

Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013

Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung

Gesundheitsberichterstattung Berlin Spezialbericht

5.4 Gesundheitsziele für eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung

5.4.1 Einführung S.14

5.4.2 Transparenz und Steuerung der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und Prävention 215

5.4.2.1 Daten für Taten 215

5.4.2.2 Bausteine eines gesamtstädtischen Monitoring im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung 216

5.4.2.3 Interventionsberichterstattung der LGK und Stadtplan für Gesundheitsförderung 217

5.4.2.4 Zentrale Rolle der Landesgesundheitskonferenz 218

5.4.3 Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen verbessern – Benachteiligungen abbauen S.219

5.4.3.1 Kindergesundheitsziele Berlin 219

5.4.3.2 Integrierte kommunale Strategien – ein wichtiger Ansatz zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele 221

5.4.3.3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Kita 226

5.4.4 Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten S.230

5.4.4.1 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Alter 230

5.4.4.2 Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ 231

5.4.4.3 Neunte Landesgesundheitskonferenz 2012 232

5.4.4.4 Perspektiven im Zielprozess 233

5.4.4.5 Themenfeld Bewegung 233

5.4.4.6 Demenz – eine kommunale Herausforderung 238

5.4.5 Perspektiven für die sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung S.243

5.4.5.1 Perspektiven in den Zielprozessen 243

5.4.5.2 Perspektive „Aktionsprogramm Gesundheit“

5.4 Gesundheitsziele für eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung

5.4.1 Einführung

Durch die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung können in jedem Alter Gesundheitsgewinne erzielt werden – eine Erkenntnis, die nicht nur wissenschaftlich gut fundiert, sondern auch politisch anerkannt ist. Durch die Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenzen zur Förderung physischer, psychischer und kognitiver Fähigkeiten ist neben der Reduzierung der Krankheitslast auch die Verbesserung der Lebensqualität ein wichtiges Ziel. Zudem werden auch positive ökonomische Effekte berechnet. Diese werden u. a. durch geringere Folgekosten im medizinischen Versorgungssystem, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder der Steigerung der Produktivität gesehen (SVR 2009).

Bislang profitieren von den positiven Effekten auf die Gesundheit durch Prävention und Gesundheitsförderung nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Maße – die sogenannte Morbiditätskompression ist sozial ungleich verteilt und entwickelt sich weiter auseinander (Kroll & Ziese 2009). Die vorliegenden Daten des Berliner Sozialstrukturatlas bestätigen erneut die seit langem bekannte enge Korrelation zwischen sozialer Lebenslage und Gesundheit.

Im Zuge des demografischen Wandels hat zudem die Akzentuierung der Gesundheit im Alter einen neuen Stellenwert erfahren. Auch wenn es über das Ausmaß und Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheit im Alter noch weitergehender Forschung bedarf (Böhm et al. 2009), zeigen die vorliegenden empirischen Befunde eine deutliche Tendenz: Sozialepidemiologische Daten bezeugen, dass die Angehörigen statusniedriger Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden, Unfallverletzungen und Behinderungen betroffen sind.

Betrachtet man die mehrheitlich gute Gesundheit von Kindern, so ist festzuhalten: Die Auswertungen u. a. der Berliner Einschulungsuntersuchung zeigen als wesentlichen Einflussfaktor auf gesundheitliche Konstellationen den Sozialstatus. Berliner Sozialräume mit problematischster Sozialstruktur haben den geringsten Anteil von gesundheitlich unbelasteten Kindern. Umgekehrt leben in Sozialräumen mit einer günstigsten Sozialstruktur auch in höchstem Anteil gesundheitlich unauffällige Kinder.

Soll durch Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung wirksam zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beigetragen werden, sind spezifische Strategien und Interventionen notwendig. Menschen in schwieriger sozialer Lage werden über andere Kommunikationskanäle und mit anderen Ansprachestrategien erreicht als sozial besser Gestellte. Durch rein verhaltensbezogene Interventionen, wie z. B. Kursangebote, sind kaum nachhaltige Wirkungen zu erwarten. Information, Aufklärung und Beratung sind ein wichtiger Teil von Prävention, aber der Erfolg hängt maßgeblich davon ab, ob der Verhaltenskontext bzw. die konkreten Lebensbedingungen beeinflusst werden (Rosenbrock 2008). Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung erfordert komplexe Interventionen, die immer der Abstimmung, Kooperation und längerfristigen Koordinierung unterschiedlicher, vor Ort agierender Partner bedürfen.

Positiv hervorzuheben ist, dass sich der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit als Ziel nicht nur in der entsprechenden Bestimmung des Sozialgesetzbuches (SGB V § 20) abbildet, sondern auch in vielfältigen Regelungen, Programmen und Projekten ausdrückt. Zahlreiche Aktivitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der gesetzlichen Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände, freier Träger, des Sports und vieler anderer Akteure zielen darauf und wurden bereits im Berliner Gesundheitsberichtswesen ausführlich dargestellt (Meinlschmidt 2009a, Meinlschmidt et al. 2009b, Meinlschmidt 2011b, Sallmon et al. 2011)

Eine zentrale Rolle in Berlin nimmt dabei die Landesgesundheitskonferenz ein, deren Gesundheitszieleprozesse explizit auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit ausgerichtet sind. Trotz positiver Entwicklungen verbleiben weiterhin zentrale Herausforderungen:

- Transparenz über das Engagement der Akteure herzustellen und Steuerungsmechanismen zu entwickeln, um die Aktivitäten noch zielgerichteter auf die Sozialräume zu konzentrieren, in denen soziale gesundheitliche Problemlagen kumulieren.

- Kooperationen und Synergieeffekte (z. B. in Form von Gemeinschaftsprojekten) zwischen den Akteuren zu fördern und dauerhaft zu sichern.

- Die Qualität der Maßnahmen so weiterzuentwickeln, dass sie wirksam zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beitragen.

Im Folgenden werden – ausgehend von den Berliner Gesundheitszielen – die Entwicklungen für eine bessere Kindergesundheit und Gesundheit im Alter analysiert und Implikationen für die künftige Ausgestaltung der sozialraumorientierten Prävention und Gesundheitsförderung getroffen.

Im Bereich der Kindergesundheit wird dies exemplarisch anhand des Aufbaus integrierter kommunaler Strategien für ein gesundes Aufwachsen (Präventionsketten) sowie der Gesundheitsförderung in Kitas aufgezeigt.

Im Bereich der Gesundheit im Alter stehen exemplarisch die Handlungsfelder Bewegung und Demenz des Zielprozesses „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ im Mittelpunkt.

5.4.2 Transparenz und Steuerung der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und Prävention

5.4.2.1 Daten für Taten

Die Daten der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung bilden eine zentrale Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. So gibt die lebenswelt- bzw. sozialräumlich orientierte Sicht- und Herangehensweise in dem Berichtswesen entscheidende Hinweise darauf, in welchen Sozialräumen soziale und gesundheitliche Problemlagen kumulieren. Dem gegenüber fehlt es an Informationen sowie Transparenz über die Bedarfsgerechtigkeit der vorgefundenen Interventionslandschaft. Diese Lücke gilt es zu schließen.

Als Netzwerkstruktur der Gesundheitsförderung werden Beziehungen zwischen Einrichtungen/ Initiativen/ Mitgliedern verschiedener Bereiche bezeichnet, die hinsichtlich einer gemeinsam getragenen Zielsetzung längerfristig kooperieren und/ oder koordinieren. Es handelt sich um eine Struktur, die durch eine zentrale Institution oder alternierend durch die Mitglieder der Netzwerkstruktur koordiniert und moderiert werden kann. **Kursangebote** (Datenquelle und Darstellung: Gesundheit Berlin-Brandenburg 2013) Bei Kursen handelt es sich in der Regel um Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz, die sich an unterschiedlichen Altersgruppen in unterschiedlichen Handlungsfeldern (z.B. Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) richten. **Tabelle 5.5: Übersicht Interventionsebenen Projekte und Regelangebote** Projekte und Regelangebote der Gesundheitsförderung sind Angebote, die auf gesundheitsfördernde und sozialkompensatorische Ziele ausgerichtet sind. Kennzeichnend für Projekte der Gesundheitsförderung ist, dass sie lokal begrenzt ("vor Ort") und unmittelbar mit der Zielgruppe arbeiten. Projekte sind zeitlich befristet. Regelangebote sind ebenso lokal begrenzt und arbeiten unmittelbar mit der Zielgruppe, jedoch sind sie zeitlich unbefristet. **Programme** Programme der Gesundheitsförderung definieren Richtlinien bezogen auf die Zielsetzung, Zielgruppe, Vorgehensweise und Erfolgsbewertung für Projekte und Regelangebote, die im Rahmen dieser Programme durchgeführt werden. Erst durch die Umsetzung dieses verbindlichen Handlungsrahmens in lokal tätigen Projekte und Regelangeboten kann ein Programm Ergebnisse hinsichtlich der Zielsetzung erbringen. **Netzwerke**

Ziel einer sozialraumorientierten Prävention und Gesundheitsförderung ist es, Programme, Projekte und Regelangebote sowie Netzwerke besser auf den Aufbau gesundheitlicher Ungleichheit auszurichten und zudem so zu verorten, dass sie im Besonderen in den Sozialräumen mit den größten Bedarfen wirksam werden.

Der Nutzen von einem solchen – auf die Ebene der Interventionen ausgerichteten Berichtswesen – ergibt sich auf verschiedenen Ebenen:

Verwaltung: Die Daten liefern Planungshilfen, um Strategien, Prozesse und finanzielle Ressourcen an der vorliegenden Interventionslandschaft sowie den Erkenntnissen der Gesundheits- und Sozialberichterstattung auszurichten, um so besonders Aktivitäten in den sozial belasteten Sozialräumen zu stärken.

Partner der LGK: Das Monitoring für den Kindergesundheitszielprozess wird weiter verbessert, um aktiv die Dynamik in dem auf Selbstverpflichtung beruhenden Zielprozess zu stärken und zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Organisationsprozesse in den Lebenswelten der Kinder (und respektive älterer Menschen sowie weiterer Bevölkerungsgruppen) zu motivieren.

Professionelle aus der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung: Professionelle erhalten Transparenz über Akteure, Netzwerke, Programme und Projekte. Zusätzlich wird durch die fachlichen Informationen die Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt.

Bürgerinnen und Bürger: Geeignete Datenbanken wie der Stadtplan Gesundheitsförderung ermöglichen es, sich über präventive Aktivitäten und Angebote im Kiez zu informieren und so den Zugang zu diesen zu erleichtern.

5.4.2.2 Bausteine eines gesamtstädtischen Monitoring im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Als Schwierigkeit in den Prozessen zur Herstellung von mehr Transparenz stellen sich immer wieder die zeitliche Befristung der Maßnahmen und Projekte, die Heterogenität der Akteure, die fortlaufende Aktualisierung des Datenbestandes und die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen, die mit solchen Bestandsaufnahmen verbunden sind, heraus. Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin hat dazu im Rahmen der Berliner Gesundheitszieleprozesse gemeinsam mit den Mitgliedern und Mitgliederinnen der LGK in einem längeren Prozess verschiedene Bausteine für ein sozialräumliches Monitoring entwickelt, das im Wesentlichen auf drei Bausteinen beruht:

Baustein: Transparenz über präventive Angebote in Berlin

Umfassende Darstellung von präventiven Angeboten und Projekten in einer Datenbank, die Informationen über gesundheitsbezogene Angebote gibt.

Baustein: Transparenz über lebensweltbezogene Interventionen

Transparenz über Entwicklungen in den Sozialräumen und Lebenswelten. Hier werden Informationen zu den Gesundheitsförderungsaktivitäten von „Trägern von Lebenswelten“ wie Kitas, Schulen, Familien- und Seniorenzentren, Betrieben u. a. Lebenswelten zusammengefasst. Ziel ist es, zeitliche Entwicklungen abzubilden und Akteure der Gesundheitsförderung für eine Unterstützung nachhaltiger Gesundheitsförderungsprozesse in den Lebenswelten zu motivieren.

Baustein: Begleitende Qualitätsentwicklung und Transfer guter Praxis

Fachliche und qualitätsorientierte Hinweise werden zur Verfügung gestellt. Dadurch wird Zusammenarbeit zwischen den Akteuren erleichtert und Orientierung zu Qualitätserfordernissen gegeben, die bei Angeboten und Aufgaben zu beachten sind. Diese unterstützen Entscheider und Entscheiderinnen in Verbänden, Bezirken und Institutionen als Orientierungshilfe für ihr Handeln.

5.4.2.3 Interventionsberichterstattungen der LGK und Stadtplan für Gesundheitsförderung

Zur Umsetzung der oben genannten Bausteine und um auf die dargestellten Schwierigkeiten eines umfassenden gesamtstädtischen Monitorings zu reagieren, wurden durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sowie die Landesgesundheitskonferenz entscheidende Weichenstellungen vorgenommen:

Die Landesgesundheitskonferenz hat den Einstieg in eine interne Interventionsberichterstattung beschlossen.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat den Aufbau eines „Stadtplans Gesundheitsförderung“ in Auftrag gegeben.

Beides sind Maßnahmen, um die Planungs- und Steuerungsfunktion für die in der Landesgesundheitskonferenz zusammengefassten Akteure (und darüber hinaus) auf eine valide Datenbasis zu stellen. Verhältnisorientierte sowie verhaltensorientierte Perspektiven der Prävention können zudem sinnvoll verknüpft werden.

Interne Interventionsberichterstattung

Der Einstieg in eine interne Interventionsberichterstattung, wie sie der LGK-Beschluss Nr. 3/2012 vorsieht, stellt eine entscheidende qualitative Weiterentwicklung des methodischen Rahmens in den Zieleprozessen dar, um mehr Informationen sowie Transparenz über die Bedarfsgerechtigkeit der vorgefundenen Interventionslandschaft (in Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele) zu erlangen.

Verfolgte Strategie ist der Aufbau einer „virtuellen Landkarte“, die den Mitgliedern und Mitgliederinnen der LGK zur Umsetzung der Gesundheitsziele zur Verfügung steht. Ein solches Planungsinstrument, das Informationen auf der Umsetzungsebene (Interventionen) der Mitgliedsorganisationen mit den Ergebnissen aus der Gesundheits- und Sozialberichterstattung verknüpft, zeigt Stärken und Schwächen der Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin und ihrer sozialräumlichen Verteilung. Es bietet damit eine wichtige Grundlage zur Weiterentwicklung der Angebote und Maßnahmen.

