um die Themen Familienförderung, Finanzierung und Ausgestaltung der Pflegeversicherung, der privaten und gesetzlichen Altersvorsorge sowie um die bessere Versorgung von chronisch Kranken. Trotz der damit verbundenen stärkeren Akzentuierung der Bedeutung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation sowie Selbstbestimmung, Teilhabe und Mobilität auch im Alter, herrscht in Deutschland noch ein vorwiegend defizitorientiertes Altersbild vor. Erst allmählich gewinnt die Erkenntnis mehr Raum, dass Ältere nicht nur - und nicht in erster Linie - Defizite gegenüber Jüngeren haben, sondern dass sie auch über spezifische Kompetenzen verfügen, die für Gesellschaft und Wirtschaft unverzichtbar sind.

Nicht umsonst heißt das Motto der heutigen Fachtagung "Gesund alt werden in Berlin - Potenziale und Strategien", es betont sowohl den Prozesscharakter als auch die Kompetenzen des Alterns bzw. des Alters. Die Tagung greift damit die Erkenntnis auf, dass das Älterwerden ein dynamischer, differenziert verlaufender Wandlungsprozess ist, in welchem im Laufe des Lebens Funktionen abnehmen, während sich andere Fähigkeiten erst entwickeln.

### **Wettbewerbsfähigkeit erhalten**

Dass mit einer durchschnittlich älteren Bevölkerung auch ältere Belegschaften verbunden sind, zeichnet sich schon heute ab. Schon in fünfzehn Jahren wird der Großteil der Beschäftigten in Deutschland 55 bis 59 Jahre alt sein.

Folgen dieser Entwicklung für Unternehmen sind ein steigender Altersdurchschnitt der Belegschaften verbunden mit regionalem und branchenspezifisch auftretendem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel.

Die Betriebe stehen vor der Herausforderung, mit älteren Beschäftigten innovativ zu bleiben. Betriebliche Alters- und Qualifikationsstrukturen entscheiden über die Wettbewerbsfähigkeit. Wir werden es uns künftig nicht mehr leisten können, in den Betrieben allein auf die Dynamik und Tatkraft nur der jungen Mitarbeiter zu setzen und gleichzeitig auf die Kompetenzen und Erfahrungen der Älteren zu verzichten. Und ganz nebenbei: Auch die Sozial- und Rentensysteme verkraften dies auf Dauer nicht. Künftig ist vor allem eine altersgerechte Betriebs- und Personalpolitik gefragt. Studien belegen, dass ältere Beschäftigte mit ihren Kompetenzen einen wichtigen Beitrag zum Unternehmenserfolg leisten. Dies stellt besondere Herausforderungen an das Gesundheitsmanagement im Unternehmen.

## Gesundheitsreport und Demografieberatung

Die Techniker Krankenkasse unterstützt die Firmen dabei, den demografischen Wandel als betriebliche Herausforderung zu gestalten. Dafür nutzen wir die Daten unserer Gesundheitsberichterstattung, um einerseits gezielt Angebote für die Gesundheitsförderung zu entwickeln, die genau auf die gesundheitlichen Belastungen und Potentiale der Beschäftigten der jeweiligen Altersgruppen zugeschnitten sind aber auch zur Beratung bei spezifischen Unternehmensanalysen unter demografischen Aspekten. Angesprochen werden alle wesentlichen betrieblichen Handlungsfelder wie Arbeitsorganisation und -gestaltung, Weiterbildung und Wissenstransfer, Personalentwicklung und -rekrutierung, Führung und Unternehmenskultur sowie betriebliches Gesundheitsmanagement im engeren Sinn. Die TK hat ihre betrieblichen Gesundheitsberater deshalb zu Demografieberatern ausgebildet, damit sie sich gut gerüstet und gemeinsam mit den Betrieben dem "Demografischen Wandel als Chance" erfolgreich stellen können.

Auch der Schwerpunkt des diesjährigen TK-Gesundheitsreports widmet sich dem demografischen Wandel und seinen Auswirkungen auf die künftige gesundheitliche Situation in den Betrieben. Wir haben die Daten aus dem Jahr 2006 ausgewertet und unter der Annahme der veränderten Altersstrukturen Prognosen für den Zeitraum von 25 Jahren zwischen 2006 und 2031 errechnet. Obwohl die Krankenstände in den letzten Jahren rückläufig waren, könnte sich dies in den nächsten Jahren ändern. Der Gesundheitsreport zeigt, dass mit dem demografischen Wandel und dem damit verbundenen Anstieg des Durchschnittsalters der Beschäftigten ein Anstieg der Fehlzeiten bei chronischen Erkrankungen und Arzneiverordnungen einhergeht. Bei den Annahmen dieser Hochrechnungen würden allein die Arzneimittelverordnungen in den nächsten 20 Jahren um knapp 20 Prozent steigen.

Deshalb ist es wichtig, bereits heute gegenzusteuern und Prozesse zu initiieren, die die Gesundheit der Beschäftigten langfristig fördern. Und das ist leichter, als Unternehmen es oft vermuten, denn Studien zeigen, dass die 50- bis 65-Jährigen heute wesentlich fitter sind als ihre Altersgenossen vor 30 Jahren. Gefragt sind neue altersgerechte Strategien. Dies erfordert keine Ausnahmeregelung für einzelne Altersgruppen, sondern vielmehr eine gesunde Gestaltung von Arbeitsplätzen, die selbstverständlich auch jüngeren Mitarbeitern gut tut. Ein solches Herangehen ist auch nicht nur positiv für die Wirtschaft und die Beschäftigten sondern für jeden Einzelnen, denn es ist zwar wichtig "wie man alt ist" doch ebenso, "wie man alt / älter wird".

**Jo Rodejohann** fragt nach weiteren Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zum Thema Altersrehabilitation und Prävention (Hüftprotektoren). **Dr. Gudrun Borchardt** verweist auf die Festlegungen in der Gesundheitsreform: Rechtsanspruch auf Rehabilitation in allen Bereichen. Qualitätssicherung von Angeboten ist aktueller Diskussionspunkt. Weitere Bemerkung aus dem Auditorium in der Diskussion: Rehabilitation wird aus dem stationären Bereich verstärkt in ambulanten Bereich verlagert. Besteht die Gefahr, dass ambulante Rehabilitation zu einer Art „Hilfsrehabilitation“ wird? – Kritische Hinterfragung des Anspruches auch bei Rehabilitation.

Frage in der Diskussion: Wie sollen / können ältere Leute für bürgerschaftliches Engagement motiviert werden? – Antwort von **Barbara Waigel**: Es muss zunächst gefragt werden, wen will man erreichen und warum erreicht man bestimmte Menschen nicht. – Es gab in den letzten Jahren besonders in der Gruppe der über 60jährigen einen starken Anstieg des bürgerschaftlichen Engagements. Ein Grund dafür liegt an der höheren Anzahl von Menschen, die vorzeitig in Rente gehen und gesund sind. Gesellschaftliche und soziale Bedingungen von Menschen in dieser Altersgruppe sind zu beachten: Belastungen, die sie daran hindern, sich zu

engagieren wie Pflege von hochbetagten Eltern, Einbindung über bestehendes, familiäres Engagement. Die Erfahrung zeigt, dass Menschen, die in jungen Jahren engagiert waren, werden das auch im Alter bleiben. Diejenigen, die es nicht waren, kann man auch im Alter kaum erreichen. Jeder hat auch ein Recht auf „Nicht-Engagement“, das akzeptiert werden muss. Wichtig ist es diejenigen zu erreichen, die sich engagieren möchten. Angebote wie Senior-Kompetenz Team sind wichtig. In jedem Bezirk sind diesbezügliche Veränderungen in kommunalen Strukturen notwendig. – Ergänzung von **Jo Rodejohann**: Aus der Erfahrung sind Freiwilligen-Agenturen richtige Ansprechpartner. Interessierte sind im Kiez zu finden.

Information aus dem Projekt „GroßelternDienst“: Es wird in den letzten 4 – 5 Monaten eine Zunahme von Interesse an ehrenamtlicher Arbeit beobachtet – ohne Werbung, sondern wahrscheinlich aufgrund positiver Medienberichte über ehrenamtliche Arbeit. Viele Ältere fühlen sich durch Berichte über vernachlässigte Kinder aufgefordert, aktiv zu werden. Ansprache von Interessierten über positive Projektberichterstattung.

### **Zusammenfassung der Arbeitsgruppe 2: Forderungen, Vorschläge, Empfehlungen**

- In jedem Amtsbezirk sollte eine Konzeption zur Strategie für gesundes Altwerden der Bevölkerung erarbeitet werden (ressortübergreifend, Einbezug von Seniorenvertretungen!)
- Eine differenzierte Erfassung der komplexen Ausgangslage auf der Ebene der Kieze ist erforderlich
- Die Gesundheitsberichterstattung für die drei Alterskohorten muss neu ermittelt werden
- Besondere Wert ist auf die Beschreibung der unterschiedlichen Lebenslagen der jeweiligen Bevölkerungsgruppen zu legen
- Entsprechende Netzwerke sind aufzubauen bzw. zu vervollkommen (Wohnungsbau-gesellschaften, Koordinierungsstellen, Wohlfahrtsverbände...)
- Informationen für Handlungsfelder für bürgerschaftliches Engagement sind zu verbessern
- Beratungsstellen für Seniorenangelegenheiten außerhalb der Verwaltung werden gewünscht
- Vermisst werden aufsuchende Dienste in den Kiezen (Mobilitätsbeeinträchtigungen)
- Positive Beispiele über Konzepte, Leitlinien, Netzwerke sollten mehr ausgewertet und publiziert werden
- Die Fortsetzung der Qualifizierung von Senior-Trainern sollte unterstützt werden: Einsatzfelder in den Kiezen
- Die Kompetenz älterer Menschen in den Kommunen muss mehr anerkannt und gefördert werden
- Die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung (Reintegration älterer Mitarbeiter/innen, Fortbildung sichern) muss mit dem Management der Unternehmen verstärkt werden



## **Protokoll der Arbeitsgruppe 3 „Konzepte und Strategien wohnortnaher Versorgung“**

Moderation:

- **Dr. Josefine Heusinger**, Institut für Gerontologische Forschung e.V.
- **Birgit Wolter**, Büro für Stadtgestaltung

Impulsreferate:

- **Ariane Rausch**, Koordinierungsstelle Rund ums Alter Tempelhof-Schöneberg, „Modellkiez in Tempelhof-Schöneberg“, Sozialverband VDK
- **Dr. Brigitte Jammer**, Miteinander Wohnen e.V., „Nachbarschafts- und Altenarbeit im Kiez“

Podium:

- **Holger Gerecke**, Referat Altenhilfe in der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
- **Christa Matter**, Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.
- **Alexander Rychter**, Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V.

Protokoll:

- **Peggy Maurer**, Gesundheit Berlin e.V.

