

Pflegerische Vollversorgung weiter entwickeln

Unterstützung in der Nachbarschaft: Wie hilft sie alten Menschen?

Eine Frage der Haltung: Kinästhetik



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

medhochzwei

Alter(n) und Klima



Beschäftigung und schöne Momente für Menschen mit Demenz

 medhochzwei

www.medhochzwei-verlag.de

ILSES
WEITE WELT 

Filme, Fotokarten & Begleitmaterial von Ileses weite Welt

Mit dem interaktiven Beschäftigungskonzept werden Erinnerungen und Gefühle demenziell veränderter Menschen geweckt. Angehörigen, professionell Pflegenden und ehrenamtlich engagierten Demenzbetreuern wird der Weg in die Welt der Betroffenen geebnet – zu Hause, in Pflegeeinrichtungen, in der Tagespflege und in Betreuungsgruppen.

Filme für Menschen mit Demenz

Untermalt mit wunderschöner klassischer Musik



Filme je 24,99 € *

www.ilesesweitewelt.de



Die neue Twiddle-Muff-Katze

*Beschäftigung und Momente der Geborgenheit
für Menschen mit Demenz*

81,49 € *



Fotokarten je 34,99 € *

Begleitbuch 39,99 € *

Fotokarten für Menschen mit Demenz

Mit Bildern berühren

Hörzeit – Radio wie früher für Menschen mit Demenz

„Hörzeit“ ist eine CD-Reihe mit Radiosendungen im Stil der 1950er Jahre, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingeht. Die Audiomagazine haben eine Dauer von ca. 50 Minuten. Im Anschluss folgt ein etwa 25-minütiger Teil für Angehörige und Pflegenden, in dem das Thema der Sendung mit Expertinnen und Experten, darunter auch Menschen mit Demenz, vertieft wird.



CDs je 24,99 € *

www.hoerzeit-radio-wie-frueher.de

*UVP

Altern in der Stadt von morgen – Herausforderungen angesichts des Klimawandels

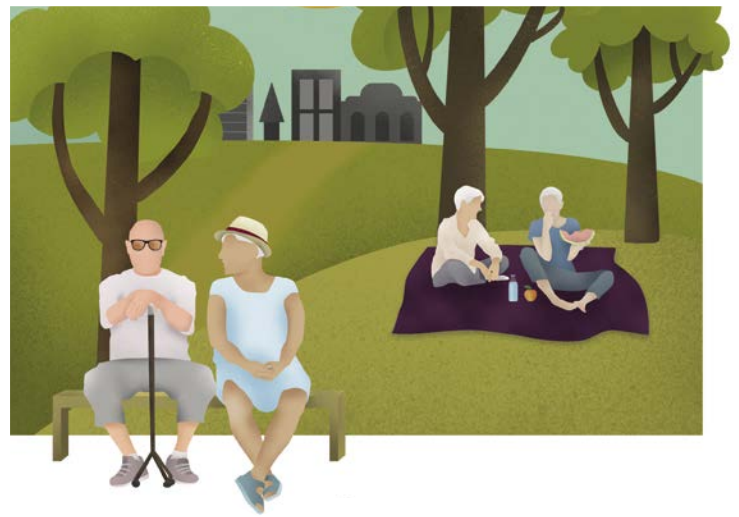


von links nach rechts: Prof. Dr. Frank Oswald, Kerstin Conrad, Susanne Penger, Prof. Dr. Stefan Siedentop

„Europa hat 2019 das wärmste je aufgezeichnete Kalenderjahr erlebt“ schreibt die Süddeutsche Zeitung am 8. Januar 2020. Vor welche Herausforderungen stellt uns das mit Blick auf ein Altern in der Stadt von morgen? Im urbanen Altern verdichten sich dabei jene Probleme, die sich grundsätzlich mit Blick auf den Klimawandel stellen. Noch können wir vom Blick auf städtisches Altern lernen, im Wechselspiel von Menschen und Umwelt reagieren und uns für die Zukunft rüsten. Die erste ProAlter-Ausgabe des Jahres stellt sieben Beiträge unterschiedlicher Disziplinen aus Forschung und Praxis zum Thema Herausforderungen städtischen Alterns angesichts des Klimawandels zur Diskussion. Wolfgang Schlicht geht aus bewegungswissenschaftlicher Sicht auf Möglichkeiten, Grenzen und Empfehlungen für körperliche Aktivitäten im Alter und stadtplanerische Maßnahmen ein. Kerstin Conrad und Susanne Penger berichten aus Sicht der Raumplanung und Psychologie, wie ältere Menschen bei extremer Hitze oder Kälte ihre außerhäuslichen Aktivitäten reduzieren. Sie unterstreichen die Bedeutung eines genaueren Blicks auf die Umwelt und auf biographisch gewachsene Haltungen und Motivationen, wenn Gefahrenpotenziale erkannt und diesen durch Interventionen begegnet werden soll. Jörn Birkmann und Kevin Laranjeira betonen, dass es aus Sicht der Raum- und Umweltplanung für die Risikominderung gegenüber Hitzestress nicht ausreicht, nur die Hitzehotspots zu betrachten. Sie zeigen auf, wie man die Verwundbarkeit unterschiedlicher Altersgruppen messen und deren Anpassungskapazitäten gegenüber aktuellen und zukünftigen

Hitzebelastungen ermitteln kann. Manuela Schade macht deutlich, wie Kommunen sich auf Hitzeereignisse vorbereiten können. Ihr Beitrag richtet sich auf die Möglichkeiten von Hitzeaktionsplänen und die Ausgestaltung präventiver Maßnahmen. Alina Herrmann führt aus medizinischer Sicht aus, welche Rolle das Personal im Gesundheitssektor und in der Seniorenarbeit für die Umsetzung der offiziellen Empfehlungen von Hitzeaktionsplänen spielt und welche konkreten Handlungsempfehlungen gegeben werden können. Andrea Teti, Sandra Mümken, Hans Gellert und Paul Gellert fokussieren aus Sicht einer medizinischen Soziologie und Psychologie auf die mentale Gesundheit im Alter, die selten im Mittelpunkt der Berichterstattung und Forschung steht. Sie beschreiben Wirkzusammenhänge und geben praktische Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung alter Menschen, verbunden mit Maßnahmen der Stadt- und Sozialplanung. Anna Wanka öffnet den Blick abschließend nochmals aus soziologischer Sicht mit einer neuen Perspektive auf den Alltag im Alter. Warum fällt es so schwer, Alltagsroutinen an sich klimatisch verändernde Bedingungen anzupassen? Sie fokussiert auf Mikrosituationen oder sogenannte soziale Praktiken im Alltag und diskutiert, wie Routinen durch praktische Interventionen aufgebrochen werden können.

**Kerstin Conrad, Frank Oswald,
Susanne Penger und Stefan Siedentop**
Herausgeberschaft des Schwerpunktes
„Alter(n) und Klima“, Heft 1/2020



INHALT

Schwerpunkt

Alter(n) und Klima

- | | |
|--|---|
| <p>7 Im Alter zu Fuß in die Stadt?
Aber doch nicht bei der Hitze!
Prof. Dr. Wolfgang Schlicht</p> <p>12 „Bei Hitze gehe ich nur raus,
wenn es wirklich nötig ist!“
Empirische Befunde zum Erleben
und Verhalten älterer Menschen
bei Hitze und Kälte in der Stadt
Kerstin Conrad, Susanne Penger</p> <p>17 Hitzestress: Alter – Verwundbarkeit –
Anpassungskapazitäten
Haushaltsbefragung in der Stadt Ludwigsburg
im Rahmen des ZURES-Projekts
Prof. Dr. Jörn Birkmann, Kevin Laranjeira</p> | <p>23 Kommunale Gesundheitsvorsorge
für ältere Menschen bei Hitze in der Stadt
Dr. Manuela Schade</p> <p>26 Die Rolle von Personal im Gesundheitssektor
und der Seniorenarbeit in Hitzeaktionsplänen
Dr. Alina Herrmann</p> <p>30 Herausforderungen zukünftigen
urbanen Alterns: Klimawandel und
die mentale Gesundheit
Prof. Dr. Andrea Teti, Sandra Mümken,
Hans Gellert, Prof. Dr. Paul Gellert</p> <p>34 Die Trägheit sozialer Praktiken
Alltagspraktiken und -routinen älterer
Menschen im Kontext des Klimawandels
Dr. Anna Wanka</p> |
|--|---|



© János Wagner

38 Management Pflegeselbsthilfe

Management

- 38 **Pflegeselbsthilfe: Entstehung, Wirkung und Funktion in lokalen Hilfe-Mix-Systemen**
Leon Hellermann, Christian Heerdt
- 44 **Eine Frage der Haltung: Kinästhetik Samariterstiftung setzt im Pflegealltag auf eine nachhaltig veränderte Haltung**
Sabine von Varendorff
- 48 **Pflegerische Vollversorgung weiter entwickeln „Stationäre Hausgemeinschaften“, „Quartiershäuser“ – wo geht die Reise hin?**
Ursula Kremer-Preiß

Forschung

- 52 **Unterstützung in der Nachbarschaft Wie hilft sie alten Menschen?**
Prof. Dr. Sabine Fromm, Gesa Georgi,
Prof. Dr. Doris Rosenkranz

Leben

- 56 **Musikgeragogik: Durch Musik neue Wege der Kommunikation zu Menschen mit Demenz finden**
Elke Eisenburger



© Elke Eisenburger

56 Leben Musikgeragogik und Demenz

Service

- Editorial 01
- Update! 04
- Veranstaltungsbericht 59
- In eigener Sache 61
- Veranstaltungsbericht II 62
- Vorschau/Impressum 64

UPDATE!

Schnell auf den Stand der Dinge gebracht

■ V. Vallendarer Kolloquium zum Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen

Die Langzeitpflege in Deutschland sieht sich von einem wachsenden Ökonomisierungsdruck getrieben. Zunehmend drängen internationale Investoren auf den deutschen Pflegemarkt und forcieren den Wettbewerb zwischen Trägern und Einrichtungen. Aus den Reihen der gemeinnützigen Träger der Langzeitpflege werden in den letzten Jahren vermehrt grundlegende Vorschläge zur Reform der Pflegeversicherung an den Gesetzgeber adressiert. Sind diese Trends miteinander vereinbar oder bewegen wir uns hin auf eine sehr grundlegende Auseinandersetzung über Pflegekonzepte, Pflegefinanzierung und die Trägerschaft von Pflegeeinrichtungen? Dazu möchten wir in Gespräche und Diskussionen eintreten: Zielgruppe sind Geschäftsführer, Vorstände, Leitungen ambulanter und stationärer Dienste sowie Verantwortliche für das Qualitätsmanagement. Ganz bewusst sind alle Verbände im Blick, die sich in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossen haben.

Für einen kritisch-konstruktiven Dialog mit der Wissenschaft bietet die Philosophisch-Theologische Hochschule hervorragende Bedingungen. Wer im Alltagsgeschäft überleben möchte, der benötigt nicht nur „Auszeiten“ für Körper und Seele, der braucht auch ein Forum des Austauschs, der Kritik und der Besinnung, das wir Ihnen hiermit anbieten.

Veranstalter: Institut für Wissenschaftliche Weiterbildung (IWW)
Pallottistraße 3, 56179 Vallendar
www.pthv.de

Ansprechpartnerin: *Stefanie Fein*

Tel.: 02 61/64 02-2 55; iww@pthv.de

Leitung: Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Prodekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV), Lehrstuhl für Gerontologische Pflege

Dr. Hanno Heil, Ständiger Lehrbeauftragter und Projektleiter am Lehrstuhl Diakonische Theologie, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Termin, Ort und Kosten:

16./17. April 2020

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Kursgebühr: 300 Euro

Vollpension im EZ: 93,50 Euro;

nur Verpflegung: 37,90 Euro

■ Praxisleitfaden Demenz – Wie Krankenhäuser mit der wachsenden Herausforderung umgehen

Täglich werden rund 50.000 Patienten, die an Demenz oder einer verwandten kognitiven Einschränkung leiden, in deutschen Krankenhäusern stationär behandelt. Bei der Versorgung ihres Knochenbruchs oder Infekts bleibt die Demenz meist unerkannt oder wird unterschätzt – mit erheblichen Folgen für die Betroffenen und das ohnehin überlastete Krankenhauspersonal.