Artikulierte Absicht der Mitgliederinnen und Mitglieder der LGK ist es, damit die Handlungsorientierung der LGK zu verbessern. Mit Aufbau einer validen Datenbasis können die Mitgliederinnen und Mitglieder der LGK ihre Aktivitäten im Rahmen der Selbstverpflichtung besser an den gemeinsamen Gesundheitszielen orientieren. Die kommentierte Auswertung der Daten in Zusammenarbeit mit dem Referat I A der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales unterstützt, dass themenspezifische (synergetische) Kooperationen unter den Mitgliedern und Mitgliederinnen gefördert werden. Solche Kooperationen sollten auf konkreten und verbindlichen Vereinbarungen beruhen, die festlegen, welche spezifischen Beiträge durch welchen Partner eingebracht werden können. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die LGK nicht Träger eigener Projekte ist, sondern ihre Mitglieder und Mitgliederinnen Projekte und Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele im Rahmen der Selbstverpflichtung durchführen, die dadurch zukünftig transparent und besser aufeinander abgestimmt werden.

Zur Umsetzung des Beschlusses wurde durch die Fachstelle und eine Arbeitsgruppe der LGK ein Erhebungsinstrument im Konsens entwickelt. In Abstimmung mit den Mitgliedsorganisationen werden in einem ersten Schritt die Aktivitäten und Schwerpunkte in Kitas sowie deren sozialräumliche Verortung erfasst. Dabei stehen Programme, Projekte und Regelangebote im Mittelpunkt, die sich primär an vulnerable Zielgruppen richten. Anders als z. B. Kursangebote handelt es sich dabei in der Regel um komplexe Maßnahmen, die auf die gesundheitsförderliche Ausrichtung der Strukturen und Prozesse in den Lebenswelten abzielen.

Dabei wird auf Erfahrungen beim Aufbau der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zurückgegriffen, die der Träger der Fachstelle, Gesundheit Berlin-Brandenburg, im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konzipiert und umgesetzt hat. Die hier entwickelten Kriterien „Guter Praxis“ sind auch durch den GKV-Spitzenverband zur Umsetzung des § 20 SGB V als Förderkriterium anerkannt (GKV-Spitzenverband 2010).

Stadtplan Gesundheitsförderung

Stellt die Interventionsberichterstattung im Rahmen der LGK zunächst ein internes Steuerungsinstrument dar, so ermöglicht der Aufbau des Web-Portals „Stadtplan Gesundheitsförderung“ mehr Transparenz insbesondere für Bürgerinnen und Bürger, aber auch für

Professionelle über präventive Angebote im Land Berlin. Er stellt für die Anbieter eine Plattform zur Präsentation ihrer präventiven Angebote dar und ermöglicht eine umfassende Recherche zu unterschiedlichen Handlungsfeldern der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Dabei wurde ein Verfahren aufgebaut, das sicherstellt, dass die erfassten Angebote qualitätsgesichert sind. Ergänzt werden die Möglichkeiten zur Recherche individueller Präventionsangebote mit verständlichen und bürgernahen Informationen zu den vielfältigen Aktivitäten in diesem Handlungsfeld, wie z. B. den Landesprogrammen „Gute gesunde Kita“ und „Gute gesunde Schule“ oder aus dem Bereich der Selbsthilfeangebote.

Die in der Datenbank erfassten Angebote sollen sozialräumlich verortet werden können, um so Erkenntnisse zu erhalten, in welchen Sozialräumen welche Angebote vorgehalten werden. Damit wird in einem ersten Schritt mehr Transparenz über individual- und gruppenpräventive Angebote, seien es qualitätsgesicherte Gesundheitskurse an Volkshochschulen, Angebote von Sportvereinen oder Fitnessstudios sowie Angebote des Rehabilitationssports geschaffen.

Perspektivisch gilt es, den Stadtplan in Zusammenarbeit mit den Präventionsakteuren weiter auszubauen und den Datenbestand aktuell zu halten.

Erkenntnisse und Informationen aus den im Rahmen der Interventionsberichterstattung erfassten komplexen Maßnahmen in den Lebenswelten (Verhältnisprävention) sollten in weiteren Ausbaustufen in den Datenbestand einfließen. Dabei sollte ein Verfahren gefunden werden, um Rückkopplungsschleifen mit den Partnern zu ermöglichen und diese Erfahrungen in den weiteren Ausbaustufen zu berücksichtigen.

5.4.2.4 Zentrale Rolle der Landesgesundheitskonferenz

Um einen Datenpool aufzubauen, mit dem eine verbesserte sozialräumliche Steuerung möglich ist, bedarf es der Bereitschaft der Träger und finanzierenden Organisationen, Informationen und Daten zu Programmen, Projekten und Angeboten zur Verfügung zu stellen. Stadtweite Fragebogenerhebungen sind aufgrund des zu erwartenden geringen Rücklaufs sowie des hohen personellen und finanziellen Aufwandes nicht zielführend.

Die Landesgesundheitskonferenz und ihre Mitglieder und Mitgliederinnen nehmen daher eine wichtige Rolle ein:

In der LGK ist die überwiegende Zahl von Trägern präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen zusammengeschlossen.

Die Zieleprozesse der LGK bieten einen inhaltlichen Orientierungsrahmen und es bestehen erprobte Arbeitsstrukturen und Anknüpfungspunkte für den schrittweisen Ausbau der Interventionsberichterstattung und des Stadtplans Gesundheitsförderung.

Die fachliche Begleitung der LGK durch die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin stellt sicher, dass ein qualitätsorientiertes und von den Partnern konsentiertes Informationssystem aufgebaut wird und weitere Akteure eingebunden werden.

Die Bezirke sind über Arbeitsstrukturen der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in Form der Organisationseinheiten „Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination“ in den Bezirksämtern sowie die Mitglieder und Mitgliederinnen des Gesunde-Städte-Netzwerkes, Regionalverbund Berlin eng in die LGK einbezogen.

Zwischenfazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit der Interventionsberichterstattung der Landesgesundheitskonferenz und des Stadtplans Gesundheitsförderung künftig eine valide Datenlage vorliegen wird, die den Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung hilft, zielgerichtete und qualitativ hochwertige Programme, Projekte und Angebote zur Umsetzung der Gesundheitsziele in Berlin zu ergreifen. Dem Grundgedanken der LGK folgend werden hier alle Beteiligten einbezogen. Auch wenn dieser Prozess mitunter langwierig sein mag, sichert ein solches Vorgehen breit getragene, qualitativ hochwertige und nachhaltig etablierte Strukturen und Maßnahmen für die Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin.

5.4.3 Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen verbessern – Benachteiligungen abbauen

5.4.3.1 Kindergesundheitsziele Berlin

Im 2009 veröffentlichten Sozialstrukturatlas Berlin wurde ausführlich dargestellt, wie durch die Landesgesundheitskonferenz Berlin, u. a. auf der Grundlage von Informationen der integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Problemfelder der gesundheitlichen Lage und Versorgung in Berlin priorisiert und Gesundheitsziele formuliert wurden.

Die Analyse der Einschulungsdaten im zeitlichen Verlauf zeigt auf, dass es zwei Zielgruppen gibt, die besonders von gesundheitlicher Chancenungleichheit betroffen sind. Das sind zum einen Kinder in schwierigen sozialen Lagen (unteres Einkommensdrittel) im Vergleich zu Kindern aus Familien der mittleren und oberen sozialen Schicht, zum anderen Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern deutscher Herkunft. Diese zwei Zielgruppen wurden daher bei der Formulierung von Gesundheitszielen explizit berücksichtigt. Deshalb wurden Unterziele zum Abbau von Benachteiligung formuliert. Im Ergebnis wurden in einem Zielsystem Kinder der Altersgruppe 0 - 6 Jahre als primäre Zielgruppe definiert, wobei Maßnahmen sich insbesondere auf Kinder aus sozial benachteiligten Familien und/oder Familien mit Migrationshintergrund beziehen sollen. Als vorrangige Handlungsfelder wurden die Bereiche Bewegung (Motorik), Ernährung und Sprache definiert. Erfolgversprechend sind hier vor allem Maßnahmen in den Lebenswelten (Setting-Ansatz). Die Gesundheitsförderung findet daher in den Settings Kita, Familie und Stadtteil (Bezirksregion, Quartier, Viertel, Kiez) statt (Meinischmidt 2009a, S. 444ff).

Bilanz der Zielerreichung

Auf der Landesgesundheitskonferenz 2011 wurde eine erste Bilanz vorgenommen (Bettge 2012). Im Vergleich der Daten der Einschulungsuntersuchung 2005 mit den Daten aus den Jahren 2010 lässt sich festhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Kinder nicht verschlechtert – aber auch nicht wesentlich verbessert hat. In den beiden Handlungsfeldern Ernährung und Sprache ist keine Annäherung an das formulierte Gesundheitsziel festzustellen. Bei den Unterzielen zum Abbau von Benachteiligung wurde eine kritische Bilanz gezogen: Im Handlungsfeld Motorik wurde das Unterziel für Kinder mit Migrationshintergrund erreicht, deren Daten sich im Zeitverlauf deutlicher verbessert haben als die der Kinder deutscher Herkunft. Hinsichtlich der sozialen Lage hat in keinem der Handlungsfelder eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit stattgefunden, beim Gesundheitsziel Normalgewicht hat sich der Abstand der beiden Gruppen sogar vergrößert.

Schlussfolgerungen für den weiteren Zielprozess

Epidemiologische Präventionsstudien zeigen, dass Interventionseffekte auf der Ebene von Outcomes (Senkung von Risikofaktoren, Morbidität und Mortalität) nur nach länger andauernder Intervention und nach

mit MH ohne MH untere Schicht mittl./obere Schicht 2005 68,2 65,3 69,6 64,7 70,2 2006 69,6 67,9 70,4 65,6 71,8 2007 72,9 69 74,8 68,5 75,5 2008 74,8 72,8 75,7 70,6 76,6 2009 72,5 72,2 73,1 69,5 74,1 2010 74,8 73,4 75,7 71,3 76,6 (Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)
Tabelle 5.6: Kinder mit unauffälliger Körperkoordination bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in %
Einschulungsjahrgang Gesamt nach Migrationshintergrund (MH) nach sozialer Lage mit MH ohne MH untere Schicht mittl./obere Schicht 2005 80,8 76,5 82,7 77,3 83,0
2006 81,3 77,0 83,4 76,6 83,9 2007 81,0 76,8 83,1 76,8 83,3 2008 81,7 77,7 83,7 76,4 84,0 2009 80,4 77,8 81,8 76,7 82,4 2010 81,0 77,9 82,8 75,7 83,6 **Tabelle 5.7:**
Normalgewichtige Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in % (Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -) Einschulungsjahrgang Gesamt nach Migrationshintergrund (MH) nach sozialer Lage mit MH ohne MH untere Schicht mittl./obere Schicht 2005 70,7 42,4 82,0 52,9 81,1 2006 66,9 38,8 79,5 46,0 78,2 2007 68,5 41,7 80,8 47,9 79,7 2008 69,3 45,2 80,9 47,7 80,1 2009 69,5 45,8

81,6 48,0 80,7 2010 70,2 47,5 82,0 50,1 80,0 (Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -) **Tabelle 5.8: Kinder mit unauffälligem Test „Sätze nachsprechen“ bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in %**
Einschulungsjahrgang Gesamt nach Migrationshintergrund (MH) nach sozialer Lage

längerer Einflussdauer (Latenzzeit) erreicht werden können. Der Interventionszeitraum für die Maßnahmen der Berliner Gesundheitsziele ist vor diesem Hintergrund als deutlich zu kurz anzusehen. Die kurze Zielperspektive wurde gewählt, um zeitnah zu überprüfen, was schon erreicht ist und in welchen Bereichen noch besonderer Handlungsbedarf zur Erreichung der Gesundheitsziele besteht.

Studien zeigen auch, dass die Veränderung von Verhalten durch Prävention auf Bevölkerungsebene je nach Verhaltensbereich unterschiedlich ist. Veränderungen von Risiken (Ernährungsverhalten, Übergewicht) durch Ernährungsinterventionen brauchen länger als andere Interventionen. Ob Ergebnisse erzielt werden, hängt auch von der „Zielgenauigkeit“ der Intervention ab, d. h. davon, ob die vulnerablen Gruppen, wie sozial Benachteiligte oder Migranten und Migrantinnen, durch die Maßnahmen in ausreichendem Maße erreicht und angesprochen werden konnten.

Für die Bewertung dessen, ob Gesundheitsziele erreicht wurden, ist die Berücksichtigung der Struktur- und Prozessziele besonders wichtig. Dabei geht es darum, ob eine gute Netzwerkstruktur der Anbieter erreicht werden konnte, ob sich die Akteure mit den Zielen identifizieren und wie engagiert sie sich in den Zielprozess einbringen, ob die Maßnahmen den Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit genügen und ob qualitativ hochwertige Maßnahmen (Maßnahmen, die geeignet sind die Zielgruppen zu erreichen; gute und verantwortliche Umsetzung von Maßnahmen durch die Akteure) umgesetzt wurden.

Formulierte Struktur- und Prozessziele waren deshalb:

Gesundheitsförderung in Settings (insb. im Sozialraum) weiter ausbauen bzw. entwickeln und stärken,

- Bestehende Netzwerke ausbauen und stärken,
- Eigenverantwortung der Akteure entwickeln und verbessern,
- Migrationspezifische Angebote verbessern und ausbauen,
- Projekttransparenz herstellen,
- Qualität abbilden,
- Beteiligung ermöglichen.

Bedeutung von Struktur- und Prozesszielen

Eine Bilanz allein auf Basis des Vergleichs der Einschulungsdaten fällt schwer. Zunächst ist zu konstatieren, dass durch Aktivitäten der Mitglieder und Mitgliederinnen der LGK zahlreiche Maßnahmen entwickelt und ausgebaut wurden. So wurden Kooperationsprojekte wie das Landesprogramm „Kitas bewegen - für die gute gesunde Kita“ oder der Aufbau von Präventionsketten innerhalb der Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung / Aktionsräume plus initiiert und gefördert.