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde der Moderatorinnen und der Referent/innen wurde einleitend darauf hingewiesen, wie viele Facetten das gesunde Altwerden hat, das psychisches und soziales Wohlfühlen einschließt. Unabhängig davon, ob wir im Alter im alten Quartier bleiben oder umziehen möchten, hängen unsere Gelegenheiten zu Aktivitäten, aber auch die Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei zunehmendem Hilfe- und Pflegebedarf in hohem Maß von der Wohnumgebung ab. Ob also das Leben im Alter lebenswert ist und bleibt, kann durch die Ressourcen im Quartier stark beeinflusst werden. Dabei kommt es sowohl auf die physischen als auch auf die sozialen Qualitäten an. Einerseits entscheiden zum Beispiel Barrierefreiheit, Beleuchtung oder die Erreichbarkeit von Infrastruktur mit über die Lebensqualität, andererseits braucht es Angebote, die zum Engagement und Mitmachen einladen. Schließlich erleichtert eine gute Zusammenarbeit aller Anbieter und Akteur/innen den Alltag, damit nicht nur Unterstützung aller Art bis hin zur Pflege gesichert sind, sondern auch die soziale Vernetzung der Senior/innen selbst und die Koordination der Versorgungsangebote stimmen. Das Ziel des Workshops ist daher der Austausch und die Diskussion darüber, was gute quartiersbezogene Versorgungskonzepte ausmacht, wie es gelingt, die vielen Akteur/innen in den Quartieren zur Zusammenarbeit zu bewegen und welche Rahmenbedingungen nötig sind, um die Entwicklung wohnortnaher Versorgungskonzepte in vielen Stadtteilen Berlins zu beflügeln.

### **Modellkiez 43 in Tempelhof-Schöneberg**

Es folgte das erste Referat von Ariane Rausch, die den „Modellkiez 43 in Tempelhof-Schöneberg“ vorstellte, ein Konzept für einen seniorengerechten Kiez. Es wurde erläutert welche Ziele sich der Gerontopsychiatriisch-geriatrische Verbund Tempelhof, der dieses Quartier gestalten will, gesetzt hat und wie diese partizipativ umgesetzt werden können, um eine wohnortnahe Versorgung für ältere Bewohner/innen im Quartier zu sichern. Die praktischen Beispiele zeigen Nutzungsmöglichkeiten auch für andere.

### **Die Gerontopsychiatriisch-Geriatriischen Verbände Tempelhofs und Schönebergs kennzeichnet:**

- Die Verbundarbeit ist durch einen Kooperationsvertrag und eine Satzung geregelt.
- Alle Organisationen begreifen sich als einen Baustein zur Verbesserung der Versorgungssituation.
- Die jeweiligen Leistungsspektren der Verbundpartner sind transparent und aufeinander abgestimmt.
- Es gibt ein geregeltes Informationssystem (Verbundkonferenz, Mailverteiler).
- Der Verbund ist ein dynamisches Arbeitsgremium durch die Mitwirkung der Partner. Entscheidungen werden gemeinsam durch Mehrheitsvoten in den Konferenzen getroffen.

Ziel: Im Rahmen der Zukunftswerkstatt wird die Arbeit der Verbände Tempelhof und Schöneberg reflektiert und wir stellen uns zukünftigen Erwartungen und Erfordernissen unserer Zielgruppen.

### **Die Verbundpartner (Stand Mai 2007)**

- AlexA Seniorenresidenz-Lichtenrade
- Alpenland Pflegeheime Berlin
- Ambulanter Pflegedienst des Nachbarschaftszentrums in der UFA Fabrik e.V.
- AWO Franz-Neumann-Haus
- AWO Krankenhaus Lore-Lipschitz-Haus
- Bavaria II Pflegeresidenz
- Berliner Krisendienst Region Süd-West
- Cura-Betreuungsverein - Nachbarschaftsheim Schöneberg
- Diakonisches Werk Tempelhof/ Schöneberg
- Gerontopsychiatriische Tagespflegestätte
- Diakoniestation Lichtenrade
- Diakoniezentrum Mariendorf
- Diakoniestation Tempelhof
- Die Kurve e.V.

- DRK-Schwesterschaft Krankenhaus Mariendorf
- Freunde alter Menschen e.V.
- Haus Lerchenweg
- Hauskrankenpflege Brodatzki & Depner
- Hospizdienst Christophorus
- Mediavita – Pflegestation
- Medizin Mobil – Pflegestation
- Meyer & Kratzsch –Pflegestation
- Mobilitätshilfedienst Tempelhof
- Praxis für Ergotherapie – Herig
- Praxis für Logotherapie - Patula
- Sozialpsychiatrischer Dienst – Standort Tempelhof
- Sozialstation Berlin Süd-West
- Städtische Pflegeeinrichtungen Tempelhof
- Georg-Kriedte-Haus und -Louise-Schröder-Haus
- VdK Koordinierungsstelle Rund ums Alter
- Vivantes Wenckebach-Klinikum
- Wohnstift Otto Dibelius

Der Auftakt für die Arbeit am Modellkiez war eine im April 2006 veranstaltete Verbund-Fachtagung zum Thema „Gerontopsychiatrische-geriatrische Versorgung im Jahr 2011 in Tempelhof-Schöneberg“. Bei der Tagung spielte der professionelle Blick der Teilnehmer eine ebenso wichtige Rolle, wie ihre eigenen Wünsche zur Gestaltung zukünftiger Lebensweisen und Lebenssituationen im Alter.

Basis waren Fachvorträge von drei Verbundpartnern zu den Themen

- Altersbilder
- Demografische Struktur des Bezirks (Altersverteilung, Geschlechterverteilung, Einkommensverteilung, Migrantanteil, Haushaltsstruktur)
- Thesen zur Zukunft der Pflege

In den Arbeitsgruppen wurden Antworten auf vier Fragen gesucht:

1. Was ist wichtig für die zukünftige Versorgung der älteren Menschen im Jahr 2011 in unserem Bezirk?

- Modelle entwickeln, um mit weniger Geld mehr Klienten versorgen zu können
- Professionelle Hilfen mit bürgerschaftlichem Engagement / Ehrenamt zusammenführen

- Generationsübergreifende Hilfen entwickeln (in beide Altersrichtungen)
- Bewusstheit des Einzelnen über eigene Potentiale für die Gemeinschaft schärfen
- Potentiale innerhalb der Nachbarschaften erkennen, aufbauen, nutzen
- Kulturelle/ nationale Mischungen nicht nur als Problem sehen, sondern als Chance verstehen
- Bedarfserhebung mit den Betroffenen
- Kulturelle Angebote im Bezirk entwickeln

## 2. Welche Ziele entwickeln dazu die Verbünde Tempelhof und Schöneberg?

- Entwicklung, Begleitung und Stärkung neuer Netzwerke
- Stärkung der Gemeinwesenarbeit
- Unterstützung und Aufbau neuer Versorgungsformen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Generationenübergreifende Projekte fördern und initiieren

## 3. Wie können wir die Ziele umsetzen?

- Sozialraumorientierung visualisieren und einbeziehen
- Ist-Stand-Analyse erstellen
- Öffentlichkeitsarbeit intensivieren
- Lebensqualität im Kiez erheben
- Kooperation mit neuen Partnern aufbauen

## 4. Was benötigen wir dazu?

- Fachwissen, Austausch
- Motivation, Engagement, Zeit
- Einfluss
- Über Grenzen hinaus denken
- Positive Visionen
- Einbeziehung der älteren Generation in die Verbundarbeit/ Netzwerkarbeit
- Geld.

In der Auswertung der Tagung erfolgte zunächst eine Einigung auf die inhaltliche Weiterentwicklung der Verbundarbeit (Sozialraumorientierung) durch die Entwicklung eines Konzeptes für einen Modellkiezes im Bezirk, das dann gemeinsam praktisch umgesetzt werden soll. Darauf erfolgte eine Abstimmung, welcher Sozialraum des Bezirks zum Modellkiez werden soll. Grundlage waren folgende Kriterien:

- die Bevölkerungszahl der älteren Menschen
- der Bevölkerungsanteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund
- die Anzahl der in den verschiedenen Sozialräumen ansässigen Verbundpartner
- die Anzahl möglicher, auch generationsübergreifender Kooperationspartner

Der Verbund entschied sich für den Sozialplanungsraum 43 (deshalb Kiez 43). Das Konzept Kiez 43 wurde erarbeitet, die Diskussion und Weiterentwicklung der Konzeption findet derzeit laufend in den Verbundkonferenzen statt. Dort wurden drei AG gegründet: AG Ist-Stand-Analyse, AG Öffentlichkeitsarbeit und AG Lebensqualität im Alter / Kultur.

Die Ziele der Verbundarbeit für den Kiez 43 sind: Gemeinsam mit den Bewohnern des Kiezes die Lebensqualität zu verbessern, das Altwerden im Kiez attraktiv zu gestalten, die unterschiedlichen Bedürfnisse aufzugreifen sowie eine Versorgungsstruktur sicherzustellen, die die Individualität des alten Menschen berücksichtigt und konsequent in den Mittelpunkt stellt.

Die Ziele der AG Ist-Stand-Analyse (Stand: April 2007):

Fernziele:

- Erarbeitung eines modellhaften Vorgehens zur Ist-Stand-Analyse eines Quartiers (Planungsraum 43).
- Übertragbarkeit der Strategie auf andere Planungsbereiche zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität und Dienstleistungen im Quartier.
- Versorgungslücken werden deutlich (z.B. durch Befragung) und übergreifend (auch mit Angeboten aus anderen Quartieren) geschlossen.
- Neue Konzepte und Möglichkeiten des quartierbezogenen Ansatzes werden erprobt und weitere Kooperationspartner gesucht und einbezogen.

Nahziele:

- Der Nutzen des quartierbezogenen Ansatzes wird für die verschiedenen Akteure deutlich (z.B. Handwerker, Friseur, Apotheker, Optiker, Ärzte).
- Die Akteure beteiligen sich an Projekten um ihren Bekanntheitsgrad zu steigern und marktpolitisch nutzen zu können.
- Die potenziellen Verbundpartner erfahren durch ihre Teilnahme die positiven Effekte neuer Vernetzungsstrukturen
- Die Wünsche und Bedürfnisse der älteren Bewohner des Quartiers sind durch stichprobenartige Befragungen deutlich
- Ein Befragungsinstrument ist durch die AG entwickelt.
- Generationsübergreifende Projekte im Quartier sind bekannt und geben Impulse zur Entwicklung weiterer Projekte
- Teilnahmemöglichkeiten für Bürgerschaftliches Engagement / Ehrenamt im Quartier sind erhoben, bekannt und werden weiterentwickelt

Die Ziele der AG Lebensqualität im Alter/ Kultur: Besonders wichtig sind Kommunikation und Begegnung als Aspekte von Kultur.