Die Robert Bosch Stiftung hat dazu Empfehlungen zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser veröffentlicht. Der Leitfaden beschreibt zehn in der Praxis erprobte Bausteine, darunter die Vermittlung von (Basis-) Wissen zu Demenz an alle Krankenhausmitarbeiter, eine demenzsensible Gestaltung von Umgebung, Struktu-

ren und Prozessen und eine Begleitung der Demenzpatienten durch feste Bezugspersonen. Hier kann der Leitfaden als Printversion bestellt oder als PDF Version kostenfrei heruntergeladen werden:

www.bosch-stiftung.de/de/publikation/praxisleitfaden-zum-aufbau-demenzsensibler-krankenhaeuser

■ „Lang lebe die Kunst!“ Kunst- und Kulturprojekte mit und von Älteren

Bereits zum achten Mal präsentiert das Kompetenzzentrum für Kulturelle Bildung im Alter und Inklusion (kubia) seinen Aktionstag rund um Kunst- und Kulturprojekte mit und von Älteren. Unter dem Motto „Lang lebe die Kunst!“ wird am 26. März in der Stroetmanns Fabrik in Emsdetten die Vielfalt der künstlerisch-kulturellen Aktivitäten im Alter erlebbar. An diesem Tag präsentieren sich Projekte, die 2019 vom Förderfonds Kultur & Alter des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert wurden.

In einer Werkschau werden Ausschnitte aus Theater- und Hörspielproduktionen dargeboten. Im Anschluss erhält das Publikum in einem Ausstellungsrundgang und verschiedenen Workshops weitere Impulse für die kreative Arbeit mit älteren Menschen.

Das Spektrum reicht von fotografischen Erinnerungsprojekten und intergenerationellen Kunstaktionen mit Graffiti und Polaroid-Bildern über künstlerische Selbstporträts, einem interdisziplinären Projekt zu Altersbildern bis hin zu digitalen Medienprojekten sowie Poetry-Slam mit Älteren.

Das abwechslungsreiche Programm richtet sich an Fachkräfte aus den Bereichen Kultur, Erwachsenenbildung und Altenhilfe sowie an alle interessierten älteren Menschen. Es gibt die Gelegenheit, sich zu informieren, Neues zu entdecken und miteinander ins Gespräch zu kommen. Viele Anregungen bietet der Aktionstag auch denjenigen, die selbst planen, sich mit einem Projektvorhaben beim Förderfonds Kultur & Alter des Landes Nordrhein-Westfalen zu bewerben. Seit 2012 unterstützt das Kulturministerium in jedem Jahr rund 15 Projekte, die zeitgemäße und innovative Formen der Kulturarbeit von und mit älteren Menschen und im Generationendialog erproben. Das ausführliche Programm finden Sie unter:

www.ibk-kubia.de/aktionstag

Kontakt: Kathrin Volkmer

Tel.: 02 21/22 28 66-0

aktionstag@ibk-kubia.de

Wann und wo?

26. März 2020, 13.30–17.00 Uhr
Stroetmanns Fabrik EMS-HALLE,
Friedrichstraße 2, 48282 Emsdetten
Der Eintritt ist frei, Anmeldung erbeten: www.ibk-kubia.de/anmeldung-aktionstag

■ Warum wir klimafreundlicher (ver-)pflegen wollen

Klimaschutz geht alle an. Auf der Grundlage dieser Überzeugung will die AWO gute Pflege in stationären Einrichtungen klimafreundlich gestalten. Das Modellprojekt „klimafreundlich pflegen“ sucht dafür nach Lösungen. Ein Aspekt: die Verpflegung der Bewohner*innen. Dabei zeigt sich: Klimaschutz, Wahlfreiheit der Bewohner*innen und hochwertige, gesunde Verpflegung gehen Hand in Hand. Im Jahr 2018 haben sich bundesweit 40 stationäre Einrichtungen der AWO auf den Weg gemacht, um Potentiale für CO₂-Einsparungen in ihren Betrieben zu identifizieren. Dabei wurde festge-

stellt, dass neben Themen wie Strom, Heizung oder Mobilität auch die Zusammensetzung der Verpflegung eine zentrale Rolle spielt: Wie hoch ist der Anteil an regionaler und saisonaler Kost? Wie hoch der von Tiefkühlware oder Bio-Lebensmitteln? Wie groß ist der durchschnittliche Fleischanteil in den Mahlzeiten? Derartige Fragen können nicht außer Acht gelassen werden, wenn stationäre Einrichtungen den Klimaschutz ernstnehmen und anpacken wollen.

Zum Modellprojekt „klimafreundlich pflegen“:

www.klimafreundlich-pflegen.de

Weitere Informationen zum Thema Nachhaltigkeit bei der AWO:

www.awo.org/themen/nachhaltigkeit

■ Praxisprojekt des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zum Entlassungsmanagement in der Pflege

Der bereits zum zweiten Mal aktualisierte Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ steht der Fachöffentlichkeit seit Mai 2019 zur Verfügung. Nachdem das im vergangenen Jahr geplante Praxisprojekt zum Expertenstandard verschoben werden musste, ist sein Beginn nun für April 2020 vorgesehen. Das wissenschaftliche Team des DNQP sucht für dieses Praxisprojekt Krankenhäuser jeder Versorgungsart, Rehabilitationskliniken und Einrichtungen der Kurzzeitpflege, die ihr aktuelles Qualitätsniveau des pflegerischen Entlassungsmanagements auf den Prüfstand stellen und weiter entwickeln wollen. Kern des Praxisprojekts ist die wissenschaftlich begleitete Erhebung und Analyse des aktuellen Qualitätsniveaus zum pflegerischen Entlassungsmanagement. Das Projekt gliedert sich in drei Schritte: ein einrichtungsinternes Audit zum Stand des pflege-

rischen Entlassungsmanagements, eine mögliche Anpassung des Entlassungsmanagements an das Qualitätsniveau des Expertenstandards und die Erhebung von Kennzahlen zu Qualitätsindikatoren. Die Projektbegleitung durch das wissenschaftliche Team des DNQP erfolgt vornehmlich im Rahmen von drei ganztägigen Sitzungen der Projektbeauftragten an der Hochschule Osnabrück.

Das Praxisprojekt verfolgt zwei zentrale Ziele: Die Erprobung von internen Qualitätsindikatoren auf der Grundlage des Expertenstandards hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit und Akzeptanz und damit Hinweise darüber zu erhalten, wie Einrichtungen die Qualität des pflegerischen Entlassungsmanagements aus ihrer Sicht bestmöglich steuern können.

Bitte fügen Sie Ihrer Bewerbung eine kurze Darstellung Ihrer Einrichtung, der in Frage kommenden Modellpflegeeinheiten und der Erfahrungen mit dem pflegerischen Entlassungsmanagement bei. Für Rückfragen zum Projekt steht Heiko Stehling (E-Mail: h.stehling@hs-osnabrueck.de oder Tel. 05 41/969-70 03) zur Verfügung. Bewerbungen – per E-Mail oder auf dem Postweg – werden bis zum 31. März 2020 an die folgende Anschrift erbeten:

Hochschule Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher

Postfach 1940, 49009 Osnabrück

E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de

www.dnqp.de ■



Im Alter zu Fuß in die Stadt?

Aber doch nicht bei der Hitze!

Ein körperlich aktiver Alltag fördert Gesundheit und Wohlbefinden im Alter und ermöglicht soziale Teilhabe. Das belegt eine große Zahl von Studien. Alte Menschen sollten also jegliche Gelegenheit im Alltag und in der Freizeit nutzen, um körperlich aktiv zu sein. Während der Sommermonate herrscht aber – häufiger als in der Vergangenheit – Hitze an mehreren aufeinander folgenden Tagen: Tropennächte, in denen die Temperatur nicht unter 20 Grad Celsius sinkt und Wüstentage mit Temperaturen von über 35 Grad Celsius. Vor allem Städte heizen sich stärker auf als deren Umland. Der Hitzestress birgt für ältere Menschen ein erhebliches Risiko, vorzeitig zu versterben. Ihnen wird empfohlen, sich während Hitzeperioden nur zurückhaltend oder gar nicht außer Haus zu bewegen, um körperliche Anstrengungen zu vermeiden. Folgen sie der Empfehlung, reduzieren sie hitzebedingte Gesundheitsrisiken, verzichten aber auf eine wirksame Strategie der Gesunderhaltung.

Körperliche Aktivität: Schon wenig wirkt

Unter den vielen – mehr oder minder gesicherten – Empfehlungen, wie sich Menschen im Alter gesundheitsförderlich verhalten sollten, ragt die körperliche Alltagsaktivität heraus. Für ihre Wirksamkeit auf die Gesundheit und das Wohlbefinden gibt es starke wissenschaftliche Belege (für einen Überblick u. a. Schlicht & Schott, 2013). Körperliche Aktivität ist jegliche Bewegung, zu der größere Muskelgruppen eingesetzt werden und bei der der Energieaufwand substantiell gegenüber dem Ruhebedarf ansteigt. Je nach Energieaufwand wird die Aktivität als niedrig (z. B. ein Spaziergang), moderat (z. B. Joggen, Radfahren mit weniger als 16 km/h) oder hoch (z. B. ein Tennismatch) intensiv klassifiziert.

Verglichen mit inaktiven Personen haben körperlich aktive Personen eine im Mittel um 27 Prozent höhere Chance, „gesund zu altern“. Zu diesem Ergebnis kommt eine jüngst veröffentlichte Meta-Analyse von Daskalopoulou et al. von 2018, in der die Ergebnisse von 23 Längsschnittstudien, an denen sich insgesamt 174.000 Teilnehmer*innen im Alter von 24 bis 87 Jahren beteiligten, zusammengeführt wurden. Gesundes Altern wurde dabei unterschiedlich operationalisiert. Durchgängig wurden hierzu Indikatoren körperlicher Gesundheit (z. B. Surrogat-Parame-

ter der Herz-Kreislaufgesundheit wie Blutdruck o. ä.) objektiv gemessen.

Wie intensiv sollte die Aktivität sein, um die Gesundheit im Alter zu fördern?

Internationale Gesundheitsorganisationen empfehlen gesunden alten Menschen mindestens 150 Minuten pro Woche moderat intensiv aktiv zu sein. Hupin et al. (2014) kamen in ihrer Meta-Analyse zu dem Ergebnis (hier wurden insgesamt 122.477 Personen im Alter von 60 und mehr Jahren über einen Zeitraum von bis zu elf Jahren „beobachtet“), dass trotz einer lediglich niedrig intensiven und im Umfang auch eher geringen körperlichen Beanspruchung (Hund ausführen, Besorgungen zu Fuß machen oder hin und wieder in der Freizeit spazieren gehen) das Risiko, vorzeitig zu versterben, um 20 Prozent geringer ist als jenes der Personen, die ihren Alltag gänzlich inaktiv verbrachten.

Einfluss auf die subjektive Gesundheit

Positive Wirkungen, die sich für die körperliche Gesundheit und das Vermeiden des vorzeitigen Versterbens nachweisen lassen, finden sich auch für die subjektive Gesundheit. Netz et al. (2005) zeigen in ihrer Meta-Analyse folgenden Zusammenhang auf (verglichen wurden Menschen, die

im Mittel älter als 54 Jahre alt waren und sich über einen vorgegebenen Zeitraum entweder körperlich betätigten [Interventionsgruppe] oder aber inaktiv waren [Kontrollgruppe]: Subjektives Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit nehmen bei aktiven Menschen im Alter von 54 Jahren und mehr nahezu dreimal stärker zu, als bei inaktiven. Moderat intensive Aktivitäten wirkten dabei am stärksten. Aber auch Personen, die lediglich gering intensiv körperlich aktiv waren, fühlten sich anschließend an die Intervention besser als die inaktiven Personen. Eine separate Analyse für drei Altersgruppen zeigte, dass auch aktive Menschen jenseits des 74. Lebensjahres profitierten, wenn auch der Gewinn an Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit verglichen mit den jüngeren Kohorten geringer ausfiel. Wissenschaftliche Daten stützen also die Empfehlung für gesunde ältere Menschen: Nutze jede Gelegenheit im Alltag, um körperlich aktiv zu sein!