Versäumt wurde bei der Verabschiedung der Kindergesundheitsziele 2007 ein Konzept zur Evaluation der Struktur- und Prozessziele zu entwickeln. Auch waren diese nicht mit Indikatoren zur Zielerreichung unterlegt. Durch die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung wurde daher mit den Mitgliedern und Mitgliederinnen ein Evaluationskonzept für den Kindergesundheitszielprozess entwickelt, das in seiner Diskussion zur Einrichtung einer ständigen Arbeitsgruppe Kita und Gesundheit führte (vgl. Abschnitt 5.4.3.3).

Im nächsten Schritt gilt es, durch die transparente Darstellung der Interventionen (vgl. Abschnitt 5.4.2.3) die Erreichbarkeit von Unterzielen auf Strukturebene und Prozessebene qualitativ gut nachzuweisen. Um die Qualität von Interventionsmaßnahmen auf der Struktur- und Prozessebene abzubilden, können z. T. bereits vorhandene Ergebnisse aus den Bereichen Qualitätssicherung, Monitoring, Evaluation, die die Akteure der Maßnahmen selbst durchgeführt haben (bzw. haben durchführen lassen) genutzt werden. Die Weiterentwicklung (und Finanzierung) von Evaluationskonzepten zur Überprüfung der gemeinsamen Zielerreichung auf Struktur- und Prozessebene wäre wünschenswert.

5.4.3.2 Integrierte kommunale Strategien – ein wichtiger Ansatz zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele

Mit dem 1. repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht in Deutschland (KiGGS) zeigte das Robert Koch-Institut eine sogenannte „Neue Morbidität“ auf. Klassische Kinderkrankheiten sind demnach stark rückläufig, es dominieren zunehmend psychosozial assoziierte Symptomatiken wie Übergewicht, Stress, Depressionen oder ADHS oder auch – tiefer liegende – Regulationsstörungen (Eltern-Kind-Interaktionsstörungen). Um dieser Entwicklung entgegen zu treten, muss sich das Gesundheitswesen in Teilen neu ausrichten. Notwendig sind insbesondere präventive Maßnahmen

zur Steigerung der Elternkompetenz, Bindungsförderung und Stärkung kindlicher Resilienz (Schlack et al. 2008).

Zeitgleich erhöht sich auch der Druck im Bereich der Jugendhilfe, einerseits wegen ständig wachsender Kosten für Hilfen zur Erziehung (HzE), andererseits wegen breit diskutierter Fälle von Kindesverwahrlosung und Kindeswohlgefährdung (Sann et al. 2013). Dabei zeigt sich, dass gerade besonders belastete Eltern und Kinder mitunter zwischen die Zuständigkeiten von Gesundheits- und Jugendhilfen geraten, ohne dass ihnen wirklich geholfen werden kann. Mit dem Bundeskinderschutzgesetz und den Netzwerken Früher Hilfen wird dazu ein flächendeckendes Netz aufgebaut (ebd.). Bundesweiter Vorreiter dieses Prozesses ist die Kommune Dormagen, die dazu eine sogenannte „Präventionskette“ aufgebaut hat. Senkung von Problemfällen inkl. der entsprechenden Kosten für HzE beweisen den Erfolg einer solchen gemeinsam abgestimmten Strategie (Sandvoss & Kramer 2010).

Erweitert auf die gesamte kindliche Entwicklung, inklusive des Jugendalters und der Phase der Familiengründung, bieten solche integrierten Strategien für gesundes Aufwachsen für alle Kommunen in Deutschland eine Chance zur Weiterentwicklung ihrer bestehenden Strukturen, Angebote und Aktivitäten (Gold & Lehmann 2012). Die beteiligten Kommunen streben an, die Kluft zwischen der wachsenden Kinderarmut bei gleichzeitig starker Versäulung der Systeme und den komplexen Lebenslagen von Familien zu verringern.

Holz et al. (2011) nennen als wichtige Eigenschaften von „Präventionsketten“:

Hilfesysteme werden mit der Absicht neu strukturiert, um „allen sozialen Gruppen positive Lebens- und Teilhabebedingungen zu eröffnen“.

Öffentliche und gesellschaftliche Akteure tragen gemeinsam zur Bildung der Präventionskette bei. Dies funktioniert nur, wenn alle den gemeinsamen, kooperativen Handlungsansatz mittragen.

Die Leistungen und Angebote dieser Akteure werden im Rahmen der Präventionskette aufeinander abgestimmt und koordiniert mit dem Ziel, „eine durchgängige und lückenlose Förderung und Unterstützung zu gestalten“.

In Berlin konnten hier durch die Modellmaßnahmen u. a. im Programm „Aktionsräume plus“ wichtige Impulse gesetzt werden. Die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen in den Aktionsräumen ist ein verfolgter Schwerpunkt der fachübergreifenden Arbeitsgruppe 3 (Kultur, Gemeinwesen [Gesundheit und Soziales] und Integration) der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt. Hierzu zählen u. a. die Schaffung und der Ausbau von Informations- und Präventionsangeboten.

Lebensphasenorientierung

Strategien für gesundes Aufwachsen im Sinne sogenannter „Präventionsketten“ orientieren sich an den Phasen im Lebensverlauf eines Kindes und seiner Familie. Im Unterschied und in Ergänzung zu sogenannten „Risikoketten“ im Kinderschutz stehen diese für den Auf- und Ausbau ressourcenorientierter und gesundheitsfördernder Unterstützungssysteme im Wohnumfeld von Kindern und Familien. Um ein Aufwachsen in Wohlergehen (trotz Armutslagen) zu ermöglichen gilt es, verfügbare Ressourcen zu bündeln und bestehende Netzwerke und Kooperationen zu optimieren.

Zu den Themen, mit denen sich Träger und Fachkräfte auf unterschiedlichen Ebenen und aus unterschiedlichen Bereichen beim Aufbau integrierter kommunaler Strategien für gesundes Aufwachsen befassen, zählen:

Die Verbesserung der Zugänge zu allen Unterstützungsangeboten und Dienstleistungen insbesondere für Familien, Kinder und Jugendliche in belastenden Lebenslagen,

die Ausrichtung der bestehenden und zu entwickelnden Angebote an den Ressourcen und Bedarfen von Kindern, Jugendlichen und Familien,

der Ausbau von gesundheitsfördernden / präventiven Regelangeboten bzw. die Sicherung von guten bestehenden Regelangeboten.

Übergänge positiv gestalten

Einen besonderen Stellenwert stellen die Übergänge („Transitionen“) im Lebensverlauf eines Kindes bzw. Heranwachsenden dar. Sie können sowohl mit Risiken als auch mit Chancen für die weitere Entwicklung von Kindern verbunden sein.

Im Hinblick auf ein gesundes Aufwachsen und im Sinne einer integrierten kommunalen Strategie ([http:// www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien/](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien/)) sind aber nicht per se alle biografischen Übergänge als potentiell kritische Lebensereignisse anzusehen und damit für ein lückenloses Unterstützungssystem relevant (im Überblick: Schröder et al. 2013). Allerdings können die folgenden Übergänge in Hinblick auf das Ausmaß an Veränderungen und den damit verbundenen Herausforderungen insbesondere für Familien mit geringen Ressourcen kritische Lebensereignisse darstellen:

- Übergang zur Elternschaft: Schwangerschaft und Familiengründung,
- Übergang in die Kindertagesbetreuung,
- Übergang von der Kindertagesbetreuung in die Grundschule,
- Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule,
- Übergang in die Berufswelt.

Dabei handelt es sich um normative, biographische Übergänge, die überwiegend institutionell der Jugendhilfe (Krippe, Kindertagesstätte) bzw. dem Bildungssystem (Schule, Berufsschule, Hochschule) zuzuordnen sind. Aber auch Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Geburtskliniken, Schwangerenberatungsstellen, Praxen von Hebammen, Ärzten und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen etc.) und Betriebe sind beteiligt.

Damit Kinder, Heranwachsende und ihre Familien die Übergänge im Lebensverlauf positiv erleben und somit ihre Potenziale weiterentwickeln können, ist es erforderlich, dass die betreffenden Einrichtungen miteinander kooperieren und Ansätze der Förderung und Unterstützung der Kinder und Familien entwickeln und umsetzen. Gute Beispiele wurden dazu in Berliner Bezirken insbesondere für den Übergang Kita- Grundschule und auch vereinzelt für den Übergang Schule-Beruf entwickelt.

Präventionsketten schaffen den Rahmen, um die auf kommunaler Ebene verfügbaren Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg sowie für die Gestaltung gelingender Übergänge aufeinander abzustimmen. Voraussetzung für den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien ist:

- Die bereichs- und professionsübergreifende Zusammenarbeit nach einem gemeinsam entwickelten Handlungsansatz,
- die Steuerung und Koordinierung gemeinsamer Prozesse auf kommunaler Ebene.

Abbildung 5.22: Präventionskette (Darstellung: Gesundheit Berlin-Brandenburg 2013)

Umsetzung integrierter kommunaler Strategien in Berlin

Berlin und seine Bezirke verfügen über eine Vielzahl von Aktivitäten, Angeboten, Trägern und Netzwerkstrukturen in den unterschiedlichen Bereichen (Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe, Stadtentwicklung, etc.) und auf unterschiedlichen Ebenen (Land, Bezirk, Stadtteile / Bezirksregionen, etc.). Die Herausforderung für das Land Berlin und seine Bezirke besteht darin, systematisch an bereichsübergreifenden Strategien für gesundes Aufwachsen zu arbeiten und den gesundheitsfördernden Ansatz der Präventionsketten ergänzend zum System des Kinderschutzes auszubauen. Es gilt an bestehenden Strukturen anzusetzen, Partner und Partnerinnen aus unterschiedlichen Bereichen und Ebenen einzubinden und insbesondere die Sozialräume mit besonderem Entwicklungsbedarf in den Fokus zu nehmen.

Eine besondere Rolle nehmen vor diesem Hintergrund die Regelangebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes SenGesSoz, Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- u. Sozialinformationssysteme Kapitel 5 - Sozialstrukturatlas Berlin 2013 des Gesundheitsbereichs sowie die Regelangebote/ -einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ein. Mit der Umsetzung auf Landes- und Bezirksebene der Bundesinitiative Frühe Hilfen bietet sich die Chance, den Auf- und Ausbau integrierter Strategien für die Phase rund um die Geburt strukturell nachhaltig zu verankern. Die Herausforderung für Berlin und seine Bezirke besteht darin, dies auch für die weiteren Übergänge und Lebensphasen zu erreichen.

Weiterentwickelt werden müssen vor diesem Hintergrund Instrumente der Steuerung und Koordination, der Qualitätsentwicklung und -sicherung von ressourcenorientierten und gesundheitsfördernden Unterstützungsangeboten für Kinder, Jugendliche und Familien in belastenden Lebenslagen und das Schließen von Angebotslücken. Hier leisten die Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung und auch das Monitoring der Sozialen Stadt sowie weitere Daten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe einen wertvollen Beitrag.

Im Rahmen des Kindergesundheitszielprozesses und der Landesgesundheitskonferenz haben die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin gemeinsam mit wichtigen Stakeholdern auf der Landes-, Bezirks- und lokalen Ebene Instrumente zur Unterstützung von Präventionsketten erarbeitet wie z. B. den Integrierten Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt.

Der Integrierte Handlungsleitfaden „Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt“ richtet sich vornehmlich an Fachkräfte und bietet fachliche Orientierung zu gesundheitsbezogenen Themen rund um die Geburt, formuliert Bedarfe und Qualitätserfordernisse für die Landes-, Bezirks- und lokale Ebene und stellt gute Berliner Beispiele vor.

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/gesundheitsfoerderung-und-praevention-rund-um-die-geburt/>

Berliner Bezirke als Vorreiter

Der Ansatz integrierter kommunaler Strategien für gesundes Aufwachsen wird auf der Bundesebene durch den Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ unterstützt, der vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2011 ins Leben gerufen wurde (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=partnerprozess>). Auch drei Berliner Bezirke beteiligen sich an diesem bundesweiten Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“: Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf und Neukölln.

In den Bezirken besteht ein hohes Interesse am systematischen Aufbau von Präventionsketten. Dieses Interesse wird in den relevanten Fachaustauschen, die die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin anbieten, gebündelt. Zudem werden die bezirklichen Gesundheitskonferenzen genutzt, um einen gemeinsamen Handlungsansatz in Richtung Aufbau von Präventionsketten zu befördern.

In Friedrichshain-Kreuzberg wird bereits seit 2005 der systematische Ausbau von bedarfsgerechten und familienunterstützenden Angeboten betrieben. Der Bezirk ist auch bundesweit Vorreiter kinderfreundlicher Maßnahmen wie dem Netzwerk gesunde Geburt, Formen der Kinderbeteiligung über Kiezdetektive u. ä. und einem flächendeckendem Angebot an Familienzentren. Über die Jahre konnte über solche konkreten Maßnahmen auch die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsbereich und der Kinder- und Jugendhilfe zum Wohle der Kinder und ihrer Familien verbessert und genutzt werden.

In Neukölln war es die erste Gesundheitskonferenz im Jahr 2010, die den Anstoß für den Aufbau einer bezirklichen Präventionskette gegeben hat. Die Diskussionsbeiträge der Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu Themen wie Zugänge zu Familien, Stärkung von Elternkompetenzen, fehlende Kooperationspartner und -partnerinnen, Qualität von Angeboten und Angebotslücken, Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung bewogen den Gesundheitsstadtrat dazu, für werdende und junge Familien mit Kindern bis zum Eintritt in die Grundschule ein systematischeres, besser aufeinander abgestimmtes Netz an Angeboten zu unterbreiten. Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin unterstützt Neukölln seit der Vorbereitung der ersten Gesundheitskonferenz bis heute fachlich und punktuell.