- Der Zugang zu kulturellen Veranstaltungen ist auch für Menschen mit Geh- und Sehbehinderungen möglich (z.B. durch Transport- und Begleitdienste)
- Orte der Begegnung für Menschen verschiedener Generationen und mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund sind bekannt und geschaffen
- Der kulturelle Austausch zwischen den Generationen findet statt und gegenseitige Sensibilisierung für Wünsche und Bedürfnisse ist gegeben
- Toleranz und Verständnis ist gefördert

Ausblick:

- Einbeziehung der Seniorenvertretung
- Einbeziehung generationsübergreifender Angebote
- Einbeziehung der politischen Ebenen
- Befragungen der Kiezbewohner
- Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit (Standarbeit, Zeitungen, etc.)
- Bürgermeeting organisieren

In der Diskussion ging es vor allem um die Voraussetzungen für eine weitere Verbreitung und Verbesserung solcher Projekte:

- Die Öffentlichkeitsarbeit muss gestärkt werden, da oftmals viele Senioren gar nicht wissen, was vor Ort passiert und dass sie sich aktiv beteiligen können. Hier ist es nötig, in personelle Kräfte zu investieren und nicht den hundertsten Flyer zu erstellen.
- Es müssen neuen Multiplikatoren gewonnen werden, die vor Ort mit den Senioren arbeiten (z.B. bessere Einbeziehung der Hausärzte, da diese erste Anlaufstelle sind. Möglichkeiten der Primärversorgung können so besser genutzt werden.)
- Ein eher niedrighschwelliger Ansatz als möglicher gewinnbringender Zugangsweg wurde betont.
- Bessere Zusammenarbeit und Unterstützung durch das Bezirksamt wäre sehr wünschenswert, um das Thema Senioren- und Seniorenarbeit als Querschnittsthema auch besser in der Politik zu etablieren.

### **Den Jahren Leben geben – kiezorienteerte Nachbarschaft- und Altenarbeit des Vereins Miteinander Wohnen oder „Gesund und aktiv älter werden im Kiez Friedrichsfelde“**

Anschließend referierte Dr. Brigitte Jammer zum Thema: „ Den Jahren Leben geben – kiezorienteerte Nachbarschaft- und Altenarbeit des Vereins Miteinander Wohnen „Gesund und aktiv älter werden im Kiez Friedrichsfelde“

Aktive und fitte Senioren sind zu einem selbstverständlichen Teil unserer Gesellschaft geworden. Auch wir kennen in unserem grünen Kiez, nahe am Tierpark Friedrichsfelde gelegen, viele reiselustige, walkende, radelnde, Gymnastik treibende und Kultur genießende Ältere.

War der Stand für die Senioren der 60er Jahre noch der geruhsame Lebensabend als erstrebenswertes Ziel an erster Stelle, so hat sich die Einstellung zur so genannten „dritten Lebensphase“ gewandelt. Durch die im Durchschnitt deutliche Zunahme der verbliebenen Lebenszeit nach Renteneintritt haben viele Ältere heute die Chance, ihre „persönliche demografische Dividende“ zu erleben.

Der medizinisch-technische Fortschritt, bessere Ernährung und gesündere Lebensweisen tragen dazu bei, dass die Lebenserwartung auch in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Wenn wir die Chance haben, bis ins hohe Alter gesund und fit zu bleiben, ist das für jeden Einzelnen positiv. Die Verlängerung unserer Lebensspanne wird auch zu einem Gewinn an aktiven Jahren beitragen.

Ich habe ganz bewusst diesen positiven Einstieg gewählt, weil Sie natürlich auch wissen, dass der demografische Wandel und die damit verbundene Belastung unserer Sozialsysteme eine gemeinsame intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Alter erforderlich macht. Denn: Immer mehr Menschen werden nicht nur älter, sondern leiden im Alter auch an Krankheiten, mitunter auch an einer Vielzahl von Erkrankungen.

Dies muss aber keineswegs sein. Alter muss nicht zwangsläufig zu Krankheit und Hilfsbedürftigkeit führen. Neben genetischen Faktoren, auf die wir ja alle keinen Einfluss haben, liegt es auch ein Stück weit an jedem Einzelnen, mitzubestimmen, wie man alt wird.

Wir wissen heute, dass uns unser Körper eine gesunde Lebensweise schon in frühen Jahren dankt, im Alter aber ganz besonders.

Gesund alt zu werden ist erreichbar, denn wir wissen, dass frühzeitige und lebensbegleitende Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils die beste Voraussetzung für ein gesundes Altern und für möglichst lange Gesunderhaltung sind.

Prävention ist keine Frage des Lebensalters. Auch bei älteren Menschen, die bereits krank oder pflegebedürftig sind, können spürbare Verbesserungen erreicht werden, die sich ganz praktisch in einer höheren Lebensqualität auszahlen.

Als Mitarbeiterin in dem 427 Senioren zählenden Verein Miteinander Wohnen, davon ca. 30 Prozent Hochbetagter ab 80 Jahre, könnte ich Ihnen dazu zahlreiche Praxisbeispiele, Namen und ermutigende Einzelschicksale nennen.

Der seit über 15 Jahren im Stadtteil Friedrichsfelde wirkende Verein, initiiert durch die heute 82-Jährige Vorsitzende Gudrun Hirche, ist ein partei- und konfessionsübergreifender freier Träger der Altenbetreuung und offenen Altenarbeit. Seit seiner Gründung hat er sich mit seinen zahlreichen Projekten vom gemeinnützigen und engagierten Seniorenverein hin zu einem verlässlichen und kompetenten Partner in der Stadtteil-, Nachbarschafts- und generationsübergreifenden Arbeit entwickelt.

„Den Jahren Leben geben“ ist sein anspruchsvolles Motto und zugleich ein Programm bürgerlicher Mitverantwortung für die vielen alleinwohnenden Menschen und die hochbetagten Bewohner/innen rund um die Passage Berlin-Lichtenberg. In seinem Wirkungsbereich, einem natürlich gewachsenen Wohngebiet im Stadtteil Friedrichsfelde, sind 48 Prozent der Kiezbewohner älter als 55 Jahre, besonders hoch ist der Anteil allein wohnender hochbetagter Frauen.

Der Verein hat es sich zur Aufgabe gemacht, gemeinsam mit den in seinem Wirkungsbereich lebenden Älteren ein unterstützendes soziales Beziehungsnetz zu knüpfen, das auf Hilfe zur

Selbsthilfe, Verlässlichkeit, Vertrautheit, Zusammengehörigkeit und gegenseitige Hilfe aufbaut. Er unterbreitet den älteren Menschen bezahlbare Angebote zur Aktivierung und Unterstützung, damit diese ihr Leben in den eigenen vier Wänden in Zufriedenheit, Selbständigkeit und Würde gestalten können. Gemäß seiner Vereinssatzung und im Sinne seines Leitbildes hat Miteinander Wohnen das Ziel, älteren Bürgerinnen und Bürgern ihre Eigenständigkeit zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern, damit sie möglichst bis ans Lebensende von stationären Einrichtungen unabhängig bleiben. Sein Wirken zielt auf eine lebenslange Teilhabe. Hierbei stimmen persönliche Wünsche der Älteren und gesellschaftliche und bezirkliche Interessen überein.

Miteinander Wohnen wirkt durch eine vielfältige Angebotspalette und seinen Nachbarschafts-Treffpunkt in der Volkradstr. 8 dem Trend der Vereinsamung und Isolation im Alter entgegen und trägt so zur Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung physischer, psychischer und sozialer Fähigkeit bei. Der Verein mit seinen Projekten der offenen Altenarbeit bietet durch die Mobilisierung der eigenen Kräfte, durch nachbarschaftliche Hilfe und organisierte soziale Betreuung eine Alternative zu Wohn- und Pflegeheimen.

Miteinander Wohnen hat in einer Vielzahl von Projekten mit stets wechselnden Projektmitarbeiter/innen des zweiten Arbeitsmarktes und in enger Zusammenarbeit mit weiteren Partnern eine funktionierende Betreuungskette aufgebaut. Mit dem richtigen Gespür für die Bedürfnisse der älteren Anwohner, aber auch auf der Basis konkreter Bedarfsermittlung wurden vielfältige Projekte der offenen Altenarbeit zur Aktivierung von Körper und Geist, vielfältige alltagsorientierte Hilfen, Dienstleistungen und Angebote sowie eine kompetente soziale Beratung initiiert und offeriert.

Bereits mehrere mit einer Soziologin organisierte Befragungen der Vereinsmitglieder und der Kiezbewohner gaben Aufschluss über aktuelle Erwartungen, Hilfe- und Beratungsbedarf und Angebotsinteressen der Anwohnerschaft. Gerade das flexible, sensible und zeitgemäße Reagieren des Vereins auf einsetzende demografische Entwicklungen, auf einen beginnenden Bedeutungswandel der Lebensphase „Alter“ oder auf senioren-, - kommunal- und arbeitsmarktpolitische Entwicklungen bestimmen die über fünfzehnjährige erfolgreiche Vereinsgeschichte.

Miteinander Wohnen ist seit September 2001 gemeinsam mit dem Lichtenberger Kulturverein Träger des Sozio-kulturellen Zentrums Friedrichsfelde und kooperiert mit weiteren lokalen Vereinen und Einrichtungen im Stadtteil. Für den Verein als Mitinitiator und Motor in der Kiez-, Nachbarschafts- und generationsübergreifenden Arbeit ermöglicht das praktische Wirken im Sozio-kulturellen Zentrum Friedrichsfelde:

- ein deutlich über das Leistungs- und Angebotsprofil eines Seniorenvereins hinausgehendes Engagement für den Kiez,
- den Erhalt seiner Angebotsstruktur durch die finanzielle und personelle Unterstützung durch Senat, Bezirksamt, Agentur für Arbeit und Jobcenter,
- ein noch gezielteres Zusammengehen mit gleichgesinnten Kooperations- und Interessenpartnern im lokalen Bereich und die Vernetzung mit weiteren Trägern im Kiez,
- die Öffnung und Nutzung des Senioren-Treffpunkts hin zum multifunktionalen Kommunikations- und Nachbarschaftstreff im Stadtteil sowie die Konzipierung und Umsetzung von Projekten mit jüngeren Ziel- und Altersgruppen im Kiez (z.B. Kita-Gruppen, Verein pro sozial, Paul- und Charlotte-Kniese- Schule, Janusz-Korczak-Heim).

Insgesamt gilt es für Miteinander Wohnen und seine lokalen Partner, einen so dichtbesiedelten Stadtteil wie Friedrichsfelde für alle Altersgruppen attraktiv zu machen, damit die in diesem Kiez Wohnenden hier bleiben und neue Bewohner herziehen. Die Aufmerksamkeit gilt dabei gleichrangig den Jungen wie den Senioren, den alteingesessenen Friedrichsfeldern wie den Hinzugezogenen, den deutschen wie den ausländischen Mitbewohnern, den Berufstätigen wie den Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern.

Besonders wichtig ist hierbei das generationsübergreifende Miteinander mit Jüngeren, die auf diese Weise hier sesshaft werden und Älteren, die nach Möglichkeit bis zuletzt in ihrer angestammten Wohnung und dem Wohnumfeld bleiben können.

Im Stadtteil sind seit mehreren Jahren zahlreiche Bemühungen der verschiedenen lokalen Akteure im Gange, die Bewohnerinnen und Bewohner für die Themen Gesundheitsförderung, Prävention mit Bewegung und Sport, Ernährung, Umwelt und Wohnumfeld zu sensibilisieren. Ziel ist dabei, den Stadtteil als attraktiven Lebens- und Wohnort generationsübergreifenden Wohlbefindens (unter Beachtung des sich vollziehenden demografischen Wandels) zu erhalten, mitzugestalten und auszubauen.

Der Verein prägt mit seinen Projekten die Nachbarschaftsarbeit, die Hilfe zur Selbsthilfe und den innovativen Ausbau der Kooperation lokaler Akteure in die Gesundheitsförderung und Prävention.