Hitze in der Stadt

Im Jahre 2003 starben deutschlandweit geschätzte 7.000 Menschen in Folge einer über Wochen andauernden Hitzeperiode. Das Ereignis gilt als größte Naturkatastrophe in Europa nach dem 2. Weltkrieg. Hitzeereignisse im Sommer ereigneten sich bis heute wiederholt, wenn auch mit weniger dramatischen Folgen als im Jahr 2003. Die meisten Hitzeopfer waren 75 Jahre und älter. Während Hitzeperioden sterben nicht nur sieche alte Menschen einige Wochen früher als aufgrund ihres meist multi-morbiden Zustands zu erwarten ist. Vielmehr sterben auch alte Menschen, die noch mehrere Jahre hätten leben können. Die demografische Entwicklung der deutschen Bevölkerung lässt das drohende Szenario erahnen: Alte Menschen sind besonders verletzlich gegenüber Hitzestress. Der gealterte Organismus büßt seine Fähigkeit ein, Wärme zu regulieren. Alte Menschen schwitzen weniger. Auch ihr Durstgefühl erinnert sie nicht mehr verlässlich an einen bedrohlichen Flüssigkeitsmangel. Das alles führt zu einer höheren Körperkerntemperatur bei gleichzeitiger Dehydrierung. Unter Hitzeeinfluss kommt es außerdem noch zu einer erhöhten Luftschadstoffemission (Feinstaub, Stickoxide, Ozon), die den Organismus zusätzlich stresst. Angesichts des Klimawandels sind Hitzeperioden zukünftig früher im Jahresverlauf (wie im Juni 2019) und auch häufiger zu erwarten. Sie dauern zudem länger an, weil Hochdruckgebiete bei Omega-Wetterlage quasi stationär über Eu-

ropa „hängen bleiben“. Generell trifft die Hitze Stadtbewohner*innen wegen des Hitze-Insel-Effekts stärker noch als jene im ländlichen Umfeld (Zhou, Rybski & Kropp, 2013, dazu auch der Beitrag von Schade in diesem Heft). Bis 2020 wird der Anteil der städtischen Bewohner*innen auf 80 Prozent ansteigen (vgl. Carter, 2011). Städte sind einerseits in einem erheblichen Maße Emittenten, die den Klimawandel befeuern (Verkehr, Heizungen, Industrie etc.). Zugleich sind ihre Bewohner*innen – und hier vor allem die alten und hochaltrigen Menschen (jenseits des 85. Lebensjahres) – am stärksten von den negativen Folgen des Klimawandels betroffen.

Wie also umgehen mit der Kumulation von Herausforderungen: Hitzestress, Alterung und Verstärkung der Gesellschaft? Empfehlungen, um das Risiko von Hitzestress zu reduzieren, betreffen Adaptation (Anpassung) und Mitigation (Milderung, Abschwächung):

Adaptation

Wirksam passt sich an Hitze an, wer ausreichend trinkt und körperliche Anstrengung reduziert oder gar vermeidet, um den Organismus nicht noch zusätzlich zu beanspruchen. Das Befolgen dieser Empfehlung bedingt allerdings bei wiederholten oder langandauernden Hitzeperioden gerade bei alten Menschen eine unerwünschte progrediente Risiko-Kumulation: Zum Hitzestress im Verbund mit erhöhter Luftschadstoff-Belastung addiert sich das Risiko von Inaktivität. Auf den „Teufel“ – die Hitze – reagiert man quasi mit dem „Beelzebub“ – einer inaktiven und sitzenden Lebensweise (*sedentariness*).

Um das Inaktivitätsrisiko zu mindern, bleibt alten Menschen, in den frühen Morgen- oder späten Abendstunden aktiv zu sein. Für die Freizeitaktivität ist das eine brauchbare Empfehlung. Alte Menschen müssen sich im Alltag aber auch mit dem Notwendigen versorgen oder medizinisch versorgen lassen. Dazu müssen sie Praxen, Apotheken, andere Gesundheitseinrichtungen aufsuchen und einkaufen (dazu auch Conrad & Penger in diesem Heft). Auch wollen und sollten sie andere Menschen treffen, um am sozialen Leben teilzuhaben und so ein wichtiges universelles menschliches Bedürfnis befriedigen. Dienstleistungseinrichtungen offerieren ihr Angebot in der Regel zwischen 9 und 18 Uhr. Die Lufttemperaturen während einer Hitzeperiode sind tagsüber aber zu hoch, um gefahrlos körperlich aktiv zu sein. Das strikte Befolgen einer hitzeangepas-

Tabelle 1: Alltagsaktivitätsfördernde, gesundheitlich relevante Elemente der Stadtgestalt (angelehnt an Sallis et al., 2015)

Gestaltelemente der gebauten Umwelt	Wirkungen auf					
	Somatische Gesundheit (Adipositas, Diabetes Typ 2 etc.)	Mentale Gesundheit (Depression, Angst, Lebenszufriedenheit etc.)	Sozialer Nutzen (Kohäsion, Sozialkapital, stützende Nachbarschaft)	Nachhaltigkeit (CO ₂ -Emission, Stickoxide etc.)	Sicherheit (Gewalt, Verkehrssicherheit)	Wirtschaftliche Gewinne (Produktivität, Versorgungskosten etc.)
Wohn-Dichte	Mittlere Stärke einer Null- oder negativen Wirkung	Unklarer Einfluss	Moderate Wirkung	Starker positiver Einfluss	Mittlere Stärke einer Null- oder negativen Wirkung	
Nutzungs-Mischung	Mittlere Stärke einer positiven Wirkung		Starke positive Wirkung	Starker positiver Effekt	Starke negative Wirkung	Starke positive Wirkung
Fußgängerfreundlicher Maßstab der gebauten Umgebung (z. B. Fuß-/Radwege)	Mittlere Stärke einer positiven Wirkung		Mittlere Stärke einer positiven Wirkung	Mittlere Stärke einer positiven Wirkung		Mittlere Stärke einer positiven Wirkung
Stadtgrün (Bäume, Büsche, Parks, Fassaden-Begrünung)	Starke positive Wirkung	Starke positive Wirkung		Starke positive Wirkung		
Leichte Zugänglichkeit und Verbindungswege zwischen Straßenzügen				Starke positive Wirkung		

ten Aktivitätsreduktion verweist alte Menschen während des Tages in ihre Wohnung. Die Reduktion oder gar das gänzliche Vermeiden körperlicher Aktivität bei Hitze ist für alte Stadtbewohner*innen zwar akut passend. Über längere Dauer ist eine inaktive und sitzende Lebensweise aber riskant.

Mitigation

Neben der individuellen Adaptation an hitzebedingten Stress sind zwingend Veränderungen der Stadtgestalt geboten. Diese umzusetzen, benötigt Zeit und kostet Geld. Sie bedürfen des interdisziplinären und transformativen Zusammenwirkens von Gesundheits- und Alternswissenschaften, Architektur, Stadt- und Raumplanung, am ehesten auf der Folie eines sozial-ökologischen Ansatzes, der die komplexe Wechselwirkung von Person- und Umweltfaktoren adressiert. Mit welchen Gestaltungsmerkmalen könnte kurz- und mittelfristig, jenseits eines grundlegenden, langwierigen Umbaus von Energieerzeugung, Produktion und Verkehr, wirkungsvoll auf die klimatischen Herausforderungen reagiert werden? In den Gesundheitswissenschaften beginnt sich Urban Health als eigener Zweig zu etablieren (u. a. Schlicht, 2017), der darauf antwortet. Nach allem, was die Forschung heute weiß,

sind Büsche und Bäume, Parkanlagen, begrünte Fassaden, Wasserläufe, künstliche Beschattungen, Albedo-Oberflächen und Windschneisen Elemente, die ebenso in das Standardrepertoire einer nachhaltig klimafreundlichen und aktivitätsförderlichen Stadtplanung gehören, wie die Möglichkeit, sich auf kurzen Wegen versorgen zu können (dazu auch wieder der Beitrag von Schade in diesem Heft).

Büsche und Bäume spenden Schatten und mindern Schadstoffemission (Feinstaub, Stickoxide etc.). Wasser verdunstet und kühlt ebenso wie Wind die Lufttemperatur. Begrünung wirkt auch indirekt gesundheitsförderlich. Nachweislich verhalten sich alte Menschen in begrünter Umgebung aktiver. Begrünte Fußgängerwege erhöhen die subjektive Einschätzung der „Gehfreundlichkeit“ (Kahlert & Schlicht, 2015). Durch niedrigere Lufttemperaturen können (alte) Menschen auch tagsüber länger alltagsaktiv sein. Schatten spendende Bäume erlauben es alten Menschen auch noch zu Fuß unterwegs zu sein, wenn das über offene Flächen bereits riskant ist. Büsche, Bäume, Wasser sind Elemente, die zugleich das biophile Wesen des Menschen „bedienen“. Die fußläufige Erreichbarkeit von Geschäften, Praxen und Ämtern verkürzt die Hitzeexposition beim täglichen Gang aus der Wohnung. Die Entfernung zu Zielen, die für den täglichen Bedarf

aufgesucht werden, ist ein Element der „walkability“. In einem Quartier mit hoher „walkability“ sind ältere Menschen alltagsaktiver und fördern damit ihre Gesundheit.

Weitere aktivitätsfördernde Elemente der gebauten Umwelt, die zugleich gesundheitsförderlich wirken, haben Sallis et al. (2015) zusammengetragen (siehe Tabelle 1).

Fazit

Das hier behandelte Thema ist ein Element aus einer Vielzahl von Themen der „Großen Transformation der Städte“ (WBGU, 2016). Alte Menschen haben in der Stadt und auf dem Land mit der Alltagsaktivität einen entscheidenden Schlüssel in der Hand, um ihre funktionale Gesundheit zu erhalten. Sie fördern damit zugleich ihre somatische, soziale und subjektive Gesundheit. Die Stadtgestalt kann sie aber daran hindern. Das gilt insbesondere angesichts eines sich verschärfenden Umweltstress. Um Städte gesünder zu gestalten, um sie trotz Klimawandel noch zu einem lebenswerten Raum zu machen, sind Konzepte gefragt, die auf die Person (Adaptation) und die Umwelt (Mitigation) gleichermaßen achten (Barton, 2005).

Mit der Verdichtung von städtischen Räumen, mit mehr und höheren Bauten auf kleinerem Raum, wird auf den Zuzug in die Stadt reagiert. Dadurch wird das Stadtklima noch stärker aufgeheizt. Verdichtung lässt befürchten, dass gesundheitsförderliches „Stadtgrün“ und „Stadtblau“ geopfert werden. Damit bliebe es dann beim adaptiven Verweis an alte Menschen: „Wenn es heiß wird, haltet bitte die Füße still“. Wie es anders gehen kann, zeigen Pilotinitiativen wie beispielsweise UrbanLife+ oder das „Reallabor für Nachhaltige Mobilitätskultur“ (www.urbanlifepius.de; www.r-n-m.net). ■

Literatur

Barton (2005): A health map to urban planners. Towards a conceptual model for healthy, sustainable settlements. In: *Built Environment* 31(4)/2005, S. 339–355.

Carter (2011): Climate change adaptation in European cities. In: *Current opinion in environmental sustainability*, 3(3)/2011, S. 193–198.

Daskalopoulou et al. (2018): Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. In: *Ageing Research Reviews* 38/2018, S. 6–17.

Hupin et al. (2015): Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22 Prozent in adults aged ≥60 years: a systematic review and meta-analysis. In: *British Journal of Sports Medicine* 0/2015, S. 1–8.

Kahlert; Schlicht (2015): Older people's perception of pedestrian friendliness and traffic safety: An experiment using computer-simulated walking environments. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12/2015, S. 10066–10078.

Netz et al. (2005): Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. In: *Psychology and Aging* 20(2)/2005, S. 272–284.

Sallis et al. (2015): Co-benefits of designing communities for active living: an exploration of literature. *International Journal of Behavioral Nutrition* 12/2015, S. 30–40.