Insbesondere durch das Modellvorhaben „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ (2010-2014) hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit unmittelbar und intensiv mit den bezirklichen und lokalen Partnerinnen und Partner am Auf- und Ausbau einer bezirklichen Präventionskette gearbeitet und ausgehend von bestehenden Strukturen und Angeboten für Kinder, Jugendliche und Familien win-win-Situationen geschaffen. Auch hier war der Motor die Gesundheitsstadträtin und damalige Bezirksbürgermeisterin, die das Modellvorhaben in ihren Bezirk geholt hat. Das Modellvorhaben stellt durch seine bereichsübergreifende Finanzierung durch die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (über die Berliner Initiative Aktionsräume plus), die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände ein gutes Beispiel synergetischer Kooperation dar.

Ausgehend von den Ressourcen und Bedarfen von Familien, Kindern und Jugendlichen in sozial benachteiligter Lage und den verfügbaren Ressourcen auf Seiten der Fachkräfte wurden Kooperationen optimiert, gute Angebote verstetigt und Angebotslücken geschlossen. Einige Beispiele aus Marzahn-Hellersdorf sind an dieser Stelle zu nennen:

Die Etablierung der Eltern-AG, ein Elternkurs für sozial benachteiligte Eltern zur Stärkung von Elternkompetenzen, die mit dem Modellvorhaben angeschoben und nachhaltig an allen sechs Kinder-, Jugend- und Familienzentren angebunden werden konnte.

Der Fahrplan „Was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt?“, der dem Bedarf von werdenden und jungen Eltern nach einheitlichen Informationen mit konkreten Ansprechpartner und -partnerinnen entspricht und über entsprechende Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, aufsuchende Elternhilfe, Schwangerenberatungsstellen, Familienzentren) verteilt wird.

Die „Kita-Fibel“: Eine Broschüre, die Familien den Übergang in die Kita erleichtert und bei der Suche nach einem Kitaplatz unterstützt.

Qualitätsentwicklung und -sicherung

Aus den Ergebnissen und Erfahrungen mit den bezirklichen Prozessen hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit in Kooperation mit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung:

Qualitätsmerkmale bzgl. Steuerung, Strukturaufbau, Prozessgestaltung und Ergebnisse identifiziert (Qualitätsrahmen),
übertragbare „Bausteine“ einer Präventionskette entwickelt,
Qualifizierungsmodule zum Kompetenzaufbau bei Fachkräften aus unterschiedlichen Bereichen erarbeitet und erprobt (Werkstatt „rund um die Geburt“, Werkstatt „gesunder Bezirk“, Werkstatt „Jugendliche“, Kitatransfertage).

Die Instrumente können für den Aufbau einer senats- und bezirksübergreifenden, gesamtstädtischen Strategie genutzt werden. Aufgabe ist nun, auch über die Modellförderung der finanzierenden Partner (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Bezirken und Gesetzlichen Krankenkassen) hinaus, die als erfolgreich herausgestellten Qualitätserfordernisse, Bausteine und Qualifizierungsmodule systematisch zu erfassen und für den Transfer aufzubereiten.

Dies kann nicht in Verantwortung eines einzelnen Ressorts oder Präventionsakteurs geschehen, sondern muss als gemeinsame Handlungsorientierung – z. B. im Rahmen eines „Aktionsprogramms Gesundheit“ – verfolgt werden.

Wichtige Bausteine einer solchen gesamtstädtischen Strategie sollten sein:

Stärkung von Kooperation:

Aufbau langfristiger Kooperationen zwischen den verschiedenen Strukturen zu initiieren (Netzwerke rund um die Geburt, Netzwerke Frühe Hilfen, Netzwerk Kinderschutz, Landesprogramme „Gute gesunde Kita / Schule“ etc.)

sowie Kooperation mit weiteren Stakeholdern (Krankenkassen, Jobcenter, Verbände der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen, Hebammen)

Unterstützung des Kompetenzaufbaus:

Angebot bedarfsgerechter Qualifizierungen für mittlere Führungsebene der Bezirksverwaltungen (Sitz von Koordination und Steuerung bezirklicher Prozesse): Vermittlung von „Handwerkszeug“ zur Steuerung kommunaler Prozesse / Kenntnisse über präventive Bausteine einer Präventionskette,

Angebot von themen- bzw. lebensphasenspezifischen Fachaustauschen für Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen.

5.4.3.3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Kita

Familie und Kindertageseinrichtungen sind wichtige Lebenswelten von Kindern im Vorschulalter, denn sie fördern gemeinsam Fähigkeiten und Fertigkeiten. Um ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu unterstützen, befinden sich Kindertagesstätten und dort integrierte Prävention und Gesundheitsförderung in einer Schlüsselposition. Das ist zum einen auf die hohen Betreuungsquoten und zum anderen auf die Möglichkeit der frühen Einflussnahme auf Entwicklung und Stabilisierung von gesundheitlich bedeutsamen Einstellungen und Verhaltensweisen zurückzuführen.

Die alarmierenden Zahlen zur Kindergesundheit und Daten zur gesundheitlichen Belastung von pädagogischen Fachkräften zeigen den Bedarf zur ganzheitlichen Förderung von Gesundheit für alle Beteiligten im Setting Kita. Besonders die frühkindliche Entwicklungsphase wirkt sich entscheidend auf die Bildungs- und Gesundheitschancen im Leben aus. Von besonderer Bedeutung für eine gesunde Entwicklung der Kinder sind daher die Förderung personaler und sozialer Schutzfaktoren sowie der Abbau von Risikofaktoren in der Kita.

Im Hinblick auf die Betreuungsquoten in Berlin einerseits – 2012 besuchten bereits 89 % der Berliner Kinder zwei Jahre und länger eine Kita (Bettge & Oberwöhrmann 2013) – und die positiven Effekte auf die Gesundheits- und Teilhabechancen andererseits, ergibt sich nicht nur ein großes Potenzial, sondern auch eine Notwendigkeit Prävention und Gesundheitsförderung neben der Bildungsförderung als feste Bestandteile in Kitas zu etablieren.**227**

Setting Kita in den Berliner Kindergesundheitszielen

Im Hinblick auf die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten für ein gesundes Aufwachsen für alle Kinder, wurde im Rahmen des Berliner Kindergesundheitszielprozesses unter anderem das Struktur- und Prozessziel „Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita weiter ausbauen und stärken“ aufgenommen. Als ein Baustein des Evaluationskonzeptes der Fachstelle und der LGK zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele wurde eine ständige Arbeitsgruppe „Kita und Gesundheit“ aufgebaut (vgl. Abschnitt 5.4.3.3). Im Rahmen der AG konnten entscheidende Schritte eingeleitet werden, um das Monitoring im Bereich des genannten Struktur- und Prozessziels zu verbessern. Ergänzt wird dies durch die im Rahmen der Interventionsberichterstattung erhobenen Daten, die Auskunft darüber geben, welche Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita in welchen Sozialräumen umgesetzt werden. Damit stehen der LGK perspektivisch mehr Daten zur Verfügung, um besser als bisher

die Anschlussfähigkeit der Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung auf die Bedarfe von Kitas in belasteten Sozialräumen zu verbessern (Qualitätsentwicklung),
die Umsetzung der Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung auf besonders belastende Lebensräume zu konzentrieren (Sozialraumorientierung).

Arbeitsgruppe der Landesgesundheitskonferenz „Kita und Gesundheit“

Die Arbeitsgruppe „Kita und Gesundheit“ wurde 2011 eingerichtet, um den Kindergesundheitszielprozess zu begleiten und zu bewerten. Der Steuerungsausschuss der LGK hatte sich zunächst auf eine Teilauswertung für das Setting Kita verständigt. Dazu hat die AG ein Konzept zur kontinuierlichen Datenerhebung entwickelt, dessen Schwerpunkt auf gesundheitsrelevanten Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in Kitas im Sinne des Setting-Ansatzes liegt. In Ergänzung dazu wurde ab Ende 2012 das Spektrum um weitere Themen rund um den Kindergesundheitszielprozess erweitert.

In der AG „Kita und Gesundheit“ arbeiten regelmäßig Vertreterinnen und Vertreter der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und der Senatsverwaltung für Jugend, Bildung und Wissenschaft, des Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung (BeKi), der Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände, der Sportjugend Berlin und der Bezirke zusammen. Im Fokus ihrer Aktivitäten stehen zwei Arbeitsfelder:

1. Monitoring des Kindergesundheitszielprozesses und
2. Bündelung und Transfer von Wissen und Erfahrungen.

Im ersten Arbeitsfeld geht es darum, das entwickelte Konzept zur Erhebung und Auswertung von Daten mit Bezug auf gesundheitsrelevante Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Setting Kita weiterzuentwickeln und in seiner Umsetzung fachlich zu begleiten. Im Rahmen des zweiten Arbeitsfeldes werden unter anderem Ergebnisse des Monitorings diskutiert und beraten, Empfehlungen für die Politik und die Praxis erarbeitet sowie Impulse für die Weiterentwicklung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas gegeben.

Monitoring der Kindergesundheitsziele

Kontinuierliche Datenerhebung zum Qualitäts- und Umsetzungsstand von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas

Damit Aussagen hinsichtlich der Qualität und der Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas möglich werden, ist eine kontinuierliche Datenerhebung erforderlich. Vor diesem Hintergrund wurde 2011 das BeKi durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales mit der Durchführung einer Analyse zum Integrationsstand von Bildung und Gesundheit in Berliner Kitas beauftragt. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden auf der Achten Landesgesundheitskonferenz 2011 vorgestellt und in bezirklichen Runden beraten. Dabei wurde das große Interesse an derartigen Daten und Erhebungen deutlich. Die Ergebnisse geben Einblicke in den Qualitätsstand von Prävention und Gesundheitsförderung und zeigen Entwicklungspotenziale und -bedarfe einer nachhaltigen Bildungs- und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas auf. Die Ergebnisse wurden in Handlungsempfehlungen zusammengefasst und veröffentlicht.

Kurzbericht der Analyse zum Integrationsstand von Bildung und Gesundheit in Berliner Kitas unter http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Fachstelle/Fachstelle-LGK/BeKi-Kurzbericht-21-12-2012.pdf

Vor dem Hintergrund des Monitorings des Kindergesundheitszielprozesses wurde vom BeKi zudem ein Konzept für eine Längsschnittstudie entwickelt, um kontinuierlich Daten zum Qualitäts- und Umsetzungsstand von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas zu erhalten.

Durch die Zusammenarbeit im Rahmen der AG „Kita und Gesundheit“ und den daraus hervorgegangenen Kooperationen zwischen den Senatsverwaltungen Bildung sowie Gesundheit, BeKi und Fachstelle kann auf berlinweit erhobene Daten für das Setting Kita zurückgegriffen werden und im Rahmen des Monitorings des Kindergesundheitszielprozesses die Abbildung von Qualität und Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas geleistet werden.

Dementsprechend fungieren inzwischen die regelmäßigen quantitativen Erhebungen des BeKi zur internen Evaluation des Berliner Bildungsprogramms und die ebenfalls kontinuierlich durch das BeKi durchgeführten inhaltsanalytischen Auswertungen von Kita-Konzeptionen als Datenquellen.

Anschlussfähigkeit und Wirkung von Konzepten und Programmen in Kitas

In Berlin werden bereits unterschiedliche Konzepte und Programme der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas umgesetzt (u. a. das Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für eine gesunde Kita“, Konzept „Bewegungsfreundliche Kita“, Audit „Gesunde Kita“ und Kinder in Bewegung gGmbH [KiB] „Bewegungsfreudiger Kindergarten“).

Eine entsprechende Übersicht über die Handhabbarkeit bzw. Anschlussfähigkeit einerseits und die entfaltenen Wirkungen der Konzepte und Programme in Kitas andererseits gibt es bisher nicht. Hinzu kommt, dass die Perspektive der Kinder bisher bei entsprechenden berlinweiten Erhebungen keine Berücksichtigung gefunden hat.

Um das neu aufgebaute Monitoring des Berliner Kindergesundheitszielprozesses zu ergänzen, wurde 2012 im Rahmen der AG „Kita und Gesundheit“ eine qualitative Erhebung initiiert. Mit der Umsetzung wurde die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales beauftragt. Die Untersuchung wurde im Mai 2013 gestartet und dauerte zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichtes noch an. Mittels der qualitativen Untersuchung werden das bereits in Berlin umgesetzte Konzept „Bewegungsfreundliche Kita“ und das Landesprogramm „Kitas bewegen – für eine gute gesunde Kita“ hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die Organisationsentwicklung in Kitas sowie auf die Gesundheit von Kita-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auf das subjektive Wohlbefinden von Kindern betrachtet. Dazu wurden Kita-Träger, Kita-Leitungen und Kita-Kinder befragt. Gemeinsam mit den regelmäßig durch die Gesundheitsberichterstattung Berlin ausgewerteten Daten der Einschulungsuntersuchungen sowie den Ergebnissen der internen Interventionsberichterstattung bildet das Monitoringkonzept für die kitabezogenen Kindergesundheitsziele eine umfassende Datenbasis, um Aussagen zum Stand der Qualität und der Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas zu treffen. Auf dieser Grundlage kann ein wichtiger Beitrag zu deren Weiterentwicklung geleistet werden und damit ein gesundes Aufwachsen möglichst aller Kinder unterstützt werden.

Das im Rahmen des Monitorings der Kindergesundheitsziele entwickelte Instrumentarium zur Datenerhebung kann perspektivisch zudem genutzt werden, um kontinuierlich und in einem größeren Umfang Daten

zur Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas zu erheben. Dadurch könnten weitere Angebote einbezogen und im Idealfall auf berlinweite Daten zur Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas zurückgegriffen werden.

Gute Beispiele für Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas: Eine Auswahl

Die nachfolgenden Beispiele stehen exemplarisch für Aktivitäten im Rahmen synergetischer Kooperationen von Mitgliedern und Mitgliederinnen der LGK zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas auf Landes- und Bezirksebene. Während das Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ darauf abzielt, sowohl die Kita selbst gesundheitsförderlich zu entwickeln als auch das Gesundheitsverhalten der Kinder, Eltern und Fachkräfte gleichermaßen in den Blick zu nehmen, setzt der Ansatz der Kitatransfertage in Marzahn-Hellersdorf auf den systematischen Transfer von Wissen und Erfahrungen guter Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung.

Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“

Ausgehend von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und Bildung zielt das Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen“ darauf ab, über Organisationsentwicklungsprozesse die Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern in Kitas nachhaltig zu verbessern. Grundlage des Berliner Landesprogramms „Kitas bewegen“ ist die modellhafte Erprobung des Konzeptes „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ in Kindertagesstätten des Berliner Bezirkes Mitte. Die Erprobung fand in der Zeit von 2006 bis 2009 statt und wurde von der Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, der AOK Nordost und dem Bezirksamt Mitte initiiert und durchgeführt. Die positive Bilanz, die unter anderem auf Grundlage der begleitenden Evaluation gezogen wurde, mündete darin, dass die Ausweitung des Konzeptes „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ auf alle Berliner Bezirke in Aussicht gestellt wurde. Vor diesem Hintergrund haben die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, die Bertelsmann Stiftung, die Berliner Gesetzlichen Krankenkassen und weitere Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens am 29. August 2011 eine Kooperationsvereinbarung für das „Berliner Landesprogramm Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ geschlossen. Seit dem Jahr 2012 wird das Landesprogramm stufenweise berlinweit implementiert und aktuell in Kitas der Bezirke Mitte, Pankow, Reinickendorf und Treptow-Köpenick umgesetzt.

Kitatransfertage in Marzahn-Hellersdorf

Ein Modell, wie Kitas sich gegenseitig unterstützen können, wurde innerhalb des Modellvorhabens „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ entwickelt. Über sogenannte Kitatransfertage werden Ansätze guter Praxis in Marzahn-Hellersdorf sichtbar gemacht und verbreitet. Die Formulierung gemeinsamer Qualitätserfordernisse für die Arbeit mit Familien in schwieriger sozialer Lage ist dabei das zentrale Ziel.

Dementsprechend werden im Rahmen von Kitatransfertagen unter anderem folgende Punkte aufgegriffen und bearbeitet:

- Geeignete Zugänge zu Familien in schwieriger sozialer Lage,
- gute Ansätze der Elternarbeit,
- bewährte Ansätze zur Förderung der Elternkompetenz,
- ... (weitere Themen möglich, z. B. Übergang Familie-Kita, Übergang Kita-Grundschule).

Eine Kindertagesstätte stellt ihre Arbeit dabei exemplarisch vor und interessierte Einrichtungen können sich im Anschluss innerhalb einer (kurzen) Hospitation ein Bild von der Umsetzung machen. Im Anschluss findet ein moderierter Erfahrungsaustausch statt. Nachfolgend sind die Themen der Kitatransfertage aufgelistet, die bereits umgesetzt werden konnten:

1. Wie können Eltern-Erzieher/innen-Partnerschaften gelingen?
2. Wie kann eine Kita zu einer zentralen Begegnungsstätte im Stadtteil werden?
3. Zugangswege zu Familien mit Migrationshintergrund.

Ein solcher partizipativer Ansatz der Qualitätsentwicklung wurde in der AG Kita und Gesundheit als geeignetes Modell für den überbezirklichen Transfer bewertet.

Zwischenfazit

Die gewonnenen Erfahrungen aus dem Zielprozess Kindergesundheit haben im Ergebnis dazu geführt, dass gemeinsam Wege erprobt werden, die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter zu verbessern. Ob durch die Initiierung von Landesprogrammen oder Modellmaßnahmen, die Verbesserung der Transparenz über die Angebotslandschaft, die Entwicklung neuer Planungs- und Steuerungsinstrumente oder die Bemühungen zur Qualitätsentwicklung: Es gilt nun diese positiven Entwicklungen zu verstetigen und ihre Reichweite zu verbessern, um nachhaltig die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

Gleichzeitig konnten wichtige Erkenntnisse auch für zukünftige Zielprozesse gewonnen werden. Struktur- und Prozessziele müssen im Zielprozess stärker berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu den Ergebniszielen können kurzfristige Wirkungen nachgewiesen werden. Eine alleinige ergebnisorientierte Ausrichtung braucht einen längerfristigen Zeitrahmen. Ein messbares und umsetzbares Indikatorensystem für die Evaluation von Gesundheitszielen muss bei der Zielformulierung klar definiert werden. Wichtig ist eine frühzeitige Einbeziehung aller Akteure im Zielprozess. Dadurch können Interventionsmaßnahmen auf Struktur- und Prozessebene innerhalb

von Netzwerkstrukturen entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden und die verbindliche Eigenverantwortung der Akteure im Zielprozess gestärkt werden.

5.4.4 Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten

5.4.4.1 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Alter

Die Auswirkungen von Armut im Alter auf die Gesundheit wurden ausführlich im 2011 von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales veröffentlichten Spezialbericht zur sozialen Lage ältere Menschen in Berlin dargestellt. Aufgezeigt wurde, dass sich auch für die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen schichtspezifische Unterschiede in Morbidität, Mortalität und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen erkennen lassen (Meinlschmidt 2011b; S. 96 ff. und S. 128 ff.). Sozialepidemiologische Daten bezeugen, dass die Angehörigen statusniedriger Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden, Unfallverletzungen und Behinderungen betroffen sind. Dies lässt sich nicht nur in Hinblick auf Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren nachweisen, sondern ist auch anhand der Selbsteinschätzungen älterer Menschen zu ihrem subjektiven Gesundheitszustand, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der ferneren Lebenserwartung festzustellen (Böhm et al. 2009).

Zu diesen Gruppen älterer Menschen, bei denen spezifische Problemlagen im Lebensverlauf die Chancen in guter Gesundheit alt zu werden, verringern, gehören in besonderem Maße arme Ältere, die von sozialer Isolation und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind. Diese sind insbesondere alleinstehend, weiblich oder Hochaltrige. Auch ältere Migrantinnen und Migranten werden zu den Gruppen mit eingeschränkten Gesundheitschancen gezählt (Kümpers 2008).

Auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Auswertung von Beispielen guter Praxis der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung, die z. B. im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ identifiziert wurden und in einer Datenbank auf der Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de abgebildet sind, wurden Erfolgsfaktoren für die Ausgestaltung aufgezeigt:

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

Besonders für sozial benachteiligte ältere Menschen ist die Kombination von lebensweltorientierten und versorgungsbezogenen Ansätzen der Gesundheitsförderung vielversprechend.

Festgehalten wurde gleichzeitig, dass trotz erfolgreicher Erfahrungen und Beispiele sozial benachteiligte Ältere bisher als mögliche Zielgruppe von gesundheitsfördernden Stadtteilprojekten wenig Aufmerksamkeit gefunden haben und vergleichsweise wenige wissenschaftliche Publikationen zu diesem Themenbereich zu finden sind (Kümpers 2008). Die vielfältige Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter in Deutschland zeigt aber zugleich, dass kurzfristige oder wenig zielgruppenspezifische Angebote nicht geeignet sind auch sozial benachteiligte Ältere zu erreichen, den notwendigen Vertrauensaufbau, die Beteiligung der Zielgruppen und die Vernetzung im Stadtteil zu leisten (Altgeld 2009).

5.4.4.2 Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“

Die Landesgesundheitskonferenz Berlin hat 2009 begonnen, Gesundheitsziele für die Zielgruppe der Älteren zu entwickeln. Damit wurde ein öffentlicher Rahmen geschaffen, in dem eine gemeinsame Problem- und Bedarfsanalyse vorgenommen werden kann, gute Beispiele vorgestellt werden, Lösungswege entwickelt und Akteure verbindlich miteinander ins Gespräch kommen.

Im Ergebnis wurden 2011 unter dem Oberziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten!“ **drei zentrale Ziele**, deren Umsetzung in einem Strategiepapier vereinbart wurde, vereinbart:

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

Bei der Konkretisierung und Umsetzung werden die Querschnittsthemen Gesundheitliche Chancengleichheit einschließlich der Situation älterer Migrantinnen und Migranten sowie Gender Mainstreaming berücksichtigt.

Die Umsetzungsstrategie konzentriert sich auf die Formulierung qualitativer Anforderungen auf der Struktur- und Prozessebene. Anders als im Kindergesundheitszielprozess wurden noch keine quantifizierten Ergebnisziele auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung formuliert. Dies liegt darin begründet, dass bevölkerungsbezogene Daten für das Alter derzeit noch nicht in ausreichender Differenzierung verfügbar sind (Meinlschmidt 2009a, S. 9). Diese Lücke soll im Zielprozess schrittweise geschlossen werden.

Die Gesundheitsziele wurden u. a. auch in die im August 2013 verabschiedeten Leitlinien der Seniorenpolitik der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales aufgenommen. Wichtige Anknüpfungspunkte ergeben sich zudem an die Rahmenstrategie soziale Stadtentwicklung und das Programm „Soziale Stadt“, das Demografiekonzept Berlin (hier besonders das Handlungsfeld 4: Langes Leben in der Stadt) oder die Arbeit des Gesunde Städte-Netzwerkes.

5.4.4.3 Neunte Landesgesundheitskonferenz 2012

Auf der Neunten Landesgesundheitskonferenz 2012 wurde im Rahmen des Zielprozesses eine detaillierte Analyse der unterschiedlichen individuellen Lebenssituationen und sozialen Lebenslagen im Alter vorgenommen. In der AG „Alter und Gesundheit“ wurde ein konzeptioneller Rahmen entwickelt, der die Grundlage für den weiteren Zielprozess bildet. In Hinblick auf das Ziel des Prozesses, den Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter für alle Berlinerinnen und Berliner, ist ein differenzierter Blick gefragt, will man dem Altern in seiner Vielfalt der sozialen Rollen und im physiologischen Alterungsprozess gerecht werden – auch im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsversorgung und Pflege.

Im weiteren Zielprozess werden daher verschiedene Übergänge und Lebenslagen in den Blick genommen werden, die das Leben verändern und deren positive Gestaltung und Bewältigung für ein aktives Altern von zentraler Bedeutung ist. Auf diese Weise wird ein Beitrag zu einer bedarfsgerechten Abstimmung von Gesundheitsförderung geleistet.

Gesund im Beruf – Aktiv in den Ruhestand

Eine wichtige Phase der Veränderung ist beispielsweise der Übergang vom Beruf in den Ruhestand. Dies rückt zunächst das betriebliche Setting in den Fokus. Wie kann das Arbeitsumfeld für Ältere gesund gestaltet, nachhaltige Anregungen für gesundes Verhalten vermittelt, Lust an Bewegung unterstützt und schließlich auch ein aktiver Ruhestand vorbereitet werden? Für viele Menschen beginnt der Ruhestand bereits vor dem 65. Lebensjahr. Gründe für ein vorzeitiges Ausscheiden aus der Arbeitswelt können vielfältig sein: krankheitsbedingte Einschränkungen, Behinderungen, aber auch strukturelle Altersdiskriminierung in der Arbeitswelt gehören dazu. Ein unfreiwilliges Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit wiederum kann Quelle für psychische Belastungen und Rückzug sein.

Betriebliches Gesundheitsmanagement oder auch Demografieberatung für Unternehmen bieten hier Anknüpfungspunkte, diesen Übergang auf betrieblicher Ebene für sowohl Beschäftigte als auch Unternehmen zu gestalten.

Dabei nach dem Erwerbsleben – kommunale Konzepte

Die Phase nach dem Erwerbsleben ist meist mit einer grundlegenden Veränderung des Alltags verbunden. So bietet diese Phase vielfältige Möglichkeiten, die eigenen Ressourcen und Potenziale auf kreative Weise neu zu nutzen, Zeit selbstbestimmt zu füllen und Träume zu verwirklichen.

Andererseits kann das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben auch mit dem Gefühl verbunden sein, nicht mehr gebraucht zu werden oder ungewollt auf einem Abstellgleis zu landen. Dies wiederum kann zu Rückzug, Frustration und psychischen Belastungen führen. Hier sind gute Unterstützungsstrukturen auf kommunaler Ebene gefragt. Soziale und gesellschaftliche Teilhabe / Teilgabe werden zu einer entscheidenden Ressource, um aktiv zu bleiben, seelischen Erkrankungen wie Depressionen oder Ängsten vorzubeugen und belastende Situationen besser zu meistern.

Im Rahmen des Zielprozesses werden Möglichkeiten in den Blick genommen, wie die Menschen Ihre Ressourcen in gesellschaftliche Zusammenhänge einbringen können (z. B. Ehrenamt). Dabei soll auch berücksichtigt werden, dass sich für zahlreiche Menschen der Übergang in den Ruhestand nicht aus dem Erwerbsleben heraus vollzieht, sondern Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorausgingen.

Wechselseitige Unterstützung zwischen den Generationen aber auch zwischen aktiveren und mobilitätseingeschränkteren Menschen und auch pflegende Senioren und Seniorinnen sollen thematisiert werden.

Dabei sein trotz Einschränkungen

Die Lebensphase des Alters ist auch durch mögliche Beschränkungen einer selbstständigen Lebensführung im Alter geprägt. Manche Menschen sind fit und aktiv bis ins hohe Alter – andere wiederum haben Barrieren verschiedener Art, die für ein aktives und selbstbestimmtes Leben hinderlich sein können (chronische Erkrankungen, Behinderungen, Demenz etc.). Diese betreffen benachteiligte Gruppen häufig früher und es stehen weniger Bewältigungsressourcen zur Verfügung um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Im Zielprozess wird analysiert, welcher Handlungsbedarf und entsprechende Unterstützungsstrukturen notwendig sind, um auch bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen die Ressourcen der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes zu stärken.

Innovative Konzepte für den Übergang in die Pflegebedürftigkeit

Ausgelöst von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen oder/und beginnender Pflegebedürftigkeit wird eine bisher selbständige und selbstbestimmte Lebensführung stark einschränkt. Das bedeutet, gewohnte Abläufe müssen wieder neu gestaltet oder professionelle Unterstützung organisiert werden. Im Zielprozess wird daher betrachtet, wie konkret der Übergang in die Pflegebedürftigkeit zu gestalten ist, dass der Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten sichergestellt werden kann. Dabei sind auch die pflegenden Angehörigen und ihre gesundheitliche und soziale Situation Gegenstand des Prozesses.

Interkulturelle Öffnung in allen Lebenslagen und -phasen des Alterns

Anknüpfend an das Gesundheitsforum am 12.11.2012, welches den Stand der IKÖ hinsichtlich der Gesundheit älterer Migranten und Migrantinnen in Berlin betrachtete, wird im Zielprozess thematisiert, wie die interkulturelle Öffnung in den einzelnen Settings und für die betrachteten Lebenslagen weiterentwickelt werden kann.