Miteinander Wohnen – Miteinander fit bleiben (neuerdings „Pro Beweglich - Fit mit Friederike“) - dieses Motto und das grüne überdachte Bäumchen als Vereinslogo leuchten auf den weißen T-Shirts von mehr als 100 Friedrichsfelder Seniorinnen und Senioren. Viele sind 80 Jahre und älter, 93 sind die beiden Ältesten.

Sie sind alle aktiv in zahlreichen Bewegungs- und Sportgruppen, die der Verein z.B. mit dem Landessportbund, den kommunalen Seniorenbegegnungsstätten Sewanstraße und Einbecker Straße, dem Lichtenberger Kulturverein, pro sozial, der HOWOGE, dem SC Borussia Friedrichsfelde oder dem dfb Sozialwerk aufgebaut hat.

Weitere Partner (wir nennen Sie „Bewegungspartnerschaften“) sind: die Volkssolidarität, die Fördergemeinschaft des Tierparks Friedrichsfelde, Projekt Besser Leben in Lichtenberg, Apotheke Volkradstr., Krankenkasse DAK.

Ziel der vielfältigen Angebote ist es, angefangen von der Seniorengymnastik über Nordic-Walking, Bowling, Sturzprävention, Lachyoga, Atemtherapie, Rücken- Schule, Beckenboden- und Venengymnastik, Sitztänze, Gedächtnistraining bis hin zu regelmäßigen Spaziergängen im Kiez, dass sich unsere Älteren und Hochbetagten ihrer persönlichen Ressourcen bewusst werden. Sie sollen diese aktiv nutzen, um die eigene Lebensqualität zu erhalten, selbstbestimmt zu leben bzw. Gesundheitsstörungen zu vermeiden oder zu bewältigen. Aktiv leben – das ist ein wesentlicher Aspekt von Gesundheit.

Unser ganzheitlicher Ansatz für Gesundheit heißt Bewegung – Bewegung für Kopf, Körper und mit sozialen Kontakten (unsere drei K`s – Kopf, Körper, Kontakte).

Die tägliche Dosis Bewegung ist das einzige bisher auf dem Markt erhältliche „Medikament“, das wissenschaftlich gesichert in der Lage ist, altersbedingte Leistungseinbußen aufzuhalten bzw. zu verlangsamen und teilweise sogar rückgängig zu machen. Unsere Stadtteilprojekte für die Bürgerinnen und Bürger im Kiez sind deshalb mit Bedacht nach diesem „Medikament“ benannt:

- „Bewegung statt Ruhestand“
- „Pro Beweglich – Fit mit Friederike“ \*
- Modellprojekt „Prävention bis ins höchste Alter“
- „Ein Kiez in Bewegung“ \*
- „Läufste mit – Bleibste fit“.

(\*Davon sind zwei Stadtteilprojekte über jeweils ein Jahr finanziert von der Kommune).

Auch die Friedrichsfelder Gesundheitstage, deren Schirmherr der Stadtrat für Gesundheit ist, das schon traditionelle Senioren-Frühlings sportfest in der Paul-und-Charlotte-Kniese-Schule, der Senioren-Tierpark-Spaziergang mit über 90 Senioren aus dem Kiez und viele andere wohnortnahe, bezahlbare und gut angenommene Angebote zeugen von der ernst zu nehmenden Absicht des Vereins, die Bürger in ihrem Kiez aktiv und kreativ in die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ einzubeziehen.

Wir sind der Auffassung, dass Gesundheit Orte der Kommunikation, zum Lernen und zum Handeln braucht. Die Vereinsprojekte beziehen z.B. solche Orte wie den Nachbarschafts-Treffpunkt von Miteinander Wohnen mit dem Kiez-Laden „Friederike“ in der Volkradstr., die Kultschule in der Sewanstr., die Paul- und Charlotte-Kniese-Schule, den Zachert-Sportplatz, den Tierpark Friedrichsfelde, das Center am Tierpark, die umliegenden Kitas oder den neueröffneten Familientreff von pro sozial mit ein. Es sind wohnortnahe Treffpunkte für Bewegungsangebote und Sportfeste, Bürgerforen, Arztvorträge, Kiezspaziergänge oder Veranstaltungen im Rahmen der 5. Friedrichsfelder Gesundheitstage. Sie sind oder sollen zu Wohlfühlorten, Orten der Begegnung und Bewegung für die Anwohner werden.

Das im Frühjahr 2004 durch die Bezirksverordnetenversammlung Lichtenberg bestätigte „Bezirkliche Handlungskonzept für Seniorinnen und Senioren des Bezirkes Lichtenberg“ verfolgt das Ziel, projektkonkret die Angebote für ältere Lichtenberger Bürger durch Kooperation, Vernetzung und Informationstransparenz zu verbessern.

Eines der elf fixierten Projekte innerhalb des Handlungskonzepts war und ist die Kampagne „Bewegung statt Ruhestand – Aktiv im Alter“ an deren Initiierung und Realisierung Miteinander Wohnen einen entscheidenden Anteil hat. Sie ist ein kommunalpolitisches Achtungszeichen für die Sicherung und den Ausbau differenzierter und seniorengerechter Bewegungs- und Sportangebote im Bezirk. Anliegen der Kampagne ist es, durch wohnortnahe, transparent und öffentlich gemachte sowie qualifiziert vermittelte Bewegungsofferten zum Erhalt der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit sowie zur Verbesserung des Wohlbefindens und der sozialen Kontakte einer wachsenden Zahl von älteren Friedrichsfeldern beizutragen. Für die Maßnahmen der Lichtenberger Seniorenpolitik erweist sich das Thema Bewegung und Sport als passender Baustein unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „gesundes und selbstbestimmtes Altern“.

Die Gestaltung der „gewonnenen Jahre“ in einer verlängerten und vielfältig gewordenen Altersphase ist zu einer bedeutenden Aufgabe der bezirklichen Seniorenpolitik und für Miteinander Wohnen geworden. Diesbezüglich wurde in der Fortschreibung des Bezirklichen Handlungskonzepts für den Zeitraum 2007/08 von der BVV Lichtenberg folgender Passus beschlossen, den der Verein über den Ausschuss für Soziales und Mieterinteressen vorgeschlagen hat: „Das Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sowie Bewegung in seiner Dreidimensionalität Kopf, Körper und Kontakte sollte weiterhin einen Schwerpunkt bilden. Wohnortnahe Angebote und Maßnahmen, die zur Steigerung der Fähigkeiten zu einer gesunden, bewegungsaktiven und selbstbestimmten Lebensführung sowie zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens, sind eine weiterführende Aufgabenstellung. (Der Verein leitet die AG Gesundheitsförderung/Prävention).

Trotzdem gibt es noch viele Reserven und auch Handlungsfelder in Zusammenarbeit mit der kommunalen Ebene:

- Im Verhältnis zur älteren Gesamtbevölkerung im Stadtteil Friedrichsfelde ist die Anzahl der einbezogenen Senioren noch zu gering. Fakt ist: Der größere Teil der älteren Anwohnerschaft wird noch nicht erreicht, partizipiert nicht oder zu wenig von den vielfältigen Angeboten und ist oftmals inaktiv.

Konsequenz:

- Die schon vorhandenen Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention müssen qualitativ und quantitativ weiterentwickelt werden. Dabei ist ein vernetztes Handeln von öffentlichen, freien und privaten Trägern und Beteiligten anzustreben und zu verstärken. Vernetzte Aktionsformen führen zu besseren Ergebnissen.
- Die Gesundheitsförderung älterer Menschen ist bislang in vielen Gesundheitsämtern, so auch in Lichtenberg weniger stark verortet als etwa die der Kinder- und Jugendgesundheit. Für die Jahre nach der Lebensmitte gibt es Pflegekonferenzen, Pflegeberatungsstellen oder Pflegeeinrichtungen. Strukturen für die Gesundheitsförderung und Prävention im jüngeren Alter sind dagegen noch zu wenig vorhanden (Vorschlag: Runder Tisch „Gesund und aktiv älter werden“).
- Generelle Studien (z. B. BzgA-Studie) haben gezeigt, dass eine Reihe älterer Bevölkerungsgruppen durch gesundheitsfördernde Angebote bisher noch nicht oder zu wenig erreicht wurden. Das trifft auch auf unseren Stadtteil zu. So z.B. schlechter gestellte ältere Menschen, ältere Migrant/innen und insbesondere geschlechterspezifisch die Männer.
- Gesundheitsberichte haben ebenfalls deutlich gemacht, dass sozial schlechter gestellte Menschen eine schlechtere Gesundheit haben als die Bevölkerungsgruppen, die in wirtschaftlich gesicherten Verhältnissen leben und über einen guten Bildungsstand verfügen. Hier wollen wir verstärkt ansetzen.

- Eines der schwierigsten Probleme in unserer angestrebten langfristigen und nachhaltigen Seniorenarbeit sind die instabilen personellen und finanziellen Rahmenbedingungen. Abgesehen von einigen längerfristig geförderten Stellen des zweiten Arbeitsmarktes und zwei festen „Personalstandbeinen“ (BA-gefördert, vereinsfinanziert) ringt der Verein eigentlich seit 15 Jahren um eine stabile Sicherung der Arbeit. Augenblicklich schwebt wieder einmal das Damoklesschwert der Personalkürzungen und Auslaufen von geförderten Personalstellen, seien es ABM, SAM, MAE, EGZ (wie sie alle heißen mögen), über uns. An dieser Stelle appelliere ich an die Landes- und Bezirkspolitiker, in ihren gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Entscheidungen deutliche Zeichen in Hinblick auf eine stabilere öffentlich geförderte Beschäftigungspolitik in der Gemeinwesenarbeit zu setzen.

In der Diskussion ging **Dr. Brigitte Jammer** auf die Frage ein, auf welche Probleme der Verein im täglichen Leben vor allem stoße:

- Viele Senioren wissen gar nicht, dass es den Verein und seine Angebote gibt. Besonders Hochbetagte sind als Zielgruppe besonders schwer zu erreichen.
- Es fehlen die finanziellen Mittel, um eine langfristige und kontinuierliche personelle Arbeit des Vereins zu sichern. Es werden immer wieder neue Mitarbeiter eingestellt, die jedoch auf Grund der arbeitspolitischen Situation nach kurzer Zeit wieder gehen müssen. Deren Wissen und Erfahrungen stehen dem Verein dann nicht mehr zur Verfügung.
- Hauptsächlich lebt der Verein durch die ehrenamtliche Tätigkeit der Vereinsmitglieder, die jedoch von der Politik nicht genug gewürdigt wird.

Nach den Impulsreferaten äußerten sich die anderen Podiumsteilnehmer und Podiumsteilnehmerinnen zu ihren Erfahrungen.

**Alexander Rychter** vom Bundesverband freier Immobilien- und Wohnungsunternehmer sagte, dass es viele Probleme mit den Berliner Wohnungen gebe. Viele seien nicht barrierefrei und somit seniorengerecht umgebaut. Dies sei zum einen auf finanzielle Gründe zurückzuführen, zum anderen gebe die bauliche Substanz vieler Häuser in Berlin (z.T. Altbauten, die unter Denkmalschutz stehen) einen seniorengerechten Umbau nicht her. Es sei teilweise unmöglich, dort einfache Hilfsmittel, wie einen Fahrstuhl, einzubauen. Schwierig sei auch immer wieder der Umgang mit den unterschiedlichen behördlichen Zuständigkeiten auf Bezirks- und Senats Ebene sowie die wenig aktiv gestaltete Förderkultur der Hauptstadt im Hinblick auf seniorengerechtes Wohnen.