Schlicht (2017): *Urban Health. Erkenntnisse zur Gestaltung einer „gesunden“ Stadt.* Wiesbaden: Springer.

Schlicht; Schott (2013): *Körperlich aktiv altern.* Weinheim: BELTZ/Juventa.

WBGU Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (2016): *Hauptgutachten. Der Umzug der Menschheit: Die transformative Kraft der Städte.* Berlin: WBGU.

Zhou; Rybski; Kropp (2013): On the statistics of urban heat island intensity. *Geophysical Research Letters* (Early View, online).

Autor

Dr. Wolfgang Schlicht, Professor im Ruhestand, leitete bis 2018 den Lehrstuhl für Sport- und Gesundheitswissenschaften der Universität Stuttgart. Seine Forschungsschwerpunkte sind UrbanHealth und die Implementierungs- und Disseminationsforschung.

Kontakt: wolfgang.schlicht@f10.uni-stuttgart.de

Jetzt abonnieren und Thermosflasche als Geschenk sichern!

Entscheiden Sie sich für die Zeitschrift mit
Erfahrung und innovativen Themen



auch für Desktop, Laptop,
Tablet und Smartphone



ProAlter (4 Mal pro Jahr)

Kombi-Abo (Inland: 59 € / Ausland: 74 €)

Online-Abo (42 €)

Preise inkl. MwSt. und Versandkosten. Die Zusendung der
Thermosflasche erfolgt 14 Tage nach der Bestellung.
Nur solange der Vorrat reicht.

Bestellung unter:

Mail: medhochzwei-verlag@siegloch.de

Tel: 07953/7189076

 **medhochzwei**
www.medhochzwei-verlag.de

„Bei Hitze gehe ich nur raus, wenn es wirklich nötig ist!“

Empirische Befunde zum Erleben und Verhalten älterer Menschen bei Hitze und Kälte in der Stadt

Steigende Temperaturen und anhaltende Hitzeperioden haben Auswirkungen auf die Gesundheit und alltäglichen Aktivitäten älterer Menschen in der Stadt, wie schon im Beitrag von Schlicht in diesem Heft dargestellt. Aber auch Kälteerscheinungen wie Schnee und Eis können die Selbstständigkeit einschränken, wenn etwa tägliche Erledigungen gemacht werden müssen oder der Weg zum Arzt durch vereiste Straßen erschwert wird. Wie solche Wetterlagen wahrgenommen und gelebt werden und ob ältere Menschen ihr Verhalten anpassen, stand im Mittelpunkt der empirischen Studie „MOBIL bleiben in Stuttgart“ (MBIS). Für die MBIS-Studie im Rahmen der Projekte „autonomMOBIL“ und „amore“ (siehe Infobox) stand die Stadt Stuttgart mit ihrer besonderen Situation im Fokus: Ihre topografische Lage und ihr Relief verstärken die Hitze im Kessel und es kommt zu thermischen Belastungen ihrer Bewohner*innen aufgrund von Hitzeextremen. Wissenschaftler*innen aus unterschiedlichen Disziplinen wie der Gerontologie, Psychologie, Raum- und Verkehrswissenschaft untersuchten Zusammenhänge zwischen der Person und ihrer räumlichen Umwelt (Conrad et al., 2018). Altern vor dem Hintergrund von Gesundheit, Alltagsmobilität und Klima wurde dabei besonders vom ILS-Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung in Dortmund und der Goethe-Universität Frankfurt am Main bearbeitet. Die gemeinsame empirische Studie zeigt Ergebnisse zum Erleben und Verhalten älterer Menschen bei Hitze und auch bei Kälte im Untersuchungsraum Stadt Stuttgart auf (Conrad & Penger, 2019).

MOBIL bleiben in Stuttgart (MBIS) – Die Studie und ihre Teilnehmer*innen

In der Erhebung wurden 211 privatwohnende ältere Stuttgarter*innen (57 Prozent weiblich) zu verschiedenen Aspekten ihres Lebensalltags wie der alltäglichen Mobilität, Gesundheit, dem Wohlbefinden sowie Merkmalen ihres Wohnumfeldes persönlich befragt. Zum Einsatz kamen ein umfangreicher Fragebogen sowie ein Mobilitätstagebuch. Die durchschnittlich 75 Jahre alten Teilnehmer*innen (65–92 Jahre) wohnten in Stadtteilen, die aufgrund ihrer klimatischen, demografischen und baulichen Unterschiede ausgewählt wurden (Rosenberg und Rotebühl für den Talkessel sowie Weilimdorf als Vertre-

ter für den Höhenrand Stuttgarts). Die Mehrheit der Teilnehmer*innen war nicht mehr erwerbstätig (95 Prozent) und lebte zu 42 Prozent in Ein-Personen-Haushalten. Sie wiesen einen hohen Bildungsstand auf (40 Prozent akademisch) und 41 Prozent der Stichprobe hatten mehr als 2.000 Euro monatlich zu Verfügung. Lediglich 22 Prozent der Befragten gaben an, im Gehen beeinträchtigt zu sein. So zeigte sich auch, dass mehr als ein Drittel aller Wege, die die Befragten zurücklegten, zu Fuß gemacht wurden. Hier handelte es sich primär um Versorgungswege (z. B. zum Einkaufen) und Spaziergänge im Wohnumfeld, was vor dem Hintergrund der nachfolgend dargestellten Ergebnisse von besonderer Rele-

vanz ist. Da sich mit dem Alter der Aktionsradius verkleinert, wird vor allem diese Personengruppe zunehmend vulnerabel gegenüber veränderten Umweltbedingungen wie der Ausstattung des Wohnumfeldes oder klimatischen Bedingungen (s. a. Wahl & Oswald, 2016; Yen et al., 2014). Wie die Teilnehmer*innen besonders heiße (>30 Grad Celsius) und kalte Tage (<0 Grad Celsius) empfanden und ihr Verhalten außer Haus anpassen, wird im Folgenden differenziert beschrieben.

Wie wurde Hitze- und Kältesensitivität erfasst?

Im Verbund der Disziplinen Gerontologie/Psychologie und der Raum- und Mobilitätsforschung wurde ein Messinstrument entwickelt, das es ermöglicht, hitze- und kältesensitive Menschen und ihre klimatisch bedingten Verhaltensanpassungen zu identifizieren. Erfasst wurden emotionale Aspekte (affektiv und motivational), die zu einem „Hitze- bzw. Kältesensitivitätsfaktor“ zusammengefasst wurden, um zu erfahren, inwiefern sich die befragten Personen bei Hitze oder Kälte besonders belastet fühlten („Bei Hitze/Kälte fühle ich mich weniger belastbar“, „Bei Hitze/Kälte machen ich mir mehr Sorgen um mich“; Conrad & Penger, 2019; Conrad et al., 2018). Erwartungsgemäß hing Hitzebelastung mit Motivationsverlust bei besonders heißen Temperaturen und Kältebelastung mit einer er-

höhten Ängstlichkeit bei Kälte, Schnee und Eis zusammen. Aber wer genau fühlt sich belastet und was sind die Folgen im Verhalten?

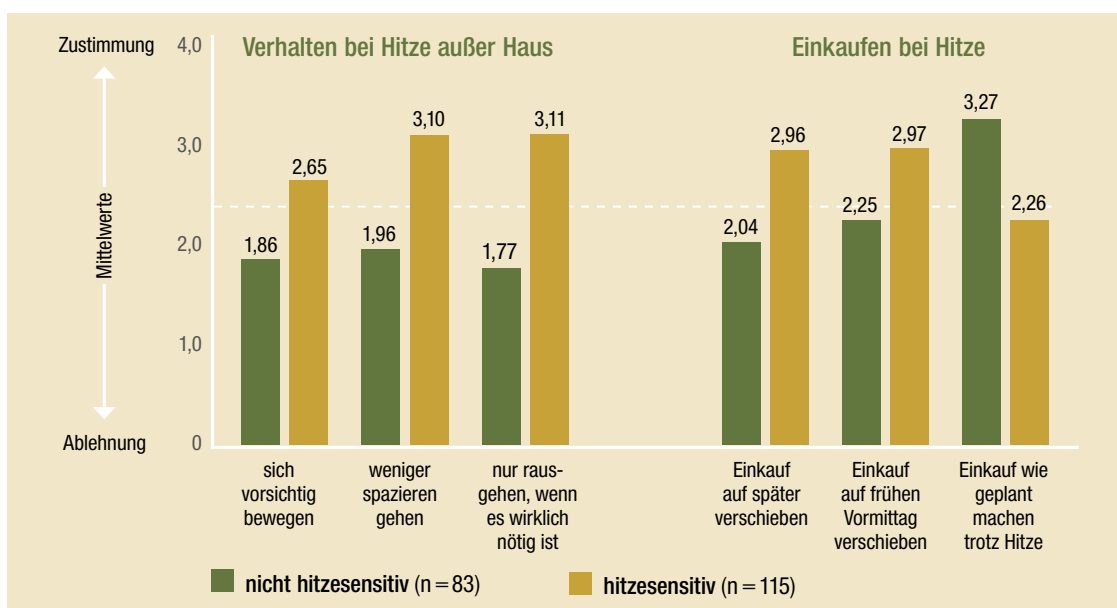
Wer fühlt sich bei Hitze und Kälte besonders belastet?

Im Rahmen der Studie zeigte sich, dass sich grundsätzlich mehr Menschen von Hitze belastet fühlten als von Kälte. Eine stärkere wahrgenommene Belastung durch Hitze und Kälte ging einher mit schlechterer Gesundheit, körperlichen Mobilitätseinschränkungen sowie mit einer geringeren Neigung zum zu Fuß gehen. Außerdem waren vor allem hitze- und kältebelastete Personen mit dem Zustand der Gehwege (u. a. Begebenheit, Angebot an Sitzmöglichkeiten) im Wohnumfeld deutlich unzufriedener.

Was sind die Folgen erlebter Hitze und Kälte?

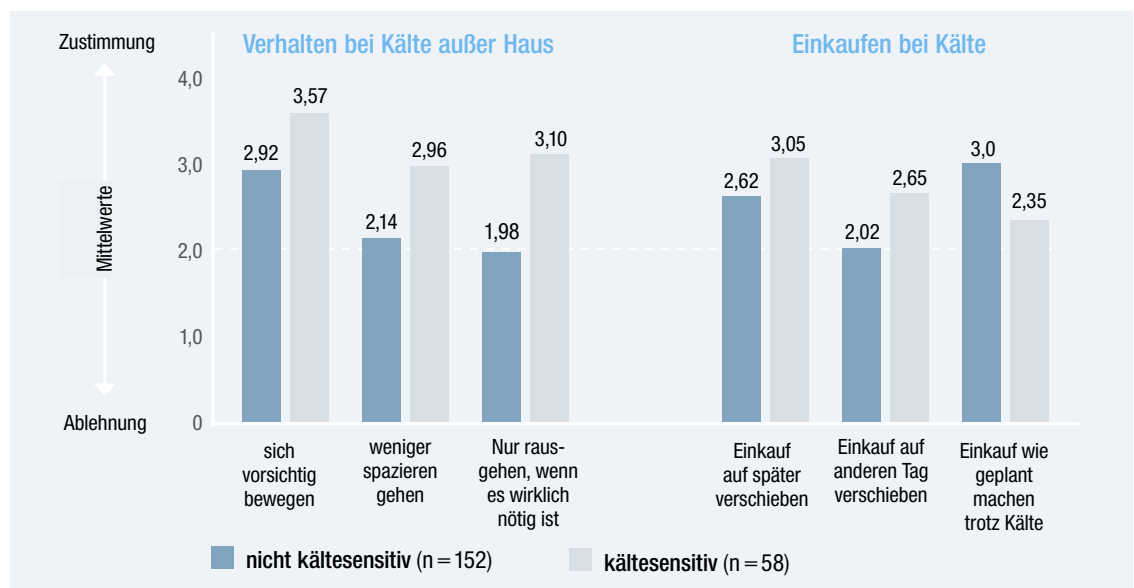
Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand aber, ob die befragten Personen ihr Verhalten anpassen, wenn es draußen besonders heiß (>30 Grad Celsius) oder besonders kalt (<0 Grad Celsius) ist. So wurden sie gebeten, Aussagen zu körperlichen Aspekten („Ich bewege mich vorsichtig“), zu grundsätzlichen Mobilitätsentscheidungen („Ich gehe weniger spazieren“) und ausgewählten Aktivitäten (Arzt und Einkauf; „Ich verschiebe den Einkauf auf einen späteren Zeitpunkt“) zu treffen.

Abbildung 1: Aussagen zum Verhalten bei Hitze (>30 Grad Celsius) von hitzesensitiven und nicht hitzesensitiven Personen
(alle Mittelwertvergleiche signifikant auf dem 1 %-Niveau)



Quelle: MBIS-Studie (IAW/ILS)

Abbildung 2: Aussagen zum Verhalten bei Kälte, Schnee und Eis (<0 Grad Celsius)
von kältesensitiven und nicht kältesensitiven Personen
 (alle Mittelwertvergleiche signifikant auf dem 1 %-Niveau)



Quelle: MBIS-Studie (IAW/ILS)

Abbildung 1 zeigt Ergebnisse zu Aussagen zum allgemeinen Verhalten (die drei linken Balken) sowie zum situationsspezifischen Verhalten bei der Planung eines Einkaufes (die drei rechten Balken). Dafür wurde die Stichprobe in zwei Gruppen (58 Prozent hitzesensitiv versus 42 Prozent nicht hitzesensitiv) aufgeteilt. Besondere Unterschiede zeigten sich in der Entscheidung, ob überhaupt die Wohnung bei Hitze verlassen wird („Ich gehe nur raus, wenn es wirklich nötig ist“). Vor allem im Freizeitbereich (hier beim Spaziergehen) wägen hitzesensitive Personen ab, ob der Weg notwendig erscheint („Ich gehe weniger spazieren“).

Während bei Freizeit Zwecken die Entscheidung, ob Wege außer Haus gemacht werden, frei und ohne Notwendigkeit getroffen werden kann, gibt es Versorgungszwecke, die vor allem bei anhaltender Hitze dringlich sind (wie z. B. das Einkaufen). Hier zeigte sich, dass Personen, die sich bei Hitze belastet fühlten im Gegensatz zu den nicht hitzesensitiven Personen eher ihren Einkauf zeitlich verschieben.

Vergleichbare Ergebnisse ergaben sich auch beim Erleben und Verhalten der Befragten unter Kältebedingungen (Kälte, Schnee und Eis; <0 Grad Celsius; Abb. 2). Personen, die sich als besonders empfindlich gegenüber Kälte einschätzten, passten ihr außerhäusliches Verhalten bei Kälte an (z. B. „Auch bei Kälte, Schnee und Eis gehe ich nur raus, wenn es wirklich nötig ist!“).

Kältesensitive Personen gaben im Vergleich zu nicht kältesensitiven Personen an, sich vorsichtiger zu bewegen, ihre Spaziergänge zu reduzieren und – wie auch die Ergebnisse zur Hitzesensitivität zeigten – nur bei notwendigen Aktivitäten die Wohnung zu verlassen. Auch Wege zum Einkauf wurden von kältesensitiven Personen zeitlich auf später oder einen anderen Tag verschoben. Sie stimmten zudem der Aussage, den Weg dennoch zu machen, deutlich seltener zu.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse machen deutlich, dass Wetterbedingungen einen entscheidenden Einfluss auf das Empfinden und die außerhäuslichen Aktivitäten besonders risikogefährdeter älterer Menschen haben.

Die hier vorgestellten differenzierten Analysen zeigen auf, dass hitze- und kältesensitive Befragte ihre alltäglichen Aktivitäten außer Haus deutlich reduzieren. Ein wichtiger Befund, da alltägliche Aktivitäten außerhalb der eigenen vier Wände zur selbstständigen Lebensführung beitragen. Denn, wie aus anderen Studien bekannt ist, obliegt beispielsweise dem Einkaufen im Alter nicht nur die Funktion des Versorgens, sondern es trägt auch zur gesellschaftlichen Teilhabe bei (Supermärkte/Bäcker als Orte des sozialen Austausches).

Unterwegs in der Stadt von morgen:

Fazit und Ausblick

Die Auswirkungen heutiger Wetterlagen und vor allem zukünftiger klimatischer Entwicklungen auf den Menschen und seine Umwelt sind ein hochaktuelles Thema. Daher bedarf es einer intensiven Betrachtung möglicher Anpassungen auf ganz unterschiedlichen Ebenen: Personen müssen für das Thema und seine Gefahren intensiv durch Information und Kommunikation sensibilisiert werden, z. B. durch Hitzewarn- und Trinkerinnerungs-Apps (Conrad & Penger, 2019). Auf institutioneller Ebene ist es sinnvoll, an der medizinischen Infrastruktur anzusetzen. Hier könnte der Einsatz des dargestellten Messinstruments zu Hitze- und Kältesensitivität geeignet sein, Gefährdungspotenziale frühzeitig zu erkennen und diesen zu begegnen: Im Rahmen von hausärztlichen Besuchen können so kontinuierlich Unterstützungsbedarfe bei Extremwetterlagen frühzeitig aufgedeckt werden (vgl. Herrmann und auch Schade in diesem Heft). Doch auch seitens der Umwelt stehen vor allem Städte und Gemeinden in der Pflicht, sich auf zukünftige klimatische Veränderungen einzustellen. Es sind Maßnahmen für die Menschen und ihre Umwelt zu ergreifen, die ein gesundes, nachhaltiges Miteinander in unseren Städten zulassen (dazu auch die Beiträge von Schlicht und von Birkmann/Laranjeira in diesem Heft). ■

Forschungsverbund autonomMOBIL „Die altersfreundliche Stadt: Nachhaltige Mobilität und Autonomie im Zeichen des Klimawandels“, gefördert von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung. Von 2014 bis 2018 beschäftigten sich fünf Promotionen unterschiedlichster Disziplinen mit der Forschungsfrage, wie eine generationengerechte Stadt der Zukunft gestaltet sein müsste, um bei sich ändernden klimatischen Bedingungen die Mobilität älterer Menschen aufrecht und damit ihre Autonomie zu erhalten (weiterführend siehe Conrad et al., 2018).

Im Rahmen von autonomMOBIL wurde die Studie „MOBIL bleiben in Stuttgart“ (MBIS) in Kooperation zwischen dem ILS-Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung (www.ils-forschung.de) und der IAW (Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Goethe-Universität Frankfurt am Main, www.uni-frankfurt.de/53188950/IAW) durchgeführt. Das Folgeprojekt amore „Außerhäusliche Mobilität und Gesundheit älterer Menschen im Kontext von Resilienz und Vulnerabilität im Quartier“ wird von der Dr. Pritzsche Stiftung im Deutschen Stifterverband gefördert.

www.uni-frankfurt.de/76147459/Projekt_amore

Literatur

Conrad & Penger (2019): Summer in the City: Wie ältere Menschen der „Heißzeit“ in der Stadt begegnen. IN: ILS-TRENDS 1/2019, S. 1–12. Online: www.ils-forschung.de/files_publicationen/pdfs/ILS-TRENDS_1_2019.pdf [abgerufen am 13.02.2020].

Conrad et al. (2018): Urbane Mobilität und gesundes Altern. Personen- und Umweltmerkmale einer generationengerechten Stadtgestaltung – Zur Arbeit der Forschungsgruppe „autonomMOBIL“. In: Fehr; Hornberg (Hrsg.): Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren Bd. 1. München: oekom verlag, S. 291–319.

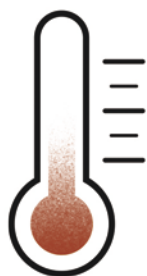
Wahl & Oswald (2016): Theories of Environmental Gerontology: Old and new avenues for person-environmental views of aging. In: Bengtson & Settersten (Hrsg.), Handbook of Theories of Aging, S. 621–641.

Yen et al. (2014): How Design of Places Promotes or Inhibits Mobility of Older Adults: Realist Synthesis of 20 Years of Research. In: Journal of Aging and Health 26(8)/2014, S. 1340–1372.

Autorinnen

Kerstin Conrad (Diplom-Geografin) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsgruppe Mobilität und Raum des ILS-Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung. Als Stipendiatin arbeitete sie im Forschungsverbund autonomMOBIL an ihrer Dissertation, in der sie sich mit räumlichen und klimatischen Einflüssen auf die Alltagsmobilität älterer Menschen beschäftigt. Weitere Forschungsschwerpunkte ihrer Arbeit umfassen die zielgruppenspezifische Betrachtung von Alltagsmobilität (z. B. auch Menschen mit Migrationshintergrund), fußläufige Erreichbarkeitsanalysen sowie Themen der nachhaltigen (urbanen) Verkehrsentwicklung. **Kontakt:** Kerstin.Conrad@ils-forschung.de

Susanne Penger (Diplom-Psychologin) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Arbeitsbereichs Interdisziplinäre Alternswissenschaft (IAW) am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt am Main sowie seit 2020 am Lehrstuhl für Psychologische Altersforschung der Universität Siegen tätig. Im Kontext des Forschungsverbundes autonomMOBIL verfasst sie ihre Dissertation zu psychologischen Komponenten von außerhäuslicher Alltagsmobilität im höheren Lebensalter. Ihre methodischen Schwerpunkte umfassen quantitative empirische Sozialforschung einschließlich multivariater Analyseverfahren zur Instrumentenentwicklung und Testkonstruktion (Faktorenanalysen, Strukturgleichungsmodelle). **Kontakt:** Penger@em.uni-frankfurt.de



Hitzestress: Alter – Verwundbarkeit – Anpassungskapazitäten

Haushaltsbefragung in der Stadt Ludwigsburg im Rahmen des ZURES-Projekts

Der Befund, dass im Zusammenhang des Klimawandels eine Zunahme von Hitzetagen und Hitzeperioden bereits zu verzeichnen ist und in Zukunft weiter zunehmen wird, ist auch für Europa vielfach bestätigt. Für die Frage der Anpassung und Risikominderung gegenüber Hitzestress ist es nicht ausreichend, nur die Hitze-hotspots zu betrachten, sondern es sind auch die Verwundbarkeiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und ihre Anpassungskapazitäten zu beachten. Diesbezüglich bestehen noch zahlreiche Wissenslücken beispielsweise bezogen auf die Fragen, wie man die Verwundbarkeit unterschiedlicher Altersgruppen messen und deren Anpassungskapazitäten gegenüber aktuellen und zukünftigen Hitzebelastungen ermitteln kann. Der vorliegende Beitrag geht diesen Fragen nach und untersucht auf Basis einer Haushaltsbefragung in der hitzeexponierten Stadt Ludwigsburg, wie sich die Zusammenhänge zwischen Vulnerabilität und Anpassung gegenüber Hitzestress bei unterschiedlichen Altersgruppen darstellen.

Hitzestress und Verwundbarkeit

Hitzestress beschreibt die Belastung des menschlichen Organismus in Folge von hohen Tages- und Nachttemperaturen und damit verbundenen negativen Auswirkungen auf den Stoffwechsel oder das Herz-Kreislaufsystem (KomPass 2019). Der Begriff der Vulnerabilität entstand als Gegenentwurf zu einer rein aus der Naturgefahr bezogenen Risikoperspektive. In der internationalen Risiko- und Klimawandelforschung hat der Begriff heute einen zentralen Stellenwert. So definiert der fünfte Sachstandsbericht des Weltklimarates (IPCC) Vulnerabilität als eine Prädisposition eines Subjekts (Person, Bevölkerungsgruppe) oder eines Objekts (Infrastruktur), nachteilig betroffen zu sein (IPCC 2014, S. 128). Da zahlreiche Personen und Bevölkerungsgruppen nicht nur anfällig gegenüber den Einwirkungen von Hitzestress sind, sondern auch über unterschiedliche Kapazitäten der Bewältigung

und Anpassung verfügen, müssen diese Faktoren ebenso Berücksichtigung finden.

Haushaltsbefragung: Vulnerabilität und Anpassung gegenüber Hitzestress

Ludwigsburg ist eine Mittelstadt mit rund 93.000 Einwohnern und ist in den Sommermonaten oftmals sehr hitzebelastet. Die Haushaltsbefragung wurde im Rahmen des vom BMBF geförderten Projektes ZURES (siehe www.zures.de) in der Stadt Ludwigsburg in Baden-Württemberg durchgeführt:

- **Zeitraum:** Ende Juli bis Ende August 2018
- **3.000 Fragebögen** verschickt
- **zufällig ausgewählte Einwohner*innen** der Stadtteile Ludwigsburg Mitte und Ludwigsburg Ost
- **Rücklaufquote** von 22 Prozent (666 Haushalte)

- **Fünf Altersklassen:** unter 18 Jahre, 18–34 Jahre, 35–64 Jahre, 65–74 Jahre, über 75 Jahre
- **Sechs Themenschwerpunkte:** Risikowahrnehmung, subjektiv empfundene Hitzebelastung und Gesundheit, Hitzeanpassung, individuelle Verhaltensweisen bei Hitze, soziales Verhalten, aktuelle Wohnsituation und Wohnumgebung
- **Zentrale Forschungsfragen:** Wahrnehmung von Hitze als Problem, bereits eingetretene Einschränkungen und Belastungen, geplante bzw. bereits umgesetzte Anpassungen

Ausgewählte Ergebnisse der Befragung: Risikowahrnehmung

Da die Anpassung an Hitzestress u. a. von der Frage abhängt, ob Menschen dieses Phänomen überhaupt als für sie relevantes Risiko betrachten (vgl. Adger et al. 2008; Grothmann und Patt 2003), wurde die Einschätzung zur Bedeutung unterschiedlicher Naturgefahren und die Relevanz des Themas Klimawandel abgefragt. Von den über 600 befragten Personen glauben über 90 Prozent daran, dass der Klimawandel existiert. Rund 86 Prozent sind der Meinung, dass der Klimawandel ein Problem darstellt und ca. 68 Prozent denken, dass er auch in Ludwigsburg eine Rolle spielt und sie persönlich trifft. Gefragt nach einer Einschätzung, welche Naturgefahren bereits heute ein persönliches Risiko darstellen, gaben 71 Prozent der Haushalte an, dass dies für Hitzewellen besonders zutrifft. Zudem gehen 87 Prozent der Befragten davon aus, dass Hitzewellen in Zukunft zu einem stärkeren Problem werden. Bei den über 65-jährigen sehen knapp 88 Prozent der Befragten bereits

heute in Hitzewellen ein persönliches Risiko; in den jüngeren Altersklassen liegt der Wert deutlich niedriger. Diesbezüglich scheinen ältere Bevölkerungsgruppen über eine höhere Sensibilität für das Thema zu verfügen.

Gesundheitliche Belastung durch Hitze bereits spürbar

Hitzestress kann bei Menschen zu Belastungen und Schädigungen der Gesundheit führen (vgl. auch die Beiträge von Gellert et al. sowie Herrmann in diesem Heft). Die in der Haushaltsbefragung am häufigsten genannten gesundheitlichen Probleme bei großer Hitze sind Trägheit/Abgeschlagenheit, Schlaf- und Konzentrationsprobleme. Etwa 11 Prozent der Befragten gaben an, bei starker Hitzebelastung häufig an Schwindel, Kopfschmerzen oder Herz-Kreislaufproblemen zu leiden. Übelkeit wurde nur von etwa 3 Prozent als häufig bei Hitze auftretendes Symptom genannt. Die Befunde der Haushaltsbefragung weisen zudem darauf hin, dass bestimmte Symptome bei verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich häufig auftreten. Personen unter 65 Jahren scheinen demnach häufiger an Schlaf- und Konzentrationsproblemen zu leiden als ältere Personen. Personen über 65 Jahren leiden bei Hitze häufiger als andere Altersgruppen an Herz-Kreislauf-Störungen. Abbildung 1 zeigt die Häufigkeitsverteilungen von Herz-Kreislauf-Problemen in Abhängigkeit des Alters auf. Dabei wird der Zusammenhang zwischen Alter und dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Problemen bei Hitzestress statistisch bestätigt.

Hotspots der Hitzebelastung

Auch räumliche Hotspots der Hitzebelastung wurden erfragt (vgl. Abbildung 2). Gesundheitliche Belastungen durch Hitze wurden demnach vor allem in öffentlichen Verkehrsmitteln und im Innenstadtbereich von Ludwigsburg empfunden. Über die Hälfte empfindet ebenfalls die Hitzebelastung am Arbeitsplatz als stark oder sehr stark. Am geringsten wird die Hitzebelastung in Parks und Gärten empfunden. Damit wird die Bedeutung von Parks und Gärten als kühlende bzw. weniger hitzebelastete Orte in Städten unterstrichen und das unabhängig vom Alter. So ist die empfundene Belastung in den Innenstädten bei allen Altersgruppen in etwa gleich hoch. Auch die als weniger hitzebelasteten Parks und Gärten werden von allen Altersgruppen bestätigt. Beim Thema Hitzestress im Verkehr gab es allerdings Unterschiede zwischen den Altersgruppen, dies

Abb. 1: Herz-Kreislauf-Probleme bei Hitze
in Abhängigkeit der Altersgruppe

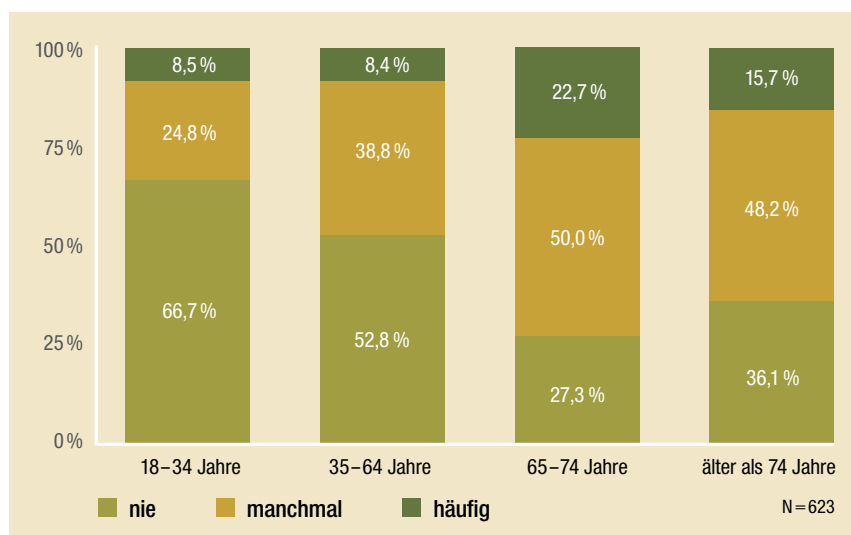
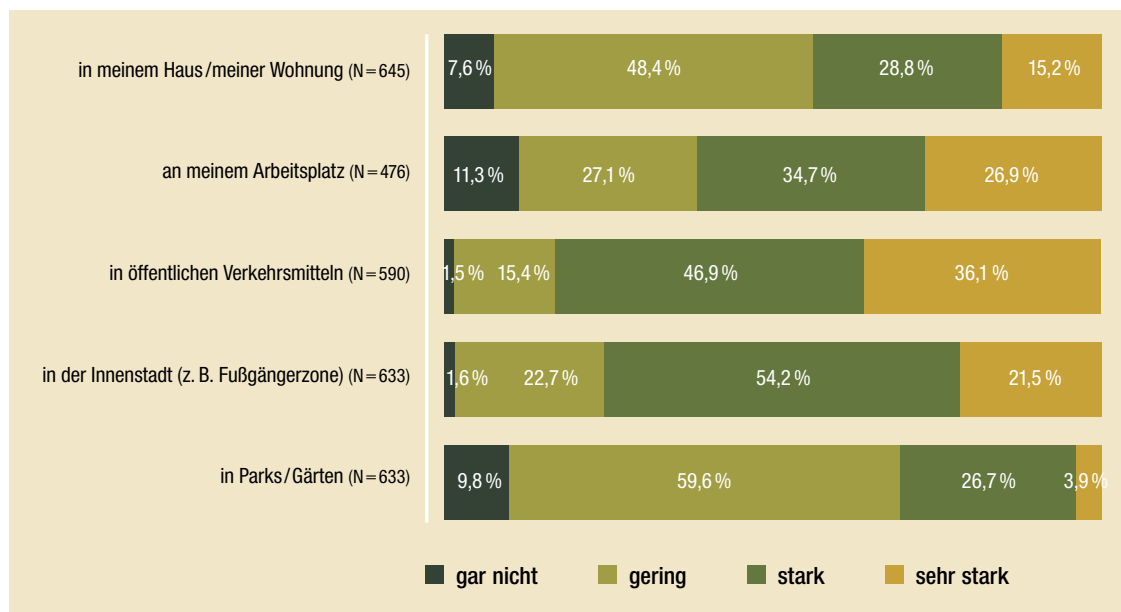


Abb. 2: Hotspots empfundener Hitzebelastung

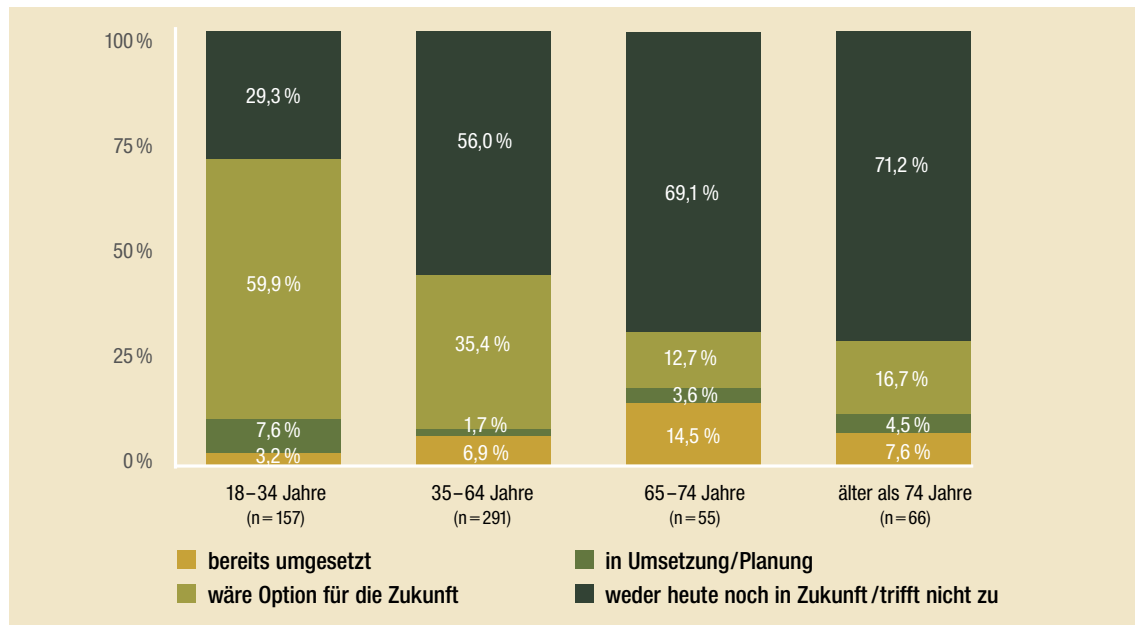


kann u. a. auf die unterschiedliche Nutzung des ÖPNV hindeuten. Insgesamt zeigen die Befunde der Haushaltsbefragung, dass die Parks und Gärten als klimatische Rückzugsräume bei extremen Hitzeereignissen angesehen werden. Insbesondere wenn private Rückzugsräume, wie zum Beispiel Hausgärten, begrünte Balkone oder Terrassen nicht zur Verfügung stehen, stellen öffentlich

zugängliche Grün- und Erholungsflächen eine wichtige Alternative dar. 82 Prozent der Befragten gaben an, Grünflächen zu besuchen, welche für sie bequem zu Fuß zu erreichen sind. Entlang aller Altersgruppen werden Grünflächen zur Erholung und Entspannung aufgesucht. Jüngere Altersgruppen nutzen Grünflächen zudem als sozialen Treffpunkt, um Sport zu treiben.

KUGELMAX® – die rollbare mobile Kegelbahn auf Stuhlhöhe.
 Perfekt für Seniorenheime und Tagespflegeeinrichtungen.
 Tel: 0 29 41/72 50 4 | www.kugelmax.de

**Abb. 3: Umzug in eine hitzeangepasste Wohnumgebung
nach Altersgruppen**



Anpassung an Hitzestress

Um die Anpassungskapazitäten unterschiedlicher sozialer Gruppen (Menschen) zu ermitteln, wurde die Bereitschaft zur Durchführung bestimmter Anpassungsmaßnahmen (z. B. technische versus verhaltensbezogene Maßnahmen) abgefragt. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Maßnahmen, welche mit einer geringen Umstellung der Lebensgewohnheiten oder geringen monetären Aufwendungen einhergehen, am häufigsten umgesetzt wurden oder es geplant ist, diese in der Zukunft umzusetzen. Dazu gehören die Schaffung zusätzlicher Verschattungsmöglichkeiten wie beispielsweise Markisen oder Jalousien, eine klimaangepasste Gestaltung des eigenen Gartens, Balkons oder Innenhofs mit Pflanzen oder Wasserelementen und die Anpassung alltäglicher Verhaltensweisen.

Am seltensten wurden solche Maßnahmen bereits geplant oder umgesetzt, welche mit tiefgreifenden Veränderungen der alltäglichen Lebensgewohnheiten oder größeren monetären Aufwendungen verbunden sind (dazu auch der Beitrag von Wanka in diesem Heft). Dabei spielt auch das Alter eine wichtige Rolle. So deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Personen mit fortschreitendem Alter immer weniger dazu bereit sind, persönliche Anpassungsmaßnahmen, wie den Umzug in eine hitzeangepasste Wohnumgebung, zu ergreifen (vgl. Abbildung 3). Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Untersuchungen zur Umzugsbereitschaft verschiedener Altersgruppen (vgl. Friedrich 2008, Scheiner et

al. 2011). Folglich ist die Anpassungskapazität älterer Menschen bezogen auf den Umzug in einen anderen Stadtteil tendenziell geringer als bei jüngeren Bevölkerungsgruppen.

Zusammenfassung und Fazit

Alter spielt nach den Erkenntnissen aus der Haushaltsbefragung in Ludwigsburg – insbesondere bei der gesundheitlichen Belastung von Hitze als auch beim Thema der unterschiedlichen Anpassungskapazitäten – eine wichtige Rolle. Massive Änderungen, wie beispielsweise der Umzug in eine weniger hitzebelastete Wohngegend, werden dabei besonders von älteren Menschen vielfach nicht als Anpassungsoption angesehen. Demzufolge sind gerade in Stadtteilen, die hitzeexponiert sind und einen hohen Anteil an älteren Menschen aufweisen, Maßnahmen erforderlich, die den Bestand umbauen und so kühlende Räume wie Parks und Gärten schaffen (dazu auch der Beitrag von Schlicht in diesem Heft). Bei der Bewertung der Hitzehotspots in Städten spielt das Alter eine scheinbar weniger starke Rolle, d. h. die Innenstadt als Hitzehotspot und auch die kühlende Wirkung von Parks wird von allen Altersgruppen gleichermaßen betont. Die Ergebnisse der Haushaltsbefragung unterstreichen, dass eine hitzeangepasste Stadtentwicklung nicht allein auf die Analyse des Hitzestresses ausgerichtet werden sollte, sondern ebenso die unterschiedlichen Vulnerabilitäten und Anpassungskapazitäten verschiedener Bevölkerungsgruppen bei Strategien beachten muss. ■

Literatur

Adger et al. (2008): Are There Social Limits to Adaptation to Climate Change? In: Climatic Change 93/2008, S. 335–354.

Birkmann (2008): Global environmental change, natural hazards, vulnerability and disaster resilience. Necessity of a widening of perspectives in spatial planning. In: Raumforschung und Raumordnung 66(1)/2008, S. 5–22.

Friedrich (2008): Binnenwanderungen älterer Menschen – Chancen für Regionen im demographischen Wandel? In: Informationen zur Raumentwicklung 3/4/2008, S. 185–192.

Grothmann; Patt (2003): Adaptive Capacity and Human Cognition. Presentation at the Open Meeting of the Global Environmental Change Research Community, 16–18 October 2003, Montreal, Canada, S. 1–19.

IPCC (2014): Climate Change: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, R.K. Pachauri and L.A. Meyer (eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland.

KomPass (Kompetenzzentrum Klimawandel und Anpassung) (Hrsg.) (2019): Glossar: Hitzestress.

Scheiner; Reuschke; Frieze (2011): Umzugsverhalten älterer Menschen: Vorsorgend, Nachsorgend oder gar nicht? Raum und Mobilität. Arbeitspapiere des Fachgebiets Verkehrswesen und Verkehrsplanung 26.

ZURES-Webseite: www.zures.de
[abgerufen am 14.1.2020].

Autoren

Prof. Dr. Jörn Birkmann, Institutsleiter, Institut für Raumordnung und Entwicklungsplanung (IREUS), Universität Stuttgart. Fachgebiete: Raum- und Umweltplanung, Vulnerabilitäts- und Risiko-Assessment sowie „Adaptive Urban/Spatial Governance“, gekoppelte sozial-ökologische Systeme.

Kontakt: joern.birkmann@ireus.uni-stuttgart.de

Kevin Laranjeira, akademischer Mitarbeiter, Institut für Raumordnung und Entwicklungsplanung (IREUS), Universität Stuttgart. Fachgebiete u.a.: nachhaltige und klimaangepasste Stadtentwicklung, sozio-ökonomische Vulnerabilität und Risikoabschätzungen, gesellschaftliche Partizipation an Planungsprozessen, empirische Sozialforschung.

Kontakt: kevin.laranjeira@ireus.uni-stuttgart.de

ALTERN DEMENZ ★★★★★

DIGITAL HEALTH

CASE MANAGEMENT

POLITIK WIRTSCHAFT

Da ist für jeden was dabei: der **medhochzwei**

Veranstaltungskalender

Jetzt Plätze sichern!

PFLEGE

MANAGEMENT

PSYCHOTHERAPIE

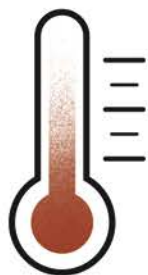
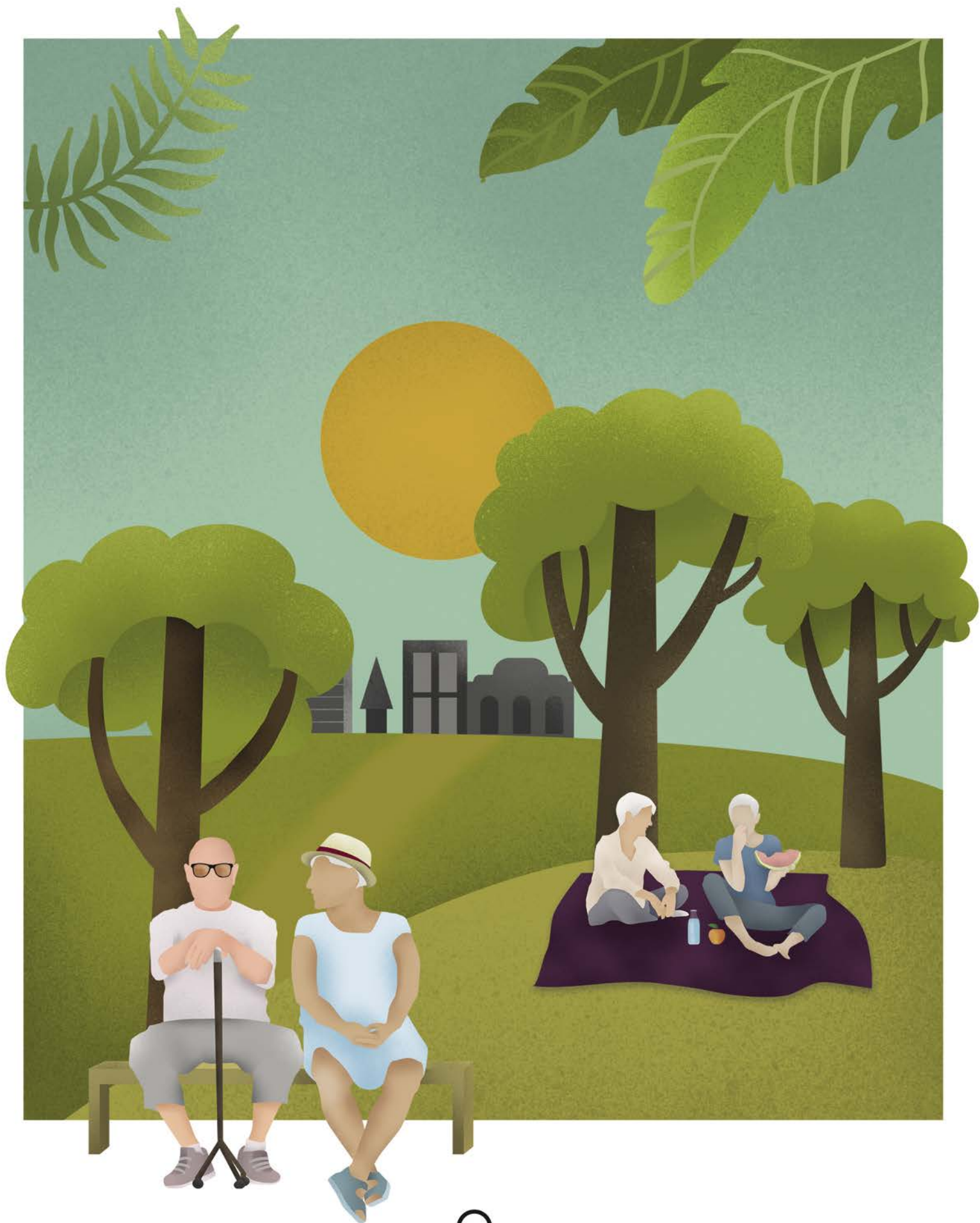
Ob **Tagungen** oder **Konferenzen**, **Lesungen** oder **Vorträge**, **Kongresse**, **Fortbildungen**, **Messen** oder **Seminare** – der medhochzwei Veranstaltungskalender lichtet den Veranstaltungsdschungel und bietet einen komfortablen Überblick über das Jahr.

Nutzen Sie den Willkommensrabatt von 20 % und präsentieren Sie Ihre Veranstaltung:

★	250,- Basiseintrag*
	Titel, Veranstalter, Datum, Ort und Link
★★	350,- Premieeintrag*
	Basiseintrag zzgl. Logo und Veranstaltungstext (max. 400 Zeichen)
★★★	450,- TOP-Veranstaltung*
	Premieeintrag zzgl. 4-wöchiger Platzierung an oberster Position auf der Kalender-Startseite*

Anfragen an: info@medhochzwei-verlag.de

* Für denselben Zeitraum können nur 2 Veranstaltungen gleichzeitig als TOP-Veranstaltung platziert werden, schnell sein lohnt sich!
Alle Preise sind Nettopreise.



Kommunale Gesundheitsvorsorge für ältere Menschen bei Hitze in der Stadt

Durch die Etablierung eines Hitzeaktionsplanes (dazu auch der Beitrag von Herrmann in diesem Heft), durch kontinuierliches Monitoring und der Umsetzung eines umfassenden präventiven Maßnahmenpaketes können sich Kommunen künftig auf Hitzeereignisse vorbereiten. Es wurde schon vieles erreicht. Die zentrale Herausforderung für Kommunen der Zukunft ist es, die städtebauliche Umgebung den klimatischen Bedingungen anzupassen und vor allem die älteren, alleine lebenden Menschen bei Hitzeereignissen mit gezielten präventiven Maßnahmen zu erreichen, um Gesundheitsgefährdungen durch Hitze zu vermeiden.

Die Rolle der Kommunen

Kommunen sollten in Zukunft auf Hitzeereignisse ganzheitlich vorbereitet sein. Dies kann durch die Erarbeitung eines Hitzeaktionsplanes erreicht werden, wie dies beispielsweise im Hessischen Aktionsplan zur Vermeidung hitzebedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen der Bevölkerung (HEAT) erfolgt ist (vgl. Grewe et al. 2012). Insbesondere alle relevanten Akteure wie städtische Ämter, gesundheitsbezogene Institutionen und Fachleute sollten hierfür zusammenarbeiten. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist in der Lage, die Koordination und Vernetzung hierfür zu übernehmen (vgl. Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe 2017; vgl. auch Ziolo/Matzarakis 2017), um auf kommunaler Ebene eine umfassende Risikokommunikation und Informationsvermittlung bei Hitzeereignissen zu gewährleisten. Zudem ist es zielführend, ein Überwachungssystem (Monitoring) für hitzebedingte Krankenhauseinweisungen und Sterbefälle in Echtzeit zu etablieren (Grewe et al. 2012; 2010; Steul et al. 2019), was durch die Gesundheitsberichterstattung innerhalb der Gesundheitsämter umgesetzt werden könnte. In Frankfurt wurden in diesem Rahmen auch Auswirkungen von Hitze auf die Mortalität untersucht (Steul et al. 2018). Ferner ist ein präventives Maßnahmenpaket auf kommunaler Ebene zu entwickeln und zu etablieren, um dem zunehmenden Auftreten von Hitzewellen adäquat begegnen zu können.

In den Prozess zur Entwicklung und Umsetzung von präventiven Maßnahmen sollten auch die Zielgruppen, z. B. ältere Bürger*innen der Stadt, partizipativ mit beteiligt werden, damit die entwickelten Maßnahmen auch die gewünschten Zielgruppen erreichen und von ihnen angenommen werden (vgl. Grewe et al. 2012).

Verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen

Der Umgang mit Hitze erfordert in Städten zum einen verhältnisbezogene Maßnahmen zur Reduzierung der Exposition (Hitze). So ist bspw. in Frankfurt am Main erst kürzlich ein „integriertes Stadtentwicklungskonzept 2030+“ durch den Magistrat verabschiedet worden, welches für ein umwelt- und klimagerechtes Frankfurt eintritt und entsprechende Maßnahmen umfasst (z. B. vermehrte Schattierung und Begrünung von Fassaden und Dächern sowie Bepflanzung privater Flächen, Freihaltung von Frisch- und Kaltluftschneisen, Reduzierung und Vermeidung von Hitzeinseln, vgl. Stadt Frankfurt am Main 2019, zur Mitigation vgl. auch den Beitrag von Schlicht in diesem Heft). Zum anderen bedarf es verhaltensbezogener Maßnahmen, um die Empfänglichkeit für hitzebedingte Gesundheitsstörungen zu vermindern und die Anpassung an Hitzeereignisse gerade für vulnerable Bevölkerungsgruppen (z. B. ältere Menschen) zu fördern (vgl. Grewe et al. 2012; Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe 2017).

Risikokommunikation und Informationsvermittlung

Hitze erfordert jedoch neben städtebaulichen Veränderungen auch von den Menschen selbst Vorsorge- und Anpassungsleistungen, um sich vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu schützen (dazu auch der Beitrag von Herrmann in diesem Heft). Der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat den originären Auftrag, Bürger*innen vorbeugend über Gesundheitsgefahren wie z. B. durch Hitze zu informieren. Gerade ältere Menschen bedürfen im Hinblick auf Gesundheitsgefahren bei Hitze durch den ÖGD besonderer Aufmerksamkeit. Durch das etablierte Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes (DWD) werden u. a. Gesundheitsämter flächendeckend über eine anstehende Hitzeperiode informiert und können entsprechende Maßnahmen einleiten. Die Gesundheitsämter in Hessen entscheiden dann selbstständig, welche weiteren Maßnahmen getroffen werden, d. h. es gibt derzeit kein einheitliches Vorgehen für Kommunen in Hessen. In Frankfurt am Main werden seit der Hitzewelle im Jahre 2003 durch das Gesundheitsamt einerseits Informationen in Zeitungen, Radio und Fernsehen und im Internet gestreut. Andererseits wird in Flyern über Hitze und präventive Maßnahmen bei Hitze für Altenheimbewohner*innen, ältere Menschen, Kinder und Bürger*innen allgemein informiert. Auch wurde ein Arbeitskreis gegründet, um sich der Thematik umfassend zu widmen und um Fortbildungen für Fachpersonal in der stationären und ambulanten Pflege sowie für Ärzt*innen anzubieten (dazu auch Herrmann in diesem Heft). Zudem können sich Bürger*innen telefonisch oder schriftlich an das Gesundheitsamt wenden, um bzgl. Hitze beraten zu werden.

Trotz aller Bemühungen scheinen jedoch die bisherigen Maßnahmen bei Hitzeereignissen in Deutschland nicht ausreichend zu sein, um eine Reduzierung der Übersterblichkeit zu erreichen.

Vielmehr wird angemahnt, ob die Ausgestaltung und Umsetzung bisheriger Maßnahmen den Anforderungen zur Reduzierung der Übersterblichkeit durch Hitze gerecht wird (vgl. Becker et al. 2019).

Gesundheitsämter als koordinierende und vernetzende Stelle

Es fehlt derzeit vor allem an helfenden Personen, die bei Hitzeereignissen die Versorgung von Hochrisikopatient*innen im häuslichen Umfeld (z. B. älteren Menschen) gewährleisten (Becker et al. 2019). Hier ist zukünftig der ÖGD in den Städten als mögliche koordinierende und vernetzende Stelle (vgl. Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe 2017; vgl. auch Ziello/Matzarakis 2017) mehr denn je gefragt, gemeinsam mit anderen wichtigen Akteuren (z. B. Hausärzt*innen, Kassenärztliche Vereinigung, Selbsthilfe, Wohlfahrtsverbände, Katastrophenschutz, ambulante Pflegedienste, Ehrenamtliche, Vereine usw.) gezielt zusammenzuarbeiten. Es gilt gemeinsam eine Strategie zu entwickeln, um die Anpassungsleistung gerade von älteren, alleinstehenden und eingeschränkten Menschen im häuslichen Umfeld an den Klimawandel durch präventive Maßnahmen angemessen zu unterstützen.

Beispiele gezielter und präventiver Maßnahmen

Da auch in Städten eher mit einer Zunahme von Haushalten mit alleinstehenden, älteren Menschen zu rechnen ist und informelle Netzwerke nur beschränkt vorhanden sind, scheint es zielführend, gerade hier weitere präventive und gezielte Maßnahmen anzustoßen, um diese gefährdete Personengruppe zu ermitteln und zu erreichen. Beispiele hierfür könnten sein: Ermittlung und Identifikation von Hitzerrisikopatient*innen in einer Stadt sowie präventive Hausbesuche von Hitzerrisikopatient*innen während einer Hitzeperiode:

Ermittlung und Identifikation von Hitzerrisikopatienten in einer Stadt

- Erstellung eines kommunalen Registers zur Ermittlung von Hitzerrisikopatient*innen durch die Hausärzt*innen bzw. geschultes Fachpersonal oder auch durch Pflegestützpunkte. Folgende Risikofaktoren könnten für eine Einschätzung zu Grunde gelegt werden:
 - „Mobilitätseinschränkungen beim Verlassen des Hauses

„Trotz aller Bemühungen scheinen die bisherigen Maßnahmen bei Hitzeereignissen in Deutschland nicht ausreichend zu sein, um eine Reduzierung der Übersterblichkeit zu erreichen.“

- Demenz und andere kognitive Probleme
 - Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Stadium Gold III-IV
 - Instabile Koronare Herzkrankheit (KHK) und Herzinsuffizienz, Stadium NYHA III und IV
 - Chronische Nierenerkrankung
 - Psychotrope Medikation und Polypharmazie
 - Höhere Wohnetage ohne Aufzug
 - Südlage der Wohnung“ (vgl. Becker et al. 2019: 569).
- Nutzung von vorhandenen Daten der amtlichen Statistik zur Ermittlung von älteren gefährdeten Personen (z. B. räumliche Verortung der älteren, alleinstehenden Bevölkerung in Verschneidung mit Überwärmungsgebieten in Städten) (vgl. Blättner et al. 2010).

Kontinuierliche Kontaktaufnahme und präventive Hausbesuche von Hitzerrisiko-patient*innen während einer Hitzeperiode

- Durch ehrenamtliche Helfer*innen, informelle Netzwerke, Projektinitiativen (bspw. Aktive Nachbarschaften in Frankfurt am Main) oder den ehrenamtlichen Katastrophenschutz: Diese Personen könnten gezielt für diese Tätigkeit geschult und während Hitzeperioden eingesetzt werden (vgl. auch Becker et al. 2019).
- Einsatz von neuen Technologien und Medien, z. B. telemedizinische Verfahren, um gefährdete Personen in ihrem häuslichen Umfeld besser zu erreichen. In diesem Zusammenhang birgt das gerade verabschiedete Digitale-Versorgungs-Gesetz evtl. neue Chancen durch Verschreibung bspw. einer möglichen Hitze-Gesundheits-App oder einem Angebot der digitalen Sprechstunde für Hitzerrisikopatient*innen.
- Einsatz von Ehrenamtlichen (z. B. speziell geschulte kommunale Gesundheitslotsen für Hitze), die auch kulturspezifisch agieren und sprachlichen Barrieren begegnen können.

Die Voraussetzung für dieses Vorgehen ist jedoch, dass die Identifikation von gefährdeten Menschen gelingt und den aufsuchenden Stellen zur Verfügung gestellt werden kann (vgl. Becker et al. 2019). Die neue Datenschutzgrundverordnung könnte dem wiederum entgegenstehen und mit zusätzlichen bürokratischen Hürden verbunden sein (z. B. Notwendigkeit schriftlicher Einverständniserklärung). ■

Literatur

- Becker et al. (2019): Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze. In: Bundesgesundheitsblatt 62/2019, S. 565–570.
- Blättner et al. (2010): Wohngebiete mit hitzeabhängigen Gesundheitsrisiken ermitteln. In: Bundesgesundheitsblatt 53/2010, S. 75–81.
- Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe, Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels (GAK) (2017): Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt 60/2017, S. 662–672.
- Grewe et al. (2012): Hessischer Aktionsplan zur Vermeidung hitzebedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen der Bevölkerung (HEAT). Abschlussbericht, 2012. Fulda: Hochschule Fulda.
- Grewe et al. (2010): Prävention klimabedingter Gesundheitsrisiken in der Kommune. In: Gesundheitswesen 72/2010, S. 466–471.
- Stadt Frankfurt am Main (2019): Frankfurt 2030+. Integriertes Stadtentwicklungskonzept. Dezernat Planen und Wohnen. Stadtplanungsamt. 2019. Online: www.stadtplanungsamt-frankfurt.de/show.php?ID=18175&psid=q5a05e3hg6ep676f7n52kqanl4 [abgerufen am 26.10.2019].
- Steul et al. (2019): Hitzeassoziierte Morbidität: Surveillance in Echtzeit mittels rettungsdienstlicher Daten aus dem Interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA). In: Bundesgesundheitsblatt online.
- Steul et al. (2018): Mortality during heatwaves 2003–2015 in Frankfurt-Main – the 2003 heatwave and its implications. In: Int. J. Hyg. Environ. Health 221(1)/2018, S. 81–86.
- Zielo; Matzarakis (2017): Bedeutung von Hitzeaktionspläne für den präventiven Gesundheitsschutz in Deutschland. In: Gesundheitswesen 79/2017, e34–e43.

Autorin

Dr. Manuela Schade ist examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und absolvierte neben ihrer Krankenhaus-tätigkeit ein Diplomstudium der Pflege an der Hochschule Frankfurt und ein Masterstudium Public Health an der Universität Bielefeld. Dort promovierte sie ebenfalls im Jahr 2014 zum Thema „Umwelt, soziale Lage und Gesundheit bei Kindern in Frankfurt am Main“. Seit 2009 arbeitet Frau Dr. Schade als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Gesundheitsamt Frankfurt am Main. Dort ist sie zuständig für die Gesundheitsberichterstattung der Stadt Frankfurt und befasst sich mit Themen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Kontakt: Manuela.Schade@stadt-frankfurt.de

Die Rolle von Personal im Gesundheitssektor und der Seniorenarbeit in Hitzeaktionsplänen