5.4.4.4 Perspektiven im Zielprozess

Im Rahmen der AG „Gesundheit im Alter“ wurden vier wesentliche Entwicklungsaufgaben diskutiert, um anhand des konzeptionellen Rahmens die formulierten Strategien in konkrete Ziele zu übersetzen und Maßnahmen zur Umsetzung dieser Ziele auszubauen oder zu initiieren.

Aufbau eines begleitenden Monitorings aus der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung.

Dabei werden **Satellitenindikatoren** für die 3 Module bestimmt: Indikatoren zur sozialen Lage, Indikatoren zur gesundheitlichen Lage, Indikatoren zu Potenzialen (Teilhabe und Teilgabe),

Ausbau der Interventionsberichterstattung auf die Handlungsfelder Bewegung und Demenz, Stärkung und Initiierung begleitender Prozesse der Qualitätsentwicklung und des Transfers

guter Praxis,

Aufbau synergetischer Kooperationen auf Grundlage der Datenbasis und der Qualitätserfordernisse.

Neu aufgenommen wurden zudem die Themen „Betriebliche Gesundheitsförderung bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern“ sowie das Thema „Sucht im Alter“.

Anhand der Handlungsfelder Bewegung und Demenz wird im Folgenden dargestellt, wie es durch Kooperation und Vernetzung, Qualitätsentwicklung und den Transfer guter Praxis gelingen kann, Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen sozialraumorientierter Strategien zu stärken.

5.4.4.5 Themenfeld Bewegung

Bewegungsförderung – eine theoretische Einführung

Nicht nur in jungen Jahren, sondern auch im Alter trägt ein aktiver Lebensstil wesentlich zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit, Lebensqualität und Mobilität bei. Regelmäßige körperliche Aktivität ermöglicht es, auch im Alter Alltagskompetenzen zu wahren bzw. zu verbessern und Risiken, beispielsweise Stürze, zu vermeiden. Auf diese Weise gelingt es, Pflege-, Hilfe- oder Behandlungsbedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder sogar zu verhindern. Selbst im fortgeschrittenen Alter, bei Mobilitätseinschränkung oder bei Pflegebedürftigkeit, führt ein bewegter Lebensstil zu positiven Effekten für Wohlbefinden und Gesundheit (Geuter 2012). Der Alterungsprozess ist zwar zu einem gewissen Maß genetisch kontrolliert, jedoch sind insbesondere Risikofaktoren und Folgen chronisch-degenerativer Erkrankungen eng damit verbunden. Diese können durch regelmäßige gesundheitswirksame körperliche Aktivität beeinflusst werden. Zudem

leistet Bewegung einen Beitrag zur Förderung geistiger Leistungsfähigkeit und psychischem Wohlbefinden (Boldt 2012).

Gerade im Alter spielen (Gesundheits-) Sport, freizeitbezogene Bewegungsaktivitäten und Alltagsbewegung eine zentrale Rolle zur Gestaltung eines aktiven Lebensstils. Auf allen drei Ebenen lassen sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen Gesundheitsgewinne erzielen. Etabliert hat sich daran angelehnt die Bezeichnung gesundheitswirksamer oder gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität (Geuter 2012).

Zugänge zu geeigneten Angeboten schaffen

Um die negativen Effekte sozialer Ungleichheit auf die Gesundheitschancen im Alter zu kompensieren, besteht die Herausforderung darin, Zugänge zu älteren Menschen zu schaffen, die sich aus dem sozialen Umfeld zurückgezogen haben und sich überwiegend in der eigenen Häuslichkeit aufhalten. Insbesondere zunehmende Mobilitätseinschränkungen oder Hemmschwellen aufgrund finanzieller Barrieren sind traditionelle Wege der Zielgruppenerreichung nur bedingt wirksam. Der Zugang in institutionalisierten Settings fällt zudem bei Eintritt in den Ruhestand weitgehend weg. Erfolg versprechend sind insbesondere Ansätze der Bewegungsförderung, welche verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze verbinden sowie eine übergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Ressorts und Sektoren.

Motivation zu Bewegung ist jedoch nicht nur eine Frage individueller Motivation, sondern es kommt auch auf die Möglichkeiten vor Ort an. Insbesondere im Alter wird das Wohnumfeld zur zentralen Lebenswelt (Kümpers 2008), wichtig sind daher wohnortnahe Möglichkeiten körperlich aktiv zu sein. Dies macht auch eine Umfrage der Senatsverwaltung für Inneres und Sport aus dem Jahr 2008 deutlich: Etwa 50 % der Wegstrecken zu Sport- und Bewegungsangeboten beträgt weniger als zwei Kilometer (Holm 2012). Für Bewegungsförderung im Alter bedarf es daher wohnortnaher und niedrighwelliger Zugänge und Angebote.

Im Kontext der Landesgesundheitskonferenz stellt sich daher die Aufgabe, ressort- und trägerübergreifende Zugänge zu schaffen und Angebote auszubauen und zu entwickeln, die auf die Lebenslage benachteiligter älterer Menschen abgestimmt sind.

Interventionsberichterstattung

Um mehr Transparenz über die Angebotslandschaft zu erreichen wurde 2011 und 2012 durch das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin und die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der LGK eine erste Bestandsaufnahme durchgeführt. In der Dokumentation des Fachtages „Den Alltag im Stadtteil bewegen – Potenziale der Bewegungsförderung im Alter“ (2011) sowie der Broschüre „Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für die Bewegungsförderung im Alter“ (2012) wurden neben fachlichen Informationen zur Ausgestaltung bewegungsförderlicher Angebote auch für schwierig zu erreichende Zielgruppen besonders Stadtteilangebote abgebildet, die darauf zielen möglichst viele Kooperationspartner vor Ort einzubinden umso niedrighwellige Zugänge zu ermöglichen. Die Bestandsaufnahme dient als Grundlage für den Ausbau der internen Interventionsberichterstattung in diesem Handlungsfeld.

Ergänzt wird dies durch den Stadtplan Gesundheitsförderung, in dem in Kooperation u. a. mit dem Landessportbund und den Volkshochschulen Berlin eine Vielzahl bewegungsfördernder Angebote recherchiert werden können.

Settings der Bewegungsförderung im Alter

Sportvereine

Sportvereine bilden einen wichtigen Baustein in der Bewegungsförderung. In den vergangenen Jahren gewann neben dem traditionellen leistungs- und wettkampforientierten Sport zunehmend der Gesundheitssport an Bedeutung und damit einhergehend auch der Seniorensport. Gesundheitssport in Sportvereinen ermöglicht gezielte körperliche Aktivität und bietet somit Potenzial, evidenzbasierter Bewegung bei älteren Zielgruppen zu fördern (Tiemann 2012). Berliner Sportvereine bieten in den kommunalen Sportstätten mit Gymnastik, Schwimmen, Tanzen, Tischtennis, Wanderungen, (Nordic-)Walking, Lauftreffs und Bewegungsangeboten auf Aktivplätzen große Angebotsvielfalt. Durch Gruppenaktivitäten wird das soziale Miteinander gefördert, sodass Sportvereine nicht nur Bewegung, sondern auch soziale Teilhabe fördern (Sotzmann 2012). Derzeit wird bereits ein großer Anteil der älteren Menschen in Berlin erreicht. In Sportvereinen organisiert waren in 2012 etwa 59.000 Menschen im Alter von 50 - 60 Jahren, bei den über 60 Jährigen etwa 100.000. Dennoch besteht Potenzial, weitere Zielgruppen mit Seniorensport zu erreichen und den Sportverein in seiner Rolle als lokalen Akteur in der Bewegungsförderung bei Älteren zu stärken (ebd.).

Stadtteilzentren und Nachbarschaftshäuser

Stadtteilzentren und Nachbarschaftshäuser bieten Älteren niedrigschwellig und wohnortnah vielfältige Möglichkeiten für die Gestaltung ihres Alltages. Neben sozialen und kulturellen Angeboten, Tätigkeitsfeldern für ehrenamtliches Engagement und Beratungsangeboten spielen Sport, Bewegung und gesundheitliche Selbsthilfe eine zentrale Rolle. Mit Wander- und Tanzgruppen, Wassergymnastik über Osteoporosegruppen, Qi Gong, Pilates, Yoga, Wirbelsäulengymnastik, Spaziergangsgruppen bis hin zu Hüft-Rücken-Knie- und Gangschulen wird ein breites Spektrum körperlicher Aktivität abgedeckt. Die wachsende Nutzergruppe von älteren Menschen – insbesondere auch mit Migrationshintergrund – verdeutlicht, dass Nachbarschaftshäuser und Stadtteilzentren ein wichtiges Settings in der Bewegungsförderung im Alter darstellen. Bewegungsförderung im Alter ist in der Arbeit der Nachbarschaftshäuser und Stadtteilzentren stark an den Bedürfnissen der Älteren orientiert und wird unter der Mitwirkung der Nutzergruppen organisiert. Es gibt somit Angebot übergreifende und zielgruppenspezifische Angebote in Bezug auf beispielsweise Alter oder Geschlecht (Monteiro 2012).

Volkshochschulen

Rund 19 % der Teilnehmenden an den Angeboten der Berliner Volkshochschulen sind über 65 Jahre alt. Diese fördern Aktivität im Alter unter anderem durch Gymnastikkurse und Entspannungskurse wie Qi Gong, Hatha Yoga, Tai JiQuan, Rückentraining, Pilates, Nordic Walking und Herz-Kreislauf-Training. Nachgefragt werden sowohl altersgemischte Kurse sowie Kurse nur für Ältere. Zielgruppengerechte Gestaltung gelingt, indem viele Kurse speziell für Ältere aufgrund zeitlicher Präferenzen an Vor- oder Nachmittagen stattfinden und die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Teilnehmenden eingebunden werden. Durch 12 Standorte mit je einer Volkshochschule pro Bezirk und Kursangeboten in den verschiedenen Stadtteilen wird dem Bedürfnis nach wohnortnahen Angeboten Rechnung getragen. Es bestehen zudem Kooperationen mit Krankenkassen. Fallen Angebote in den Bereich der Primärprävention bestehen Möglichkeiten für eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse, sodass eine Teilnahme auch mit einem geringen finanziellen Aufwand möglich ist (Kortmann 2012).

Bewegungsförderliche Umweltgestaltung im Stadtteil

Ältere bevorzugen insbesondere Bewegung im Freien. Fast 28 % aller körperlichen Aktivitäten werden auf den Grün- und Erholungsflächen Berlins betrieben, während rd. 19 % auf den Straßen der Stadt stattfinden, d. h. fast die Hälfte aller Sport- und Bewegungsaktivitäten findet auf den Frei- und Verkehrsflächen in Berlin statt (Holm 2012). **236**

Die Bedeutung einer bewegungsförderlichen Umwelt wird durch die Empfehlungen in der Toronto-Charta des Globalen Komitees für Bewegung (2010) unterstrichen. In dieser werden Potenziale von Bewegungsförderung im Verkehrswesen und in der Raumplanung sowie Stadtplanung benannt, beispielsweise in Zugängen zu Frei- und Grünflächen und infrastrukturelle Maßnahmen ausgerichtet auf den Fuß und Fahrradverkehr.

Die Gestaltung altersgerechter und bewegungsfreundlicher Quartiere ist insbesondere im Alter von Relevanz, da das nahe Wohnumfeld bei zunehmenden Mobilitätseinschränkungen zum zentralen Aufenthaltsort wird (Kümpers 2008). Im Wohnumfeld werden Besorgungen zu Fuß getätigt, wird spazieren gegangen oder mit den Enkeln der Spielplatz besucht. Dadurch wird nicht nur Alltagsbewegung gefördert, sondern selbständiges Leben und Teilhabe am sozialen, öffentlichen Leben möglich. Teilhabe am öffentlichen Leben im Quartier beeinflusst wesentlich die Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit (Wolter 2012). Im Alter spielen hierfür sichere und barrierearme Wege eine zentrale Rolle, insbesondere aber Orte für Ruhepausen wie Bänke und Sitzmöglichkeiten oder Toiletten.

Die gesundheitsförderliche Entwicklung der Lebenswelt Stadtteil bietet zudem einen diskriminierungsfreien Zugang zu Menschen in schwierigen Lebenssituationen, die von organisierten Bewegungsangeboten nicht erreicht werden, jedoch eine hohe Identifikation mit dem Stadtteil aufweisen. Bewegungs- und altersfreundliche Quartiere tragen somit dazu bei, Mobilität und Selbstständigkeit bis ins hohe Alter zu wahren und am öffentlichen Leben teilzuhaben. Durch ein soziales Miteinander wird gegenseitig Fürsorge übernommen oder Zugang zu Information gewonnen werden, wodurch ein möglichst langes Wohnen in den eigenen vier Wänden ermöglicht wird.

Im Rahmen von Stadtteilbegehungen oder Kiezspaziergängen gelingt in Berliner Bezirken – unter anderem in Tempelhof-Schöneberg und Moabit – bereits unter aktiver Beteiligung der älteren Bewohnerinnen und Bewohner ein gemeinsames Engagement im Stadtteil. Neben Bewegung geht es ebenso um eine gezielte Auseinandersetzung mit dem Stadtteil, um so Hemmschellen abzubauen, unbekannte soziale Einrichtungen aufzusuchen oder Bewegungsangebote im Quartier gemeinsam kennen zu lernen. Initiiert durch kommunale Verwaltung und Umsetzung mit Partnern im Stadtteil wird zudem ein Beitrag zur Vernetzung geleistet.

Kooperation und Vernetzung

Ältere Menschen zu regelmäßiger Bewegung zu motivieren bedarf der Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Merkmale. Aufgrund heterogener Lebenslagen gibt es kein pauschales Rezept, jedoch Strategien, die sich bewährt haben. Dies gilt insbesondere für Kooperationen mit Partnern und sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

Ein Beispiel, wie eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Sportvereinen und Multiplikatoren aussehen kann bietet die **Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“**, die eine gemeinsame Initiative des Landessportbundes Berlin, der Ärztekammer Berlin, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und dem Berliner Sportärztebund darstellt. Ein Baustein ist das „Rezept für Bewegung“. Ärztinnen und Ärzte stellen ihren Patientinnen und Patienten ein Rezept aus, welches Empfehlung für eine Bewegungsform oder Belastungsart beinhaltet. Orientierung für die Auswahl des passenden Bewegungsangebotes bietet die Broschüre „Gesundheitssport“, in die sich Vereine mit qualitätsgesicherten Angebote verzeichnen und welche jährlich aktualisiert wird. Das entwickelte Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT bietet die Grundlage. Insbesondere für die Bewegungsförderung im Alter liegt großes Potenzial in dem Rezept für Bewegung, um Zielgruppen zu erreichen. Für Ältere stellen Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Ansprech- und Vertrauensperson dar und sind somit ein wichtiger Multiplikator. In die Kampagne involviert sind bereits etwa 1.600 Ärztinnen und Ärzte. Aufgrund ihres Erfolges wurde diese bereits durch den Deutschen Olympischen Sportbund, der **237**

Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention auf Bundesebene übernommen (Wismach 2012).

Die AOK Nordost hat unter dem Motto „**Sicher- und Aktivsein im Alter**“ auf Basis eines evaluierten Programmes ein Konzept entwickelt, das Stürzen im Alltag gezielt vorbeugt. Kooperationspartner sind Seniorenbegegnungsstätten, Familien- und Nachbarschaftshäuser, Tagespflegen und Wohnungsbaugesellschaften. Mitarbeitende werden kostenlos geschult, um anschließend in Eigenregie ein Angebot zur Sturzprävention mit älteren Menschen durchzuführen. Auf diese Weise wird zum einen der wohnortnahe Zugang der Stadtteileinrichtung genutzt, zum anderen durch die Schulung Mitarbeitender in Nachhaltigkeit investiert, da das Angebot unabhängig von externen Fachkräften durchgeführt werden kann (Schubert 2012).

Ein weiteres Beispiel ist die gemeinsame Entwicklung eines kommunalen Gesundheitszieles in Treptow- Köpenick. In Folge der durch das Zentrum für Bewegungsförderung begleitete Good Practice-Werkstatt „Bewegtes Alter(n) im Quartier“ wurde in einem partizipativen Prozess ein neues Gesundheitsprozessziel ausgerichtet auf die Bewegung im Alter entwickelt. Unter dem Motto „**Treptow-Köpenick bewegt sich!**“ zielt es auf eine Steigerung der Transparenz über die Angebotslandschaft im Bezirk hinsichtlich Bewegungsangebote für Ältere. Ein mehr an Transparenz unterstützt lokale Akteure darin, Versorgungs- und Angebotslücken identifizieren und diesen entgegenwirken zu können (Schliemann 2012).

Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung

Good Practice-Werkstatt Quartier

Durch den Kooperationsverbund wurden unter der Federführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zwölf Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung mit und für sozial Benachteiligte entwickelt. Auf diesen Kriterien baut die Werkstatt Quartier auf und bietet ein Qualifizierungsmodul, den Good Practice-Ansatz zur Qualitätsentwicklung in die Praxis zu übertragen und in die eigene Arbeit zu integrieren.

Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin hat die Werkstatt Quartier auf das Handlungsfeld der Bewegungsförderung im Alter übertragen. Mit dem Titel „Bewegtes Alter(n) im Quartier“ bietet die Werkstatt eine Plattform, gemeinsam die Qualität der eigenen Arbeit zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Dies gelingt z. B. in einem moderierten Lernprozess der Teilnehmenden, der durch die Good Practice-Kriterien methodisch begleitet wird. Zum anderen bietet der gegenseitige Austausch über Methoden, Werkzeuge und Vorgehensweisen Möglichkeiten, anhand von Beispielen gelingender Praxis aus den Erfahrungen anderer zu lernen. Durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Akteuren aus der kommunalen Verwaltung, Sport, Altenhilfe, Pflege, Seniorenarbeit, Stadtteileinrichtungen etc. trägt die Werkstatt folglich dazu bei, bezirkliche Strukturen transparenter zu gestalten und zu vernetzen. Dies ist notwendig, da ein institutionalisierter Zugang über klassische Settings wie etwa Schulen, Kitas oder Betrieb nicht gegeben ist.

Potenziale einer transparenten und vernetzten Angebotslandschaft liegen zum anderen darin, Sozialräume mit fehlenden Angebots- und Versorgungsstrukturen zu identifizieren und Lösungsstrategien zu ermitteln. Qualitätsentwicklung im Konzept der Werkstatt beinhaltet, das Verständnis für Konzepte sozialogenbezogener Gesundheitsförderung zu stärken und diese für die Bewegungsförderung im Alter nutzbar zu machen, um den benannten Herausforderungen begegnen zu können.

Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT

Der Landessportbund Berlin und seine Fachverbände entwickelten in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin Kriterien für präventiv ausgerichteten Gesundheitssport. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer entstand das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT, welches bundesweit Sportangebote zertifiziert. **238**

Das Siegel ermöglicht Bürgerinnen und Bürgern sowie relevanten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzten Orientierung bei der Auswahl von passenden präventiven Bewegungsangeboten. Sportvereine unterstützt es darin, die Qualität ihrer Angebote nach außen sichtbar zu machen. Aktuell sind rd. 500 Bewegungsangebote der Berliner Sportvereine durch das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet und in der Broschüre „Gesundheitssport“ des Landessportbundes zusammengefasst.

Das Siegel beinhaltet Anforderungen an die gesundheitliche Zielstellung des Angebotes, beispielsweise die Stärkung physischer oder psychosozialer Gesundheitsressourcen. Kriterien sind zudem ein zielgruppengerechtes Angebot, eine qualifizierte Leitung, Regelmäßigkeit und einheitliche Strukturen, ein präventiver Gesundheitscheck beim Arzt, ein begleitendes Qualitätsmanagement und Kooperationen mit Partnern. Das Siegel ist ein zentrales Element des Rezeptes für Bewegung im Rahmen der Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“, da es Ärztinnen und Ärzte in der Empfehlung eines qualitätsgesicherten Bewegungsangebotes unterstützt.

Zwischenfazit

Das große Potenzial der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Sportvereinen, Stadtteileinrichtungen, Nachbarschaftshäuser, Mehrgenerationenhäuser, Kirchengemeinden, interkulturelle Zentren sowie kommunaler Verwaltung und weiterer Träger, beispielsweise Wohnungsbaugenossenschaften wurde verdeutlicht. Durch vernetztes Vorgehen und gemeinsame Aktivitäten können neue Wege der Zielgruppenerreichung gelingen sowie bestehende Angebots- und Versorgungslücken geschlossen werden. Einen strukturellen Rahmen können im Gesundheitszielprozess gemeinsame Programme oder Instrumente für Qualitätsentwicklung wie die Good Practice-Werkstatt „Bewegtes Alter(n) im Quartier“ geben. Damit könnte – unter Einbindung der Träger der Lebenswelten – eine bezirksübergreifende Unterstützung geleistet werden, niedrighschwellige und auf die Bedarfe von älteren Menschen in schwieriger sozialer und gesundheitlicher Lage abgestimmte Angebote auf- bzw. auszubauen.

5.4.4.6 Demenz – eine kommunale Herausforderung

Kommunen, Pflege- und Versorgungseinrichtungen stehen vor der Herausforderung, sich auf eine steigende Zahl Demenzerkrankter einzustellen. Die Deutsche Alzheimergesellschaft geht davon aus, dass sich die Zahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 in Deutschland von 1.4 Mio. auf etwa 3 Mio. Menschen mehr als verdoppelt. In den letzten Jahren haben sich bundesweit regionale Kooperationen und Netzwerke entwickelt, die sich für Menschen mit Demenz engagieren und lokale Unterstützungsstrukturen aufbauen. Anliegen dieser Zusammenschlüsse ist es unter anderem, die Öffentlichkeit über die Erkrankung zu informieren, durch bedarfsorientierte Zusammenarbeit von Professionellen die gesundheitliche Versorgung von Betroffenen zu verbessern oder auch Akteure in den Nachbarschaften zu sensibilisieren.

Auch in den Berliner Bezirken haben sich Initiativen und Netzwerke entwickelt, die Aktivitäten bündeln, Schnittstellen zwischen Nachbarschaft, Gesundheitsversorgung und Pflege besser miteinander verzahnen, Fachpersonal qualifizieren und die Öffentlichkeit stärker sensibilisieren. Einige Bezirke haben derzeit die Möglichkeit, im Rahmen des Bundesprojektes „Zukunftswerkstatt Demenz“ Aktivitäten und Netzwerke zu stärken. Entwickelt haben sich auch vielfältige und kreative Ansätze, die Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen soziale Teilhabe ermöglichen. Das Spektrum reicht von Kunst, Film und Fotografie hin zu Spaziergängen und Sportangeboten.

Gesundheitsziele auf Landesebene

Die Stärkung gesellschaftlicher Teilhabe von älteren Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ist ein zentraler Bestandteil im Gesundheitszielprozess. Die Strategien und Umsetzungsschritte wurden, ausgehend von der 7. LGK 2010, in einem Fachaustausch mit den demenzfreundlichen Initiativen in den Bezirken **239**

sowie Akteuren auf Landesebene (u. a. Landessenorenbeirat, bezirkliche Altenhilfekoordination, Alzheimer-Gesellschaft Berlin, Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung, Gesetzliche Krankenversicherung, Ärztekammer Berlin) erarbeitet.

Die formulierten Strategien und Ziele berücksichtigen besonders die Teilhabe von an Demenz erkrankten älteren Menschen, deren Autonomie aufgrund fehlender familiärer oder sozialer Netzwerke und/oder geringer finanzieller Ressourcen besonderes gefährdet ist. Ein Schwerpunkt wird zudem auf die Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger gelegt, um sozialen (z. B. berufliche Situation, Freizeitmöglichkeit, soziale Kontakte) und gesundheitlichen Benachteiligungen vorzubeugen. Dabei sollte besonders die Situation von demenziell erkrankten Migranten und Migrantinnen und ihren Angehörigen in den Blick genommen werden.

Auf dieser Grundlage wurden Umsetzungsstrategien zur Stärkung der Teilhabe dementiell erkrankter älterer Menschen und ihrer Angehörigen formuliert:

Das Wissen in der Bevölkerung über das Krankheitsbild Demenz fördern.

Die Akzeptanz gegenüber an Demenz erkrankten Menschen fördern, um die soziale Teilhabe zu stärken.

Transparenz und Zugang zu den Angeboten ist verbessert und pflegende Angehörige finden in den Bezirken ein breit aufgestelltes Hilfsangebot.

Akteure auf Landesebene (z. B. Kammern, Krankenkassen, Unternehmen) werden in den Fachaustausch mit den bezirklichen Initiativen eingebunden, um Kooperationen auf der bezirklichen und lokalen Ebene zu fördern.

Zentrale Akteure des öffentlichen Lebens im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen schulen.

Umsetzungskonzepte um an Demenz erkrankte Menschen in Akutkrankenhäusern (und Rehabilitationseinrichtungen) bedarfsgerecht zu versorgen.

Der Austausch zeigt, dass Strukturen und Ressourcen in den Bezirken sehr unterschiedlich sind. Die Bezirke formulieren nachdrücklich den Bedarf, zum Teil prekäre ehrenamtliche Strukturen auf eine nachhaltigere und hauptamtliche Basis zu stellen. Derzeit liegen die Unterschiede der Netzwerke vor allem darin, ob sie von professionellen Kräften oder vorwiegend ehrenamtlich geführt werden. Auch sind die Ziele der Netzwerke unterschiedlich. Schwerpunkte liegen sowohl auf einer Verbesserung der medizinischen Versorgung wie auch auf der sozialen Inklusion und Entlastung der Nutzer und Nutzerinnen.

Die im Rahmen der Gesundheitszielentwicklung gegründete Arbeitsgruppe der demenzfreundlichen Initiativen der Bezirke wurde verstetigt. Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und die Alzheimer Gesellschaft Berlin fungieren gemeinsam als vermittelnde Stelle zwischen den Initiativen und den Mitgliedern und Mitgliederinnen der LGK, um den Fachaustausch der Initiativen zu unterstützen und die Ergebnisse in die LGK zu tragen und zu beraten.

Arbeitsfelder der fachlichen Arbeit, die an die AG „Gesundheit im Alter“ angebunden ist, sind:

Verknüpfung mit der Gesundheitsberichterstattung (begleitendes Monitoring), um

Datengrundlagen zum Thema Demenz zu generieren – denn dazu besteht ein hoher Bedarf.

Abbildung der Angebote / Maßnahmen im Rahmen der Interventionsberichterstattung.

Identifizierung, Vorstellung und Transfer guter Praxis (z. B. Schutzräume, Schulungskonzepte).

Aufbau von Kooperationen und gemeinsamen Projekten zwischen den Initiativen sowie Akteuren auf Landesebene (z. B. Forschungsprojekt DemNet-D).

Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeitsaktionen zur Darstellung der Aktivitäten und Sensibilisierung für das Thema.

Fachaustausch, um die Vorgehensweisen, Qualität und Wirkungen transparent zu machen und einen Lernprozess zu initiieren.

Einstieg in Interventionsberichterstattung

Im Rahmen der AG wurde, orientiert an den Strategien und Zielen, begonnen die Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen des Zielprozesses zu erfassen. Damit wird ein erster Überblick über die unterschiedlichen Strukturen und Maßnahmen erstellt. Auf Grundlage dieses Überblickes ist die Herausforderung, gemeinsame Erfolgsfaktoren der Aktivitäten zu identifizieren, um den Transfer wirksamer Maßnahmen zu ermöglichen.

Daraus können Erkenntnisse gewonnen werden, wie eine sozialräumliche Abbildung bezirklicher Netzwerke und den in ihre interagierenden Akteuren gelingen kann. Zudem liegen in den Bezirken bereits umfangreiche Daten zu Beratungsangeboten, Selbsthilfegruppen, medizinischen Angeboten, Fortbildungen oder Informationsveranstaltungen vor. Datenbanken wie der „Hilfe-Lotse“ der Berliner Pflegestützpunkte ermöglichen zusätzliche Transparenz über die Angebotslandschaft.

Großes Potenzial bilden Modellprojekte wie:

Indika – gefördert durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI.

„DemNet-D“ – eine interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland. An der Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin angesiedelt und wird mit einer Laufzeit von drei Jahren im Rahmen des „Programms Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt.

Hier werden evidenzbasierte und praxisrelevante Erkenntnisse gewonnen, um wirksame Hilfestellungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu identifizieren und passgenaue Versorgung und Unterstützung in der Kommune sicherstellen zu können. Diese können im Rahmen der Weiterentwicklung dieses Handlungsfeldes genutzt werden.

Gesundheitsziele auf kommunaler Ebene

Im Bezirksamt Pankow fand am 21. November 2012 die 1. Gesundheits- und Pflegefachkonferenz Demenz statt. Ziel der Konferenz war, Ziele für den Bezirk miteinander zu verabreden.

Im Rahmen der Konferenz wurde die Gesundheits- und Pflegefachkonferenz Demenz als Standard im jährlichen Turnus verabschiedet. Dabei wurde auf Daten und Fakten zu den Inzidenzen und Prävalenzen in Pankow aufgebaut. Zudem wurden die Sozialräume identifiziert, in denen besonders viele Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen leben, um spezifische Maßnahmen und Angebote hier zuerst zu realisieren.

Insgesamt wurden **fünf Gesundheitsziele** für eine bessere regionale Versorgung und Beratung von Menschen mit Demenz miteinander abgestimmt:

1. Es soll Transparenz geschaffen werden über die Angebotsstrukturen und Initiativen in Berlin und die bestehende Vernetzung.
2. Den Angehörigen von Menschen mit Demenz stehen Beratungs- und Entlastungsangebote zur Verfügung.
3. Die Bürger und Bürgerinnen Pankows sind über das Krankheitsbild Demenz und die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen informiert.
4. Die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsberufe im Umgang mit Demenzerkrankten sind gestärkt.
5. Die Prozesse der Diagnose und Behandlung der Demenz sind verbessert.

Mit der Zielfokussierung wurde gleichzeitig erfasst, wer in welchen Zielbereichen bereits Angebote macht.

Für den Zielprozess auf Landesebene ergeben sich hier wichtige Erkenntnisse, wie die gesamtstädtischen Ziele auf die bezirkliche Ebene übersetzt werden können. **241**

Qualitätsentwicklung und Transfer guter Praxis

Evaluationsstudie DemNet-D

Die Evaluationsstudie „DemNet-D“ wird mit einer Laufzeit von drei Jahren im Rahmen des „Programms Zukunftswerkstatt Demenz“ durchgeführt (2012-2015) u. a. von der Alice-Salomon-Hochschule Berlin. Beteiligt sind zudem vier bezirkliche Netzwerke: Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg, Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick, Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V., „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ Charlottenburg-Wilmersdorf sowie als fünftes Netzwerk in Brandenburg das Demenznetzwerk des Landkreises Teltow-Fläming.

Im Vergleich der teilnehmenden Demenznetzwerke sollen erfolgreiche Kriterien für eine passgenaue Versorgung identifiziert und folgenden Bereiche analysiert werden:

Welche Angebote werden von den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen genutzt?

Wie gestaltet sich das Leben mit Demenz bzw. mit einem an Demenz erkrankten Menschen und in welchen unterschiedlichen Lebensbereichen ist weitere Unterstützung notwendig?

Wie wirken sich unterschiedliche Arten der Netzwerke auf die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aus?

Wie und warum arbeiten die Demenznetze erfolgreich?

In Berlin liegt der Fokus auf der Frage, wie sich unterschiedliche Arten der Netzwerke auf die Menschen mit Demenz auswirken. Dabei geht es primär um die Beschreibung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgungssituation der von einem Netzwerk betreuten Menschen mit Demenz sowie potentielle Veränderungen über einen längeren Zeitraum. Hierdurch werden Analysen und Aussagen ermöglicht, wie es vernetzten Versorgungsstrukturen gelingt, eine effiziente, an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Versorgung anzubieten.

Die Perspektiven der Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen werden über umfangreiche Befragungen einbezogen. Dabei werden auch Faktoren wie der Bildungsstand oder die Einkommenssituation erfasst. Ohne das Wissen um Erfahrungen der direkt Betroffenen und ihrer Schilderung von unterstützenden oder hemmenden Faktoren in der alltäglichen Versorgungsrealität kann letztendlich das Ziel der Studie – nämlich eine direkt an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Versorgung sicherzustellen – nicht gelingen.

Modellvorhaben INDIKA

INDIKA steht für INDIKATIONsspezifische regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung von Menschen mit Schlaganfall und Menschen mit Demenz (MmS/D) nach Schlaganfall in Berlin Pankow (Laufzeit 2012-2015).

Das Vorhaben hat zum Ziel, nachstationär die pflegerische Versorgungs- und Beratungsqualität von Menschen mit Schlaganfall und Menschen mit Demenz nach Schlaganfall und ihrer Angehörigen regional, wohnortnah und qualitätsgesichert zu vernetzen und damit zu verbessern.

Wertvoll für den Zielprozess auf Landesebene sind dabei u. a. die gewonnen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur auf Basis von indikationsspezifischen regionalen Gesundheitsdaten- und -zielen. Weitere Module des Projektes sind die Entwicklung eines regionalen Konzeptes zur vernetzten, koordinierten und qualitätsgesicherten transsektoralen Langzeitversorgung von MmS/D sowie die Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit bei MmS/D und ihren Angehörigen und Steigerung der Autonomie. Dazu gehört die Schulung Betroffener und Angehöriger zur Gesundheitsförderung: Umgesetzt werden z. B. kostenfreie wohnortnahe Schulungsangebote zur Vermittlung von notwendigen Wissen / Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Sinne der Sekundärprävention. **242**

Transfer guter Praxis zwischen den Bezirken

Schutzräume für Menschen mit Demenz“

Das Projekt „Schutzräume für Menschen mit Demenz“ wurde vom Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V. (GPV e.V.) entwickelt. Es ist Teil der Kampagne „Unsere Kommune ist demenzfreundlich. Charlottenburg-Wilmersdorf“, dessen Ziel u. a. die Aufklärung und Enttabuisierung der Krankheit Demenz ist.

Um die Versorgung zu optimieren, hat der Gerontopsychiatrische Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V. in Kooperation mit dem Bezirksamt und der Polizeidirektion 2 folgende innovative Lösung erarbeitet: Menschen, die im Bezirk orientierungslos angetroffen werden und offensichtlich an einer Demenz erkrankt sind, werden seit dem 1. Februar 2011 in einer stationären Pflegeeinrichtung in räumlicher Nähe zugeführt und dort adäquat versorgt, bis der Wohnort von der Polizei ermittelt ist.

Schutzräume dürfen nur Einrichtungen anbieten, die Mitglied im GPV e.V. sind und einen zweiseitigen Kriterienkatalog erfüllen. Diese Kriterien sind unter Beteiligung der Abteilung Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr erarbeitet worden.

Diese Erfahrungen dienen anderen Bezirken, das erprobte Modell ebenfalls umzusetzen. Schutzräume wurden folgend auch in den Bezirken Pankow und Spandau aufgebaut.

Beratungs- und Selbsthilfestrukturen

Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen nehmen eine wichtige Rolle zur psychosozialen Unterstützung und Vermittlung in Unterstützungsangebote ein. So können z. B. in der Initiierung und Begleitung von offenen Gruppen für Angehörige oder auch in Angehörigenschulungen Probleme artikuliert und gemeinsam gelöst werden und die Betroffenen finden psychosoziale Unterstützung. Sie bilden zudem einen wichtigen Baustein für den Zugang in das Hilfesystem. Selbsthilfekontaktstellen werden vom Land Berlin im Rahmen des Förderkonzepts Stadtteilzentren finanziell unterstützt. An diesen sind auch die 12 Berliner Kontaktstellen PflegeEngagement angesiedelt. Sie unterstützen Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Alltagsbewältigung (im Rahmen der Pflegeversicherung nach § 45 d SGB XI), z. B. durch die Vermittlung von Gruppen von pflegenden Angehörigen oder nachbarschaftlicher Hilfenetze.

Eine zentrale Rolle im Bereich der Selbsthilfe für dementiell erkrankte Menschen nimmt die Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V. ein. Sie klärt auf, informiert, schult und berät bezirksübergreifend. Ihre Angebote richten sich an pflegende Angehörige, (Früh-)Betroffene, Fachleute und Interessierte. Der Erhalt und der Ausbau dieser Angebote stellt einen zentralen Baustein dar, um Betroffene und ihre Angehörigen bedarfsgerecht zu unterstützen und sollten daher nachhaltig gesichert werden.

Zwischenfazit

Die Vernetzung der bezirklichen und landesweit agierenden Akteure hat zu einer Struktur- und Qualitätsentwicklung der Netzwerke beigetragen. Es gilt, im weiteren Prozess besonders die Ergebnisse der vorgestellten Modellmaßnahmen auszuwerten und in die weitere Planung einzubeziehen. Wichtig ist, Wege zu entwickeln, wie die Netzwerke in den Bezirken nachhaltig stabilisiert und der Transfer guter Praxis unterstützt wird. Es besteht ein großer Bedarf, die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Netzwerke zu verbessern und dabei die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen zu berücksichtigen. Dabei gilt es, die Beratungs- und Selbsthilfestrukturen in den Bezirken einzubeziehen.**243**

5.4.5 Perspektiven für die sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung

5.4.5.1 Perspektiven in den Zielprozessen

Die Schwerpunktlegung der Landesgesundheitskonferenz auf die Beschreibung von notwendigen qualitativen Anforderungen für sozialräumliche Strukturen und Prozesse bietet gute Möglichkeiten, diese Qualitätserfordernisse für weitere Akteure zugänglich zu machen. Erkenntnisse, die hier gemacht werden, eignen sich nicht nur als Bezugspunkt für den Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren der LGK. Vielmehr stärken sie die gesamtstädtische Fokussierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf sozialräumliche Bedarfe. Dabei ist die Unterschiedlichkeit der Strukturen, Prozesse und Schwerpunktsetzungen in den Bezirken und Sozialräumen zu berücksichtigen.

Für den weiteren Prozess ist im Sinne einer stärkeren Handlungsorientierung wesentlich, dass der Transfer erfolgreicher Modelle zwischen den Bezirken und den Partnern im Stadtteil gelingt und bewährte Strukturen und Prozesse Eingang, z. B. in die bezirklichen Handlungskonzepte für ein gesundes Aufwachsen bzw. zur Altenhilfeplanung und der gemeinwesenorientierten Altenarbeit finden. Eine zentrale Herausforderung ist dabei, die notwendige Vernetzung und konkrete Zusammenarbeit verschiedener Ressorts und Fachebenen mit den lokalen Akteuren zu fördern und Qualitätsentwicklungsprozesse aufzugreifen und anzustoßen.

Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und andere Fachstellen / Koordinierungsstellen, die durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales finanziert werden (z. B. Fachstelle für Suchtprävention, Fachstelle für pflegende Angehörige, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Zentrum für Bewegungsförderung Berlin, SIGNAL) leisten einen wichtigen Beitrag zur Moderation, Koordination und fachlichen Unterstützung, indem sie u. a. fachliche und qualitätsorientierte Hinweise erstellen, Netzwerke aufbauen und begleiten, Kooperationen anstoßen und Maßnahmen koordinieren und initiieren sowie Fortbildungen anbieten, um die fachliche Orientierung zum Thema und die Handlungsorientierung der Akteure zu erleichtern.

Mit dem Zielprozess der Landesgesundheitskonferenz sind gute Möglichkeiten verbunden, systematisch Wissen, Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten in einem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu sammeln, was ein großes Potenzial darstellt, auf die Herausforderungen steigender Kinder- und Altersarmut und ihrer gesundheitlichen Folgen zu reagieren.

5.4.5.2 Perspektive „Aktionsprogramm Gesundheit“

Mit einem „Aktionsprogramm Gesundheit“ sollen nun – wie in der Koalitionsvereinbarung 2011 verankert sowie durch einen Beschluss des Abgeordnetenhauses gefestigt (Abgeordnetenhaus von Berlin 2013) – die guten Entwicklungsprozesse verstetigt werden. Schwerpunkte sind dabei, die Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin weiter zu erhöhen und das Angebot an entsprechenden Maßnahmen transparent so zu bündeln, dass es Anreize für unterschiedliche Partner bietet, sich mit ihren je eigenen Aktivitäten daran zu beteiligen.

Die Grundlage dafür bietet ein Monitoring, das präventive Angebote, lebensweltbezogene Interventionen und Qualitätsprozesse transparent macht. Die von der LGK initiierte interne Interventionsberichterstattung und der von der Senatsverwaltung für Gesundheit in Auftrag gegebene Stadtplan für Gesundheitsförderung werden dazu eine umfassende Datengrundlage liefern.

Auf dieser Grundlage können auch weitere Akteure für die Umsetzung der Gesundheitsziele gewonnen werden, denn die gesamtgesellschaftliche Verantwortungsübernahme für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist nicht nur den gesetzlichen Krankenkassen zuzuweisen, sondern auch anderen Trägern, denen eine verpflichtende Mitwirkung, insbesondere durch angemessene finanzielle Beteiligung, zukommt.

Hier kann angeknüpft werden an die wichtigen Aktivitäten der LGK und der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in den Bereichen Gesundes Aufwachsen und Gesundes Altern, die oben ausführlich dargestellt wurden. Auch die zurzeit schon laufenden Vorhaben wie z. B. der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, des Modellprojektes Präventionskette „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ oder „Rund um die Geburt“ in Friedrichshain-Kreuzberg im Rahmen von „Aktionsräume Plus“ bieten hier Orientierung. Solche Projekte und Maßnahmen zeigen, dass Kooperationen fruchtbare Synergieeffekte erzeugen und für die Bevölkerung ein mehr an Nutzen bringen. Hierbei ist es von Bedeutung, Transparenz über gute Ansätze im Aufbau von Präventionsketten entlang der Lebensphasen herzustellen, die die Lebenswirklichkeit der Menschen beachten.

Durch die Arbeit der LGK sind durch den erfolgten Einigungsprozess zur Schwerpunktsetzung zentrale Vorarbeiten erfolgt. Hierauf kann in einem Stufenplan aufgebaut werden.