**Holger Gerecke** von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sagte, dass es schwer sei, im Senat das Thema „Senioren“ als Querschnittsaufgabe zu etablieren. Es fehle an Mitteln, um qualifiziertes Personal zur Umsetzung der Leitlinien einzustellen. Zum Thema Wohnen im Alter sei aber bereits einiges geschehen, auch die Koordinierungsstellen Rund ums Alter in allen Bezirken seien senatsfinanziert und um Weiterentwicklung der bezirklichen Angebote bemüht.

**Christa Matter** von der Alzheimer Gesellschaft Berlin sagte, dass es leider bei vielen Senioren und deren Angehörigen erhebliche Defizite über das Krankheitsbild „Demenz“ und „Alzheimer“ gebe. Viele Bezirke seien bezüglich guter gerontopsychiatrischer Einrichtungen unterversorgt, was sich negativ auf die Wohn- und Lebensqualität der betroffenen Senioren und deren Angehörige auswirkt. Gezielte Maßnahmen, Aufklärung und ein Ausbau entsprechender Einrichtungen seien notwendig, um hier bedarfsgerecht intervenieren zu können.

**Aus der nachfolgenden, angeregten Diskussion ergaben sich folgende Hauptforderungen/Hauptaussagen der Arbeitsgruppe 3:**

- Ansätze und Modelle für quartiersbezogene Versorgungskonzepte, wie sie z. B. in den Impulsreferaten vorgestellt wurden, gehen bisher immer auf die Initiative lokaler Akteure und Bündnisse zurück, entstehen also in den Quartieren selbst und überwiegend ehrenamtlich. Politik und Verwaltung sind daran teilweise beteiligt, bislang aber nicht initiativ. Eine öffentliche finanzielle Förderung solcher Projekt erfolgt z. T. mittelbar über arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, die aber die nötige personelle Kontinuität für die „Beziehungsarbeit“ mit Senioren und in den Netzwerken im Kiez kaum gewährleisten können.
- Altersgerechte Wohnungsumbauten sind im Rahmen wohnortnaher Versorgung notwendig, weil sie Voraussetzung sind, damit die Menschen auch im Alter in ihrem Kiez bleiben können. Sie sind langfristig unabdingbar, da die Zahl der Senioren und somit auch der Bedarf an entsprechenden Wohnungen in den nächsten Jahren ansteigen wird. Einfachere und transparentere Vorschriften zur altersgerechten Wohnungsanpassung (besonders auch zur Rückbauverpflichtung) zur zügigen Umsetzung von Wohnungsanpassungen sind dafür notwendig. Durch die Registrierung vorhandener seniorengerechter Wohnungen in einem entsprechenden Pool könnte ihre Weitervermittlung erleichtert werden.
- Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen, auch und gerade im Bereich dementieller Erkrankungen, bedürfen des Ausbaus guter geronto-psychiatrischer Einrichtungen in allen Bezirken, um eine flächendeckende stationäre und ambulante Betreuung auf dem aktuellen Stand der Forschung zu gewährleisten. So könnten z.B. Pflegeheime ihre Konzepte überarbeiten und zu seniorengerechten gesundheitsförderlichen Wohn- und Lebensstätten werden (nicht nur „verwahren“). Auf Quartiersebene lassen sich auch Kenntnisse über solche Krankheitsbilder z. B. in Zusammenarbeit mit Schulen verbreiten.
- Altern und Gesund alt werden sind Querschnittsaufgaben und Querschnittsthemen, die als solche auf allen politischen Ebenen, in allen Organisationen und bei den Multiplikatoren etabliert werden müssen. Wohnortnahe Versorgungskonzepte brauchen kompetente, befugte und engagierte AnsprechpartnerInnen in den Bezirken und beim Senat.
- Damit wohnortnahe Versorgungskonzepte partizipativ entwickelt werden können und möglichst alle Senioren und Akteure in den jeweiligen Kiezen erreichen, ist eine aktive Öffentlichkeitsarbeit erforderlich. Sie erfordert finanzielle Mittel auch für Personal, weil das Auslegen von schriftlichen Informationen viele nicht erreicht.
- Im Rahmen wohnortnaher Versorgungskonzepte lässt sich die generationsübergreifende Arbeit stärken, um so die Rolle der Senioren in der Gesellschaft als aktive, teilhabende, heterogene Personengruppe deutlich zu machen und dem Vorurteil alt = krank = hilfebedürftig entgegen zu wirken.



## **Abschlussplenum „Gesund Altern – Strategien in Berlin“**

Das Abschlussplenum wurde von Carola Gold, Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin e.V., eröffnet. Sie übernahm die Moderation und begrüßte die anwesenden Teilnehmer/innen zu einem abschließenden Gespräch am Ende der Fachtagung. Sie übergab das Wort zum Beginn der Aussprache an Martin Matz, Bezirksstadtrat Gesundheit und Soziales, Spandau, und Regina Saeger, Landessenorenbeirat Berlin.

Martin Matz:

- **Hauptanliegen in der eigenen Arbeit ist die kontinuierliche Verbesserung der Lebenslage der älteren Bevölkerung. Dazu gehört eine langfristige Planung: Was brauchen wir in 40 Jahren? Die Erfahrungen der Älteren gilt es effizienter zu nutzen. Eine gute Grundlage ist das Mitwirkungsgesetz.**
- **Den individuellen Bedarf der verschiedenen sozialen Gruppen der Älteren kennen wir noch zu wenig. Zu oft entstehen so undifferenzierte Angaben über Lebenslagen. Die Individualität älterer Menschen muss mehr respektiert werden. Dringend erforderlich sind neue Altersbilder. Das gilt insbesondere für die Gruppe der jungen Alten und deren Ressourcen und Potenziale. Zu häufig werden vorwiegend Lebenslagen der Hilfsbedürftigen verallgemeinert.**
- **Aus gegenwärtigen Erfahrungen ergeben sich notwendige Schlussfolgerungen für Veränderung der Strukturen in den Ämtern. Noch erschweren heterogene Strukturen zwischen den Bezirksämtern z. B. die Organisation übergreifender Maßnahmen sowie die Orientierung der Bürger in den Verwaltungen.**
- **Die Verantwortung der Plan- und Leitstellen für Gesundheit in den Bezirken für die diesbezüglichen Aufgaben in der Altenpolitik und Altenhilfe wird zunehmen. Eine entsprechende Unterstützung ist erforderlich.**
- **Es muss davon ausgegangen werden, dass es sozial Benachteiligte schwerer haben, soziale Netze aufzubauen. Sie benötigen entsprechende konkrete Hilfen. - Die Bündelung von Interessen der Senioren sollte in den Kiezen insbesondere durch die Seniorenvertretungen erfolgen. In den Versammlungen zu Wahlen wird oft nur ein Bruchteil von Senioren erreicht.**

Regina Saeger:

- **Der Einfluss des Landessenorenbeirates und der Landessenorenvertretung bei der Vorbereitung gesetzlicher Grundlagen wurde größer. Zur Verbesserung des Mitwirkungsgesetzes werden mit allen Organisationen und Verbänden noch weitere Beratungen durchgeführt. Die Politik ist jetzt verpflichtet, dem Landessenorenbeirat und der Landessenorenvertretung entsprechende Informationen bei der Vorbereitung gesetzlicher Grundlagen zur Verfügung zu stellen und sie in Beratungen über relevante seniorenpolitische Entscheidungen einzubeziehen (z.B. Ressort von Ingeborg Junge-Reyer, Dr. Heidi Knake-Werner, Ehrhart Körting). Es besteht also eine Pflicht. Es liegt jetzt an uns, diese mit Nachdruck einzufordern. Es gilt die mit dem Ehrenamt übernommene politische Verantwortung nachhaltig zu übernehmen. Es gibt eine Verpflichtung zur Rechenschaftslegung über unsere Tätigkeit gegenüber allen Senioren.**

- Am vergangenen Wochenende fand die Seniorenwoche mit einem interessanten Informationsprogramm an 150 Ständen auf dem Berliner Breitscheidplatz statt. Die Veranstaltung war gut vorbereitet und ist insgesamt gut gelungen. Ein großes Team ehrenamtlich engagierter Bürger war mehrere Wochen beteiligt.

Inge Frohnert, Arbeitskreis Qualität in der Gesundheitsförderung, hatte wesentlich an der Vorbereitung mitgewirkt. Sie ergänzt: „Es wurde in der Vorbereitung eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit geleistet: es wurden über 20.000 Programme verschickt, die Senatorin schrieb ein informatives Grußwort, es wurden Faltblätter verteilt, es wurden Inserate in verschiedene Zeitungen gesetzt.“ Aber von dem gesamten „Medienpott“ wurde die Berliner Seniorenwoche nicht wahrgenommen. „Wir waren 20 Sekunden im RBB!“ - Mit einer solchen Ignoranz kann bürgerschaftliches Engagement diskriminiert werden.

Im weiteren Verlauf der Diskussion informierten die Sprecher aus den drei Arbeitsgruppen über die Empfehlungen und Schlussfolgerungen aus den Beratungen (siehe o. a. Zusammenfassungen in den Beiträgen).

Danach sprachen mehrere Teilnehmer/innen über eigene Erfahrungen, gaben Hinweise für künftige Aktivitäten und richteten Anfragen an Regina Saeger und Martin Matz.

Frau Zerowiak verwies auf Folgen von Autoimmunerkrankungen bei Bewohnern in Pflegeheimen (Jodprophylaxe) und schlug entsprechende Untersuchungen vor.

Klaus Ehrenheim informierte über die Veranstaltung „Senioren debattieren im Parlament“ und wünschte mehr Zeit für Anfragen in diesen Veranstaltungen bzw. die Organisation einer eigenen Veranstaltung des Landesseniorenbeirates. - Regina Saeger würdigte die wertvolle Tradition dieser Veranstaltung, die erhalten bleiben sollte. Bei zwei Stunden als Zeitvorgabe ist damit jedoch auch eine Disziplin bei den Anfragen verbunden. – Herr Zetke: Bei kurzen prägnanten Fragen sind konkrete Antworten zu erwarten.

Ulrika Zabel forderte künftig ein anderes Öffentlichkeitskonzept, um mehr ältere Menschen in den Stadtbezirken und vor allem in den Kiezen zu erreichen. Das betrifft auch die Eröffnungsveranstaltung bei der Berliner Seniorenwoche. Sie fragte Martin Matz, welche neuen Überlegungen es diesbezüglich gibt.

Martin Matz:

- Senioren (= 60-Jährige und älter) sind eine sehr heterogene Gruppe der Älteren (z. B. ältere Arbeitnehmer, Altersrentner, Bewohner in Senioren-Wohnheimen, ältere Pflegebedürftige, ältere Freiberufler ...) mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und Interessen. Diese sind wirksamer zu berücksichtigen.
- Träger, die im Seniorenbereich tätig sind, werden oft mit sehr kurzfristigen Maßnahmen (u. a. bei deren Bewilligung sowie kurzfristigem Wechsel von Personal) konfrontiert. Erforderlich ist eine größere Differenzierung bei den Unterschieden der Dauer der Arbeitslosigkeit. – „Wir werden im sozialen Arbeitsmarkt (öffentlichen Beschäftigungssektor) künftig durch Entscheidungen auf Bundesebene eine sehr starke Veränderung haben. Der Bundesarbeitsminister Müntefering hat diese Woche durchgesetzt, dass es ein Programm für längerfristige Beschäftigung in all den Regionen geben wird, in denen die Arbeitslosigkeit über 15 Prozent liegt. Das Programm würde es uns ermöglichen, in den Berliner Bezirken jeweils 1000 Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen“.

- „Gesund Altwerden werden als Titel dieser Veranstaltung hat auch sehr viel damit zu tun, in welcher sozialen Umgebung man alt wird und auch, wie weit man sich gebraucht fühlt durch das, was man tut.“ Es könnte ein besserer Gesundheitszustand erreicht werden, wenn nicht so viele Menschen mit dem Problem der Arbeitslosigkeit, insbesondere der Langzeitarbeitslosigkeit, konfrontiert werden. Die dadurch vorhandene Unzufriedenheit wirkt sich auch gesundheitlich aus. Vor allem ist das Potenzial älterer Arbeitnehmer/innen zu nutzen.

Carola Gold hob hervor, dass diese Feststellung auch eine Forderung der drei Arbeitsgruppen der Fachtagung ist: die Aktivierung muss so früh wie möglich beginnen, soziale Integration und individuelle Wertschätzung sind wesentliche Voraussetzungen in der Altenpolitik und Altenhilfe. Frage: Wie kann die Einbindung der Angebote in den Bezirken erfolgen? Sie sollten auf jeden Fall mit den lokalen Strukturen - vor Ort in den Quartieren - vernetzt werden.

Martin Matz: Wir haben bisher eine Situation, in der viele Maßnahmen in den Jobcentern entschieden werden. Diese sind jedoch nicht Teil der Verwaltung. Unser Zugriff auf die Entscheidungen in den Jobcentern ist sehr begrenzt. Bei Maßnahmen im Sozialen Arbeitsmarkt („ÖBS“) würden die bezirklichen Vertreter in die Entscheidungen der Jobcenter eingebunden werden. Das wäre ein großer Vorteil.

Ingeborg Simon bezeichnete „Strategien für gesundes Altern“ als eine vorrangige Aufgabe. Kooperatives, ressortübergreifendes, integratives und vernetztes Agieren sind dabei wichtige Voraussetzungen. Es muss der Politik, der Verwaltung und den Institutionen gelingen, entsprechende Konzepte für sinnvolles Arbeiten umzusetzen. Eine Arbeitsgruppe von Gesundheit Berlin sollte die Ergebnisse der Fachtagung zusammenfassen: Strategische Konzepte als Katalog erarbeiten und auf der nächsten Veranstaltung diese Strategien in einem „sehr ausgeprägten Netz- und Informationssystem für die Landesgesundheitskonferenz mit neuen Zielerfordernissen“ verbinden. - Ingeborg Simon mahnte eindringlich zu einem solchen Handeln, „da die großpolitische Wetterlage auf EU- und Bundesebene auf eine völlig andere Richtung orientiert“. Sie ist in der gegenwärtigen Pflegereformdiskussion erkennbar: „Der Wettbewerb hat das Ziel des Verdrängens und des Ausdünnens von Institutionen, die eine sehr gemeinnützige Verantwortung tragen, zugunsten von noch mehr Privatisierung.“ - „Die beste Konzeption kann nur das Werk von vielen Kostenträgern und Verantwortungsträgern auf der Basis exakter Daten sein.“

Auf die Anfrage an Martin Matz, ob Plan- und Leitstellen künftig Vollmachten und Möglichkeiten zur allgemeinen Durchsetzung von Konzepten erhalten können, verwies Matz auf die unterschiedlichen finanziellen und personellen Voraussetzungen in den Bezirksämtern. In Spandau gibt es eine sehr kleine, aber engagierte Gruppe von Mitarbeiter/innen, jedoch von 6,5 Stellen sind zurzeit nur 3,25 finanzierbar. Erforderlich ist, dass der Senat Globalzuweisungen für diesbezügliche Finanzierungen ermöglicht und dass Mittel für den Bereich Soziales und Gesundheit anders aufgeteilt werden können.

Carola Gold schätzte ein, dass die Plan- und Leitstellen geeignete Gremien sind, auch für ressortübergreifendes Arbeiten. Sie sind bewährte Akteure für Vernetzung in den Kommunen. D.h., diese Strukturen sind zu stärken, um eine seniorenrechtliche Altenpolitik in den Bezirken zu befördern. - „Bisher spielen die Bezirke in der Landesgesundheitskonferenz keine Rolle. Das Konzept der Gesundheitsziele für ältere Menschen funktioniert nur, wenn die Stadtbezirke eingebunden sind. Frage: Hat ein solches Konzept auf der Landesgesundheitskonferenz Chancen?“

Martin Matz: „Wir haben alle in der letzten Wahlperiode mit der Landesgesundheitskonferenz sehr große Hoffnungen verbunden.“ Es fehlt aber der Transmissionsriemen zu den Strukturen vor Ort. „Die Senatsverwaltung für Gesundheit wollte noch ein Steuerungsmodell entwickeln und vorstellen, das dabei hilft, auf der Landesebene für richtig erkannte Ziele die Ressourcen dahin zu lenken, wo man sie braucht, um für die Umsetzung etwas tun zu können.“ Obwohl damit in die Autonomie der Bezirke eingegriffen werden könnte, werde dieses Vorgehen befürwortet. „Ressourcen müssen dort ankommen, wo es besonders erforderlich ist.“ Das gilt insbesondere für die differenzierten Ausgangslagen in den jeweiligen Stadtbezirken. So benötigt man für die Gesundheitsziele für Senior/innen andere Verteilungskriterien im Unterschied zu Maßnahmen im Handlungsfeld Adipositas.

Ingeborg Simon ergänzte: „Die Bezirke möchten nicht viel aus der Hand geben, z. B. Gesundheitskonferenzen mit eigenen Themen durchführen. Steuerungsmechanismen müssen von dort kommen. - Ein weiteres Beispiel ist die Mitarbeit im Landespflegeausschuss: Wir als Landesseniorenbeirat sind Mitglied im Landespflegeausschuss. Trotzdem sind wir dort nur mit beratender Stimme tätig. Es ist an der Zeit, dass wir dort auch ein ordnungsgemäßes Stimmrecht bekommen. Wir sind die Interessenvertreter von fast 30 Prozent der Bevölkerung im Land Berlin. Wir wissen insgesamt, was für uns gut ist und was für die Menschen gut ist. Wir als Senioren haben dort auch ein Stimmrecht. Es kann nicht sein, dass dort nur Lobbyisten bestimmen. Wir werden uns dafür stark machen.“

Carola Gold fasste die Ergebnisse der Aussprache zusammen: Die Veranstaltung hatte das Ziel, Ergebnisse der Diskussion zu vertiefen und zu bündeln. Insgesamt ist das gelungen. Die Veranstaltung ist nicht Abschluss, sondern Auftakt. In den nächsten Wochen werden die Informationen der Fachtagung aufbereitet. Die Techniker Krankenkasse wird die Herstellung der geplanten Dokumentation unterstützen.

Regina Saeger schlug vor, die nächsten Aktivitäten in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe durchzuführen: „Zusammen sind wir stark und zusammen können wir etwas erreichen.“

Martin Matz appellierte an alle Mitstreiter/innen: Für die Senior/innen in Berlin werden wir vor allem dann etwas erreichen, wenn wir auch die anderen Altersgruppen der Bevölkerung überzeugen, dass seniorengerechte Infra- und Sozialstrukturen auch für sie vorteilhaft sind. Die Bevölkerungsstruktur in Berlin wird sich in den nächsten dreißig Jahren extrem verändern. Wir sind darauf noch ungenügend vorbereitet. Die Analyse für die erforderlichen Maßnahmen müsste Aufgabe dieser Wahlperiode sein.

Carola Gold dankte allen Teilnehmer/innen für die rege Teilnahme an dieser Fachtagung und schließt die Veranstaltung.

# Sonderdruck: Ressourcen und Potenziale für Gesundheit im Alter

*Dr. Heinz Trommer*

## **Begriffsbestimmungen**

Mit der Auswertung des Fünften Berichtes zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland wurde die Diskussion über Ressourcen und Potenziale für Gesundheit im Alter erneut angeregt. Im Bericht werden mit der Beschreibung der Folgen des demografischen Wandels vor allem mögliche Risiken und Chancen dieser Entwicklung beschrieben.

Ressourcen sind vorhandene Kapazitäten, zusätzliche sowohl individuelle als auch soziale Reserven. Ressourcen können wesentliche Voraussetzungen für die Entstehung und Nutzung von Potenzialen sein.

Potenziale sind mögliche, entwicklungsfähige, noch nicht verwirklichte Kapazitäten. Im Bericht werden Potenziale als sowohl vom Individuum oder der Gesellschaft bevorzugte Lebensentwürfe und Lebensformen, die zur Wirklichkeit werden können, verstanden. Es sind also einerseits persönliche Ziel- und Wertvorstellungen und andererseits Leistungen der Solidargemeinschaft als gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

## **Was ist Altern? Was sind Potenziale des Alters?**

Altern ist ein natürlicher Vorgang steter Veränderungen, der allen mehrzelligen Lebewesen eigen ist. Der Akzent liegt auf stete Veränderung.

Altern ist ein gesetzmäßiger Vorgang, der unumkehrbar und unvermeidbar ist. Altern ist nach genetisch programmierten Lebensabschnitten unterscheidbar - siehe Phasen wie Kindheit, jugendliches Erwachsenenalter, Reifealter und Umstellungsalter sowie die Lebensabschnitte des älteren, des alten und des sehr alten Menschen. - Unterschieden werden drei Alterskohorten.

- Altern ist ein lebenslanger Prozess, von der Konzeption (erste Zellteilung) bis zum Tod. Dieser biopsychosoziale Prozess besteht aus den Komponenten
- des physischen Alterns (altersbedingte körperliche Veränderungen: anatomisch und physiologisch),
- des psychischen Alterns (altersbedingtes Erleben und Verhalten, z.B. altersbedingte Veränderungen psychischer Funktionen wie Gedächtnis, Denken, Konzentration) und
- des sozialen Alterns (unter dem Einfluss der Sozialisation entstehen durch psychophysische Wechselwirkungen altersbedingtes Verhalten wie Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungen, sozialer Rollen und der Ausprägung sozialer Persönlichkeitseigenschaften)
- Physisches, psychisches und soziales Altern können auch asynchron (nicht zeitgleich) verlaufen („Frühreife“, „Spätentwickler“, vorzeitiges körperliches Altern, Problem: mögliche Auswirkungen von Unterversorgungen).

Altern ist ein lebenslanger Prozess der Individualisierung. Gleichaltrige Frauen und Männer weisen in mehreren Lebensbereichen bedeutsame Unterschiede auf, das Altern verläuft differenziell - es sind immer heterogene und vielfältige Alternsprozesse. Es gibt nicht das Altern, es gibt nicht die Alten! Darum ist das kalendarische Alter ein unzureichendes Kriterium für Maßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere auch in der Alterspolitik.

Es muss von einer zunehmenden sozialen Polarisierung, von einer zunehmenden sozialen Ungleichheit ausgegangen werden. Das betrifft alle sozialen Gruppen und alle sozialen Schichten in der Gesellschaft. Das gilt auch für Migrantinnen und Migranten, einer relativ neuen Zielgruppe innerhalb der Altenhilfe

Altern des menschlichen Individuums ist Persönlichkeitsentwicklung, diese ist vor allem auf ständige Lernprozesse zurückzuführen (aktive Anpassung an veränderte physische, psychische und soziale Bedingungen, Bewältigung von Anforderungen, Zusammenwirken von personalen und sozialen Ressourcen). Lebenslanges Lernen setzt kontinuierliche Selbstaktivierung sowie Neugier, Interessen und Kommunikationsbereitschaft voraus. Unter den Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit, Armut und sozialer Ausgrenzung können diese Voraussetzungen sehr beeinträchtigt werden. Das gefährlichste Gift in einer solchen Situation ist Gleichgültigkeit. Sie beschleunigt die Prozesse des psychophysischen Alterns! Vitalität im Alter ist nicht allein abhängig vom Datum im Personalausweis.

Biopsychosoziale Prozesse des Alterns sind bedingt beeinflussbar: Das Individuum kann sie

- beschleunigen (physischer und psychischer „Raubbau“ / Verschleiß) sowohl durch ständige Überforderung und höchste Beanspruchung als auch durch Unterforderung (Unterbeanspruchung, mangelnde Aktivierung, unzureichende nervale und muskuläre Beanspruchung) oder
- verzögern, verlangsamen (altersgerechte gesundheitsbewusste aktive Lebensweise, optimale Selbstbeanspruchung, soziale Geborgenheit, soziale Integration).

Die Beschleunigung des Alterns von älteren und alten Menschen ist insbesondere nach vorliegenden Untersuchungen auf folgende Faktoren Zurückzuführen: Informations- und Bildungsmangel, soziale Isolierung, psychische Einsamkeit, mangelnde psychophysische Beanspruchung / Inaktivität, plötzlicher Wechsel gewohnter Lebensweise, inadäquater Arbeitseinsatz oder Verlust der Erwerbsarbeit, unzureichende Reproduktion (Schlafdefizit) sowie Furcht vor dem Altern (mangelhafte psychische Verarbeitung: „Torschlusspanik“).

Alter ist nicht mehr „Lebensabend“, keine „Restzeit“, sondern eine selbständige Lebensspanne mit 20, 30 und noch mehr Jahren - länger und vielgestaltiger als die Kindheit und die Jugendzeit. Die Lebenserwartung ist ein bedeutsamer Indikator für den Gesundheitszustand in der Gesellschaft.

Alter und Altern werden häufig mit Abbau, Krankheit und Abhängigkeit verbunden. Altern bringt zwar ein höheres Risiko für Krankheiten mit sich, aber „Alter gleich Krankheit“ ist eine unzulässige Vereinfachung! Durch wissenschaftliche Befunde und die Praxis kann belegt werden, dass physisch und psychisch gesunde alte und ältere Menschen keine Ausnahme sind. Von den 60- bis 70jährigen meistern über 90 Prozent ihren Alltag kompetent und eigenverantwortlich, bei den 80- bis 90jährigen sind es noch rund 50 Prozent. In neueren Untersuchungen wird z.B. in der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen ein deutlicher Aktivierungsschub im Engagement für das Gemeinwohl nachgewiesen. Nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die Erwartungen an das Leben verändern sich. Älter werden bedeutet nicht, auf ein aktiv geführtes Leben zu verzichten.

Von großer Relevanz sind die Veränderungen im sozialen Status einer alternden Person und deren individuelle psychische Verarbeitung. Damit sind oft sehr gravierende Einschnitte in die Lebensweise und den persönlichen Lebensstil verbunden. Das Erlebnis der veränderten eigenen sozialen Kompetenz und sozialen Akzeptanz in einer sich verändernden sozialen Lebenswelt erfordert von den Betroffenen und deren Mitmenschen ein hohes Maß an Anpassungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit.

Leider gibt es noch zu viele anregungsarme Lebensbereiche, in denen ältere Menschen zu wenig Impulse und Möglichkeiten für aktives Altern erhalten. Das gilt nicht nur für stationäre Einrichtungen und Altenheime mit geringen Personalkapazitäten und unzureichender Betreuungsbereitschaft („Tristesse“, „Hölle der Ereignislosigkeit“), sondern oft auch für die „eigenen vier Wände“. Entwürdigende Lebensbedingungen können dazu beitragen, dass psychische Kompetenzen verkümmern.

Altern ist eine Kunst, eine Lebenskunst. - Altern in Gesundheit ist vor allem durch drei Komponenten im persönlichen Lebensstil möglich (Baltes): Prioritäten setzen (Anforderungen mit persönlichen Leistungsvoraussetzungen übereinstimmen), Nutzen von Ressourcen (Lebensweise optimieren) und Kompensation (Verluste und Einschränkungen individueller biopsychosozialer Bedingungen ausgleichen).

Wertvolle diesbezügliche Erkenntnisse wurden in den Modellprojekten „Bewegung und Altern“ gewonnen, in denen motorische und geistige Beanspruchung miteinander verbunden und soziale Kompetenzen gefördert werden.

Gegenwärtig wird viel von den Ressourcen und Potenzialen im Alter gesprochen. Die allgemeine Aussage, dass der Ältere mehr Lebenserfahrungen, also mehr Informationen in seinem Langzeitspeicher des Gedächtnisses besitzt, ist zu wenig. In gerontologischen Forschungen wird vor allem auf den möglichen Weitblick auf der Basis dieser Lebenserfahrungen, auf die darauf basierende Urteilsbildung sowie die Fähigkeit zur Distanz aktueller Ereignisse, d.h. einer geringeren unmittelbaren Befängtheit in Alltagssituationen verwiesen. Baltes bestimmt die Stärken des Alters in dem Verständnis für Andere, der Besonnenheit in Entscheidungs- und Handlungssituationen („in der Ruhe liegt die Kraft“), dem Denken in größeren Zeiträumen sowie in der sozialen Kompetenz, die sich im Alter noch verstärken können. Für das Weisheitswissen werden fünf Komponenten hervorgehoben: Faktenwissen in grundlegenden Fragen des Lebens, Strategiewissen, Wissen um Kontexte des gesellschaftlichen Wandels, Wissen um die Ungewissheit des Lebens sowie Wissen um die Relativität von Werten und Lebenszielen. Zum Weisheitswissen gehört auch die Fähigkeit, kreativ mit Altersverlusten umzugehen.

Nach neueren Untersuchungsergebnissen kann die kristalline, d.h., die erfahrungsgebundene Intelligenz bis ins hohe Alter erhalten bleiben und in vertrauten Lebenssituationen auch den Hochbetagten eine weitgehende Kompetenz erhalten.

In der aktuellen Diskussion zur demografischen Entwicklung und zur Altenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland wird ein neues, realistischeres und zukunftsorientiertes Bild vom Alter und vom alten Menschen gefordert. Eine zunehmend größere Anzahl Älterer bleibt bis kurz vor ihrem Lebensende aktiv, selbständig und lebensstüchtig. Erstmals sind wir mit einer qualitativ hoch stehenden nachberuflichen Phase konfrontiert. Lebensstile mit geistigem Anspruch entwickeln sich. Jede Generation ist anders, keine ist eine Kopie der vorangegangenen. Gerade gegenwärtig sind deutliche Differenzierungen zwischen den Generationen der jungen Alten, der alten Alten und der Hochbetagten nachweisbar.

Werden diese Ressourcen und Potenziale im Alter im gesellschaftlichen Leben genutzt? Warum werden Ältere noch nicht ausreichend in Planungs- und Entscheidungsaufgaben in den Kommunen einbezogen? Weshalb wird auf diese Ressourcen und Potenziale verzichtet?

In den vergangenen 100 Jahren haben wir 30 Jahre Lebenszeit hinzugewonnen. Sie sollte für alle eine sinnerfüllte Lebenszeit werden. Darum brauchen wir eine neue Kultur des Alters und des Alterns.

Eine Frage, die häufig gestellt wird: Was ist „gutes“ Altern? Antwort: Wichtigstes Kriterium für „gutes Altern“ ist der Zusammenhang zwischen Wohlbefinden älterer Menschen und ihrer Aktivität. Aus dem Alltag ist bekannt, Aktivität und intensive soziale Kontakte tragen zu einer hohen Lebenszufriedenheit bei.

### **Was ist Gesundheit? Was sind Potenziale für Gesundheit?**

In den vergangenen Jahren hat das Thema Gesundheit in allen Lebensbereichen und Altersgruppen an Bedeutung gewonnen. Dies gilt auch für die über 60-Jährigen.

Diese Gruppe, zu der heute bereits jeder Fünfte zählt, wird bis zum Jahr 2030 auf circa 35 Prozent ansteigen. Die WHO sieht deshalb in ihrem Weltgesundheitsbericht von 1998 die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung sowie die Vermeidung von Krankheiten und Behinderung als eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Gleichzeitig wird hervorgehoben, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist. Gesundheit wird auch für das Individuum mit zunehmendem Alter ein wichtiges Lebensziel.

Das Verständnis von Gesundheit hat sich in den vergangenen Jahrzehnten sehr gewandelt. Gesundheit wird als ein eigenständiger lebenslanger biopsychosozialer Prozess bestimmt. Gesundheit ist also mehr als Nicht-Krankheit („Gesundheit ist die Summe aller Krankheiten, die ich nicht habe.“). Mit diesem Wandel in den Grundauffassungen zum Verständnis von Gesundheit und Alter sind weit reichende Aussagen verbunden.

Gesundheit wird als eine biopsychosoziale Fähigkeit zur Lebensgestaltung bzw. Lebensbewältigung verstanden. Gesundheit ist somit zugleich Voraussetzung und Ergebnis einer bestimmten Lebensweise unter bestimmten Lebensbedingungen.

Der Begriff „Gesundheit“ wird wesentlich weiter gefasst. Er beinhaltet körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, das subjektive gesundheitliche Befinden, den Umgang mit gesundheitlichen Störungen, den Grad der Lebenszufriedenheit und das Ausmaß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Lebenseinstellung, Lebensgefühl und Aktivität des Menschen sind also wichtige Aspekte, die Gesundheit erfassen (Kruse).

Es beginnt ein neues Arzt-Patienten-Verhältnis. Das ist besonders für den älteren Menschen bedeutsam. Der Ältere hat das Recht, bei einem Arztbesuch umfassend über die Behandlung informiert zu werden (Nutzen, weiteres Vorgehen, Alternativen). Er möchte sein Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen, er erwartet ein Gespräch auf „gleicher Augenhöhe“ mit dem Arzt.

Nach einer publizierten Bremer Studie klagt die Hälfte aller Patienten, dass sie fühlen, von ihrem Arzt nicht ernst genommen zu werden. Aus gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass die „Heilkraft des Vertrauens“ Genesungsprozesse beeinflussen kann. Sie ist immer abhängig, ob der Ältere den Arzt als authentisch, glaubwürdig erlebt.

Kernstück der Gesundheit ist die psychische Gesundheit, d.h., bei psychischer Verarbeitung von wahrgenommenen oder gespeicherten Informationen: die psychische Stabilität, psychische Belastbarkeit, psychische Widerstandskraft, emotionale Ausgeglichenheit, psychische Balance. Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit! Psychische Gesundheit ist eine Bedingung, um eigene intellektuelle und emotionale Potenziale zu verwirklichen. Als Schutzfaktor sind subjektive Widerstandsfähigkeit und Belastbarkeit zu stärken.

Mit diesem erweiterten Verständnis von Gesundheit ist für die Hilfe zur Selbsthilfe, für das Konzept der Selbsthilfegruppen eine wichtige Basis vorgegeben: vor allem die genannten Merkmale wie Selbstständigkeit, Selbstverantwortung sowie Fähigkeiten wieder zu reaktivieren und zu stabilisieren - insbesondere bei veränderten Lebensbedingungen! Da sich gesundheitliche Risiken benachteiligter älterer Menschen auch im Alter fortsetzen, ist deren Gesundheitsförderung besonders zu beachten.

### **Schlussfolgerungen für Gesundheitsförderung und Prävention bei der älteren Bevölkerung**

Altern und Gesundheit sind eine Herausforderung für Gesundheitsförderung und Prävention. Sie haben als vierte Säule im Gesundheitswesen ein besonderes politisches Gewicht und für die Lebensqualität der älteren Bevölkerung Priorität.

Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation zur Verbesserung der Gesundheit, der Erhaltung der Selbstbestimmung und Mobilität auch im Alter erweisen sich überaus sinnvoll. Aus Studien ist bekannt, dass eigenes Gesundheitsverhalten als auch Versorgungshandeln wesentlich von Vorstellungen über Gesundheit, von subjektiven Gesundheitsbegriffen beeinflusst ist. Die Nutzung von Ressourcen und Potenzialen für Gesundheit hängt also davon ab, wie Professionelle und Nicht-Professionelle sowie die Gesellschaft insgesamt Krankheit und Gesundheit definieren und ob z.B. physiologisch altersbedingte Veränderungen als pathologisch bewertet werden.

**Gesundheitsförderung** bezieht sich auf die gezielte Beeinflussung von Einstellungen, Verhaltensweisen sowie Lebens- und (natürlicher und sozialer) Umweltbedingungen, um gesundheitliche Ressourcen zu steigern, gesundheitsfördernde Potentiale zu entwickeln und zu nutzen sowie zu einer gesundheitsbewussteren Lebensführung zu motivieren. Mit den bisherigen Formen der Aufklärung und Information (Apotheker-Magazine, Broschüren, Handzettel, Vorträge) wird nur ein relativ kleiner Teil der älteren Bevölkerung erreicht. Es werden andere Konzepte erforderlich, um nachhaltige Verhaltensänderungen im Lebensstil zu ermöglichen.

Deshalb sind Beratungen für die primär der Eigenverantwortung unterliegenden Gesundheitsbereiche wie körperliche Aktivität, Ernährung und psychosoziales Wohlbefinden besonders zu intensivieren. Mehr als bisher sind in Kleingruppen die Eigenverantwortung des älteren Menschen (Empowerment) zu stärken und die Kompetenz für selbstständige Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen zu vermitteln. Die Lebenswelten dieser Zielgruppen müssen zum Ausgangspunkt für Veränderungen werden. Es muss bewusster von den Bedürfnissen dieser Gruppen ausgegangen werden, erst dann ist Einfluss auf Überzeugung, Motivation und Partizipation möglich.

**Prävention** dient vor allem zur Stärkung des Verantwortungsgefühls für die eigene Gesundheit und zur Befähigung, auf Anforderungen der individuellen Lebenssituation und Umwelt altersgerecht und kompetent zu reagieren. Mit präventiven Maßnahmen können insbesondere funktionelle Einschränkungen vermieden, chronische Krankheiten hinausgezögert bzw. sogar verhindert sowie Folgeschäden (Behinderung) minimiert werden.

In Präventionskonzeptionen müssen die kognitive Leistungsfähigkeit und die soziale Aktivität bewusster beachtet werden. Das Ziel ist ein möglichst langer Erhalt der Selbständigkeit im Alter. Integrierte Sicherungssysteme, Früherkennungs- und Vorbeugungsangebote, präventive Hausbesuche, präventive und rehabilitative Pflege, vermehrter Einsatz des geriatrischen Assessments sowie Krisenintervention sind schrittweise bedarfsgerecht auszubauen. Dazu gehören u. a. Aktivitäten zur Raucherentwöhnung, Sturzprävention und Krafttraining.

Altern wird zu einem zentralen Zukunftsthema. Aktive Lebensgestaltung ist das gelungene Zusammenwirken von personalen Ressourcen (individuellen Leistungsvoraussetzungen) und Umweltressourcen (Anregungen, Anforderungen und Hilfen der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt). Rahmenbedingungen sind dabei nicht voraussetzungslos.

Simone de Beauvoir hat dieses Grundanliegen treffend formuliert:

*„Man muss sich wünschen, auch im Alter noch starke Leidenschaften zu haben, die es uns ersparen, dass wir uns nur noch mit uns selbst beschäftigen. Das Leben behält seinen Wert, solange man durch Liebe, Freundschaft, Empörung oder Mitgefühl am Leben der Anderen teilnimmt.“*

Kontakt zum Autoren über Gesundheit Berlin, Tel. 030 / 44 31 90-60,

trommer@gesundheitberlin.de

## **Literaturempfehlungen des Arbeitskreises „Altern und Gesundheit“ von Gesundheit Berlin**

Bachèr, Ingrid: Sieh da, das Alter. Tagebuch einer Annäherung. - Verlag Dittrich, 2003. - ISBN 3-920862-49-X.

Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. - Hamburg, Hoffman und Campe, 2006. - ISBN (10) 3-45550017-X.

Bovenschen, Silvia: Älter werden. - 8. Aufl. - Frankfurt a. M., S. Fischer, 2006. – ISBN 13: 978-3-10-003512-7.

Goldberg, Elkhonon: Die Weisheitsformel. Wie Sie neue Geisteskraft gewinnen, wenn Sie älter werden. - Hamburg, Rowohlt, 2007. - ISBN 978-3-498 02508 3.

Gruss, Peter (Hrsg.): Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft. Ein Report der Max-Planck-Gesellschaft. - München, C.H. Beck, 2007. - ISBN 978 3 406 55746 0.

Haiden, Christine / Petra Rainer: Vielleicht bin ich ja ein Wunder. Gespräche mit 100-Jährigen. - 2. Aufl. - St. Polten-Salzburg, Residenz-Verlag, 2007. - ISBN 13: 978-3-7011-3023-0.

Kickbusch, Ilona: Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. - Hamburg, Verlag für Gesundheitsförderung, 2006. - ISBN 3-929798-36-0.

Lange, Elisabeth: Älterwerden ist nichts für Feiglinge. Jung, schön und gesund bleiben - alles was man wissen muss. - München, Piper Verlag, 2006. - ISBN 13: 078-3-492-24834-1.

Livingston, Gordon: Zu früh alt und zu spät weise? – 3. Aufl. - München, Integral, 2006 - ISBN 10: 3-7787-960-5.

Pohlmann, Friedrich: Die soziale Geburt des Menschen. - Weinheim und Basel, Beltz, 2000. - ISBN 3-40722061-8.

Scherf, Henning: Grau ist bunt. Was im Alter möglich ist. - 2. Aufl. - Freiburg im Breisgau, Verlag Herder, 2006. - ISBN 978-3-451-28593-6.

Steineckert, Gisela: Alt genug, um jung zu bleiben. - 2. Aufl. - Berlin, Das Neue Berlin, 2006. - ISBN 10: 3-360-01278-X.

Stiftung Warentest / Bertelsmann-Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Leben und Wohnen im Alter. - Berlin, Stiftung Warentest, 2006. - ISBN 10: 3-937880-26-7.

Walter, Ulla, Uwe Flick, Anke Neuber, Claudia Fischer, Friedrich-Wilhelm Schwarz: Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. - Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften, 2006. - ISBN 10: 3-8100-4084-3.

## **Autorinnen und Autoren**

- Gertrud Aschenborn, Sozialwerk Berlin
- Dr. Gudrun Borchardt, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Berlin Brandenburg
- Holger Gerecke, Referat Altenhilfe in der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
- Iknur Gümüs, Interkulturelles Beratungs- und Begegnungs Centrum e.V.
- Dorothea Gützkow, Diakoniegemeinschaft Bethania
- Dr. Josefine Heusinger, Institut für Gerontologische Forschung e.V.
- Dr. Brigitte Jammer, Miteinander Wohnen e.V.
- Dr. Susanne Kumpers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)
- Felicitas Kubala, Vorsitzende des Ausschusses Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
- Reiner Lachenmayer, Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Kerstin Liebich, Staatssekretärin in der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
- Christa Matter, Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.
- Martin Matz, Bezirksamt Spandau - Abteilung Soziales und Gesundheitswesen
- Peggy Maurer, Gesundheit Berlin
- Renate Michalski, Seniorenvertretung Reinickendorf
- Ariane Rausch, Koordinierungsstelle Rund ums Alter Tempelhof-Schöneberg
- Uta Reiberg, Albatros e.V., Koordinierungsstelle Rund ums Alter Reinickendorf
- Jo Rodejohann, Seniorekompetenzteam Berlin
- Alexander Rychter, Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen e.V.
- Regina Saeger, Landesseniorenbeirat Berlin
- Martina Schätzle, Koordinierungsstelle im Quartier Schillerpromenade Neukölln
- Werner Schiffmann, Bezirksamt Mitte
- Dagmar Siewerts, Gesundheit Berlin
- Dr. Heinz Trommer, Sprecher Arbeitskreis Altern und Gesundheit, Gesundheit Berlin
- Barbara Waigel, Evangelische Fachhochschule Berlin
- Ina Wlodech, Gesundheit Berlin
- Birgit Wolter, Büro für Stadtgestaltung
- Ulrika Zabel, Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe





## **„Gesund alt werden in Berlin – Potentiale und Strategien“**

**Dokumentation der Fachtagung am 29.06.2007  
im Abgeordnetenhaus in Berlin**

In den vergangenen Jahren hat das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen an Bedeutung gewonnen. Dies gilt auch für die Gruppe der über 55-jährigen. Leider herrscht bei dieser Altersgruppe nach wie vor ein defizientorientiertes Gesundheitsbild vor. Zu wenig werden die Ressourcen und Potentiale, die auch in dieser Altersgruppe durchaus vorhanden sind, in die Strategien und Arbeitsweisen der Professionellen des Sozial- und Gesundheitswesens einbezogen.

Im Mittelpunkt der Tagung steht die Frage, welche Strategien erforderlich sind, um die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und Teilhabe der älteren Generation zu erhalten und zu stärken sowie ein sinnerfülltes Leben im Alter zu ermöglichen. Es sollen Potentiale identifiziert werden, die eine zukunftsfähige Seniorenpolitik, den Aufbau und die sinnvolle Nutzung von Netzwerken und Strukturen ermöglichen.

Durch die Tagung und diese Dokumentation soll ein intensiver Dialog in Berlin initiiert werden, der zwischen der Politik, den Verwaltungen, den Angebotsträgern, der Wissenschaft und der älteren Generation und anderen Akteuren geführt wird.