

Es gilt das gesprochene Wort

*Zitat:* „**Das demographische Altern**, also die Zunahme des Anteils alter Menschen, ist einerseits eine Folge der steigenden Lebenserwartung, andererseits eine Folge der sinkenden Geburtenhäufigkeit. Wir haben es in Deutschland und anderswo in Europa nicht mit einer "Überalterung", sondern mit einer "Unterjüngung" der Bevölkerung zu tun.“<sup>1</sup> In diesem Zusammenhang sind auch andere Herausforderungen wie Kinderarmut, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, der Fachkräftemangel und Integrationsfragen von Bedeutung.

Der demografische Wandel wirkt in alle Bereiche des Lebens hinein. In Zukunft steht die Gesellschaft, die ein viel höheres durchschnittliches Alter als bislang in der Menschheitsgeschichte haben wird, vor neuen Aufgaben. Sozialversicherungssysteme, Familien, Nachbarschaften, Arbeitswelt und Mobilität sind elementar betroffen. Welcher Anpassungsbedarf besteht? Wie sichern wir die Funktionsfähigkeit der Alters-, Renten- und Pflegeversicherung?

Leben im Alter hat neben biologischen, medizinischen, psychologischen, sozialen und technischen Aspekten auch eine politische und kulturelle Dimension.

„Es kommt nämlich nicht darauf an, wie alt wir werden, sondern wie wir alt werden. Es gilt, nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren

---

<sup>1</sup> Franz-Xaver Kaufmann, „Was meint Alter? Was bewirkt demographisches Altern?“ in: U. Staudinger, H. Häfner „Was ist Alter(n)?“, Springer, Berlin Heidelberg, 2008, S. 131

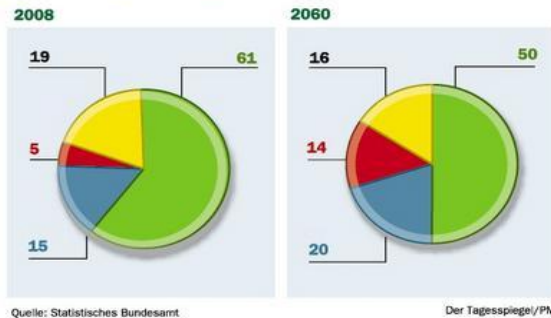
Leben zu geben. Es gilt, bei besserer Gesundheit länger zu leben! Es gilt, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten.“<sup>2</sup>

## Altersentwicklung in Deutschland und Berlin

### Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen

Altersgruppen nach Jahren, Anteile in Prozent

0 bis 19 20 – 64 65 – 79 80 und älter



Quelle: Statistisches Bundesamt

Der Tagesspiegel/PM

### Berlin wird älter

Veränderung der Altersstruktur

2007 2030



Quelle: Bevölkerungsprognose

Tsp/Gitta Pieper-Meyer

In den kommenden Jahrzehnten wird die **Zahl der älteren Bürgerinnen und Bürger Berlins** und deren Anteil an der Wohnbevölkerung deutlich zunehmen: Der Anteil der Berlinerinnen und Berliner, die 65 Jahre und älter sind, wird sich bis 2030 von 18 Prozent auf rund 24 Prozent der Wohnbevölkerung erhöhen. Stark überproportional nimmt die Zahl der 80- bis 95-jährigen sowie der noch älteren Berliner zu. Die Zahl der über 80-jährigen Hochbetagten wird

sich dabei nahezu verdoppeln, auf circa 256.000 Personen. Das Durchschnittsalter der Wohnbevölkerung in Berlin wird voraussichtlich um 3 Jahre auf 45 Jahre ansteigen. Bei dieser Entwicklung kommt dem Thema Gesundheit eine Schlüsselrolle zu.

### Bevölkerungsprognose Berlin 2030 (Basisvariante) – Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (in 1.000 Personen)

Quelle: Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin

Altersgruppe	2007	2010	2015	2020	2025	2030	Veränderung 2007-2030	
							absolut	in %
0 -unter 6	175,3	180,6	178,8	174,2	169,2	166,1	-9,2	-5,2
6 -unter 18	325,3	317,4	326,9	331,4	329,8	321,6	-3,7	-1,1
18 -unter 25	299,5	289,0	250,2	250,1	252,2	256,3	-43,2	-14,4
25 -unter 45	1.078,1	1.047,1	1.033,7	1.028,7	1.014,6	995,5	-82,6	-7,7
45 -unter 65	907,8	944,5	982,9	966,7	953,4	917,7	9,9	1,1
65 -unter 80	493,7	517,8	524,9	504,5	508,1	562,8	69,1	14
80 und älter	136,6	146	169,7	222,4	252,4	255,9	119,3	87,3
<b>gesamt</b>	<b>3.416,3</b>	<b>3.442,4</b>	<b>3.467,2</b>	<b>3.477,9</b>	<b>3.479,0</b>	<b>3.475,8</b>	<b>59,6</b>	<b>1,7</b>

<sup>2</sup> U.Lehr, *Wie alt kann der Mensch werden?*, Tagesspiegel 12.09.10

Ziel für präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung sind der Erhalt von größtmöglicher Selbständigkeit und Lebensqualität auch bei bestehenden Gesundheitseinbußen. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf sozial benachteiligte ältere Menschen gelegt werden, da diese höhere Risiken haben und bei ihnen die höchsten präventiven Effekte zu erzielen sind.

Der Verzögerung von Pflegebedürftigkeit sowie dem Ausbau altersspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung ist eine hohe Priorität beizumessen. Es bedarf einer aktivierenden und gemeinwesenorientierten Arbeit mit Älteren.

Wohnen im Alter darf nicht auf die Merkmale der eigenen Wohnung begrenzt werden. Es geht auch um die Merkmale des Wohngebäudes, des Wohnumfeldes und der wohnungsnahen Infrastruktur, lebensweltlichen Bezüge im Quartier als integrale Bestandteile des Wohnens zu betrachten. Die Vielfalt in den Lebensentwürfen der Zielgruppen sowie ihre aktiven Selbstgestaltungs- und Mitwirkungsansprüche und -möglichkeiten sind zu berücksichtigen.

Ältere Menschen möchten so lange wie möglich ohne größere eigene Investitionen in ihrer Wohnung und in der gewohnten Umgebung bleiben. Hier besteht jedoch das Problem zunehmender Isolierung und Einsamkeit. Es gibt immer mehr ältere Menschen, die wenige oder gar keine Kinder haben und bei denen auch Freunde sowie Verwandte seltener werden.

Hier ist auch geeignete Technik gefragt, die Senioren ein längeres selbständiges Leben ermöglicht: intelligente Assistenzsysteme, Notrufanlagen, internetgestützte Hilfen, um Dienstleistungen organisieren zu können.

Wichtiger als Technik ist jedoch der soziale Bereich: Jemand, der sich um die alten Menschen kümmert und Angebote in der Nachbarschaft vermittelt.

Aber auch der Wunsch nach Nachbarschaft mit Freunden, Gleichgesinnten oder barrierefreien Mehrgenerationenhäusern steht recht hoch im Kurs (siehe Tabelle 2). Hier entstehen die Chancen für ein neues soziales Miteinander.

**Tab. 2**

Die in Berlin Befragten bevorzugen für das Alter folgende Wohnformen (Mehrfachnennungen möglich):

Bevorzugte Wohnform im Alter	Bestands-optimierer	Umzügler	Passive	gesamt
mit Freunden bzw. Gleichgesinnten in einem Haus oder in der Nachbarschaft	37%	48%	39%	42%
in einem Mehrgenerationenhaus	33%	17%	23%	22%
in einer Mehrgenerationennachbarschaft	22%	21%	26%	23%
mit den Kindern bzw. der Familie in der Nachbarschaft	15%	25%	37%	29%
mit den Kindern bzw. der Familie in einer Wohnung	14%	9%	20%	15%
mit älteren zusammen in einem Haus bzw. in der Nachbarschaft	7%	21%	21%	19%
mit Freunden bzw. Gleichgesinnten in einer Wohngemeinschaft	7%	7%	1%	4%

**Tab. 3 Interesse an „niedrigschwelligen“ Dienstleistungen in verschiedenen Altersgruppen der ab 60jährigen**

Art der Dienstleistung	Interessierte		
	60-69	70-79	80+
Hausmeister	79%	82%	80%
Wohnungsreinigung	21%	23%	45%
Essenservice in der Wohnung	23%	24%	37%
Wäscheservice	24%	25%	42%
Hilfe beim Einkauf	25%	28%	45%

Quelle: Wohnen im Alter 60+, Befragung 60 – 95jähriger in Dresden; von Julia Banse und Martina Möbius, Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung e.V., Dresden, veröffentlicht in: Bundesbaublatt Nr. 7-8 2008, S. 16ff.

## **Berliner Initiativen zu den Themen Demografischer Wandel und Gesundheit im Alter**

Die Berliner **Landesgesundheitskonferenz** hat im Jahre 2009 begonnen, sich mit dem Thema Gesundheit im Alter zu beschäftigen und ist dabei, **Gesundheitsziele** unter dem Leitmotiv „**Selbständigkeit und Lebensqua-**

**lität im Alter**“ zu entwickeln. Es wird sich um Struktur- und Prozessziele handeln:

- Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern,
- Psychische Gesundheit fördern und erhalten,
- Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern.

Weitere Initiativen sind das Handlungsfeld 4 „Langes Leben in der Stadt“ im Demografiekonzept des Berliner Senats und das Handlungsfeld 7 „Angebote für ältere Menschen“ im Masterplan für eine Gesundheitsregion.

Es geht um Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung / Teilhabe / Ehrenamt / Wohnen hat die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in Kooperation mit Partnern aus der LGK am 2.9.2010 die Fachtagung „Gesund alt werden im Kiez“ veranstaltet, um gute Setting-Beispiele in Berlin und aus dem Bundesgebiet vorzustellen, Akteure ins Gespräch zu bringen und Herausforderungen zu identifizieren. Die Verbesserung der Transparenz und Kommunikation im Stadtteil sowie die Erprobung neuer Zugangswege sind wichtige Elemente unseres Gesundheitszielprozesses.

Bei der nächsten Landesgesundheitskonferenz im Oktober 2010 steht erneut das Thema "Gesundheit und Alter" im Mittelpunkt mit Fachvorträgen und Foren zur *Psychotherapie im Alter*, zur *geriatrischen Versorgung und zu demenzfreundlichen Initiativen*. Künftig ist es notwendig, verstärkt geriatrische Inhalte in der ärztliche, therapeutische und pflegerische Aus- und Fortbildung zu verankern.

In Kooperation mit den gesundheitspolitischen Akteuren Berlins werden Strategien für gesundheitliche Prävention und Versorgung in einer Gesell-

schaft des längeren Lebens entwickelt. Die drei folgenden Referenz-Projekte finden unter dem Dach des LGK-Schwerpunktes statt.

### **1. Zentrum für Bewegungsförderung für Ältere bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.**

Bewegung kann Prozesse des Alterns positiv beeinflussen und zu mehr Lebensqualität beitragen. Ältere Menschen erleben durch Bewegung einen reizvolleren Alltag – verbunden mit viel Spaß, Erfolgserlebnissen und Anlässen für soziale Kontakte. Ein aktiver Lebensstil fördert die selbstständige Bewältigung alltäglicher Anforderungen.

Bewegung dient aber auch dem Vorbeugen altersbedingter Krankheiten und wirkt gesundheitlichen Beschwerden entgegen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist es erforderlich, dass Rahmenbedingungen und Strukturen für mehr Gesundheit und Bewegung im Alter geschaffen werden. Das Zentrum für Bewegungsförderung unterstützt und fördert diesen Prozess.

- Durchführung von Regionalkonferenzen, Fachtagungen und Veranstaltungen, um Akteure für die Bedeutung körperlicher Aktivität im Alter zu sensibilisieren, die Vernetzung der Akteure zu befördern und Beispiele guter Praxis und Aktivitäten von Partnern bekannt zu machen
- Informationsvermittlung für Akteure der Berliner Seniorenarbeit über die Integration von Bewegung in das Lebensumfeld älterer Menschen (z.B. in Nachbarschaftshäusern, Stadtteilzentren oder Seniorenfreizeitstätten)
- Praxisorientierte Handreichung, um Impulse zur zielgruppenadäquaten Umsetzung alltagstauglicher, bewegungsfördernder Aktivitäten zu geben
- Spaziergangspaten in den Quartieren
- bewegungsfreundliche Stadtteile und der Planung von Maßnahmen

## **2. Initiative „Demenzfreundliches Krankenhaus“**

Berlin muss sich in verschiedenen Bereichen auf den Umgang mit der Demenzkrankheit einstellen. In Berlin leben gegenwärtig etwa 42.000 Demenzkranke, für 2050 werden über 100.000 prognostiziert.

In unserer Stadt gibt es bereits eine Fülle demenzfreundlicher Initiativen. Beispielhaft seien hier die Initiativen der Bezirke Lichtenberg, Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Charlottenburg-Wilmersdorf genannt. Die Krankenhausversorgung ist in der Diskussion um Demenz bislang wenig thematisiert worden. Der Anteil älterer und hochaltriger Patienten im Krankenhaus wächst aber stetig. Mit dieser Entwicklung geht auch eine Zunahme der Zahl demenziell erkrankter Patienten einher, die zumeist nicht aufgrund ihrer Demenz, sondern wegen anderer Erkrankungen stationär behandelt werden.

Demenzkranken sind in der Regel in geriatrischen Krankenhäusern gut versorgt. Aber wie sieht die Situation aus, wenn demenzkranke Menschen in einem Akutkrankenhaus behandelt werden müssen, z.B. wegen eines Knochenbruchs oder einer Organoperation? Angehörige und MitarbeiterInnen von Pflegeeinrichtungen berichten, dass es in diesen Fällen zu massiven Problemen kommen kann.

Die Umgebungsbedingungen und Abläufe in den Krankenhäusern sind unzureichend auf die Problemlagen und Bedürfnisse von Patienten eingestellt, die z.B. immer wieder vergessen, wo sie sind.

Die Initiative „Demenzfreundliches Krankenhaus“ will Verantwortliche der Krankenhausträger, der Pflegeeinrichtungen, der Pflege- und Sozialdienste, der Ärztekammer Berlins, der zuständigen Fortbildungsträger und der Kranken- und Pflegekassen zusammenführen, um die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz in Akutkrankenhäusern zu verbessern.

### 3. Integrative Gesundheitsversorgung

Ausgeprägte Lücken in der Versorgungskette führen vor allem bei älteren, kranken und immobilen PatientInnen immer häufiger zu Problemen. Gerade sie können die Folgen einer unzureichenden Abstimmung der medizinischen, nachsorgenden, psychologischen oder sozialen Etappen in der Behandlungskette nicht alleine bewältigen. Lösungskonzepte sind hier auch deshalb dringend notwendig, weil die Zahl chronischer Erkrankungen steigt, mehr ältere Menschen alleine leben und in höherem Alter oft mehrere Krankheiten zu bewältigen haben.

Versorgungsengpässe zeigen sich vor allem in 4 Problembereichen:

- Verweigerung von Hausbesuchen durch Haus- und Fachärzte/-ärztinnen,
- Transport von Pflegebedürftigen zur haus- und fachärztlichen Behandlung,
- Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln bei Krankenhausentlassung,
- fachärztliche Versorgung in Heimen.

Gemeinsam mit wichtigen Akteuren wie den Kranken- und Pflegekassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Sozialdiensten der Krankenhäuser sollen Konzepte erarbeitet werden, die durch klare gesetzliche und formale Vorgaben, funktionale Handlungsanleitungen und ausreichend kompetentes Personal an den Schnittstellen eine funktionierende professionelle Zusammenarbeit sicherstellen.

Heute benötigen 95.000 Berlinerinnen und Berliner pflegerische Betreuung. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl auf 170.000 nahezu verdoppeln. Für den Berliner Landeshaushalt hat das schwerwiegende Folgen: Sogar bei

der wohlwollenden, aber wenig realistischen Annahme, dass die Kosten für die Pflege alter Menschen bis 2030 nicht steigen, erhöhen sich die finanziellen Aufwendungen für den Berliner Landeshaushalt um 200 Millionen Euro. Dabei sind darin nur die Extrakosten für die Pflege von Sozialhilfeempfängern enthalten, die in voller Höhe den Landeshaushalt belasten.

Schon heute ist die Pflege in Deutschland aber auch ein großer Wirtschaftssektor. Hunderttausende zusätzliche Arbeitskräfte werden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten gebraucht. Der Stellenwert der Altenpflege als Berufsfeld muss aufgewertet und die Arbeitsbedingungen verbessert werden.

### **Ältere Arbeitnehmer im Berufsleben**

*Zitat:* „Die Altersstruktur von Belegschaften verändert sich in den nächsten Jahren drastisch: So gehören aktuell 50 Prozent der Menschen im erwerbsfähigen Alter zur mittleren Gruppe der 30- bis 49-Jährigen, rund 30 Prozent zur bereits ergrauten Gruppe der 50- bis 67-Jährigen, und circa 20 Prozent zur Gruppe der Jüngeren zwischen 20 und 29 Jahren. Bereits 2020 sieht das schon ganz anders aus. Dann werden die mittlere und die ältere Gruppe mit rund 40 Prozent gleich stark besetzt sein.

Das bedeutet, dass es am Arbeitsmarkt schon bald auf die Älteren genauso ankommen wird wie auf die Menschen mittleren Alters. Und es führt zu der Frage, wie es mit der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Älteren aussieht. Das biologische Alter ist nicht für Leistungsprobleme bei der Arbeit verantwortlich. Belastungen bei der Arbeit und der persönliche Lebensstil beeinflussen maßgeblich den Alterungsprozess.“<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> *Reife Leistung, Gesund kommt weiter. Hella Kaiser, Tagesspiegel 12.09*

„Generell haben sowohl junge als auch ältere Mitarbeiter ihre besonderen Fähigkeiten. Es gilt, sie richtig einzusetzen und zu nutzen. Die Stärken der Älteren sind Problemlösungskompetenz aufgrund von Erfahrungswissen, größere Toleranz gegenüber abweichenden Meinungen, hohe zeitliche Flexibilität und realistisches Einschätzungsvermögen.

Ein Age-Management berücksichtigt all dies. So kann ein betriebliches Gesundheitsmanagement Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung steuern. Hilfreich ist es, wenn Arbeitsplätze und Arbeit altersgerecht gestaltet werden, beispielsweise durch Beeinflussung von Arbeitszeit und Arbeitsorganisation. Das Wissen der Beschäftigten ist ein zentraler Wert der Gesellschaft. Es muss erhalten und angepasst werden. Passgenaue Weiterbildungsangebote für alle Altersstufen ermöglichen dies.

Es gilt gute Arbeitsbedingungen zu schaffen und dabei die Interessen der Beschäftigten und der Unternehmen miteinander zu verbinden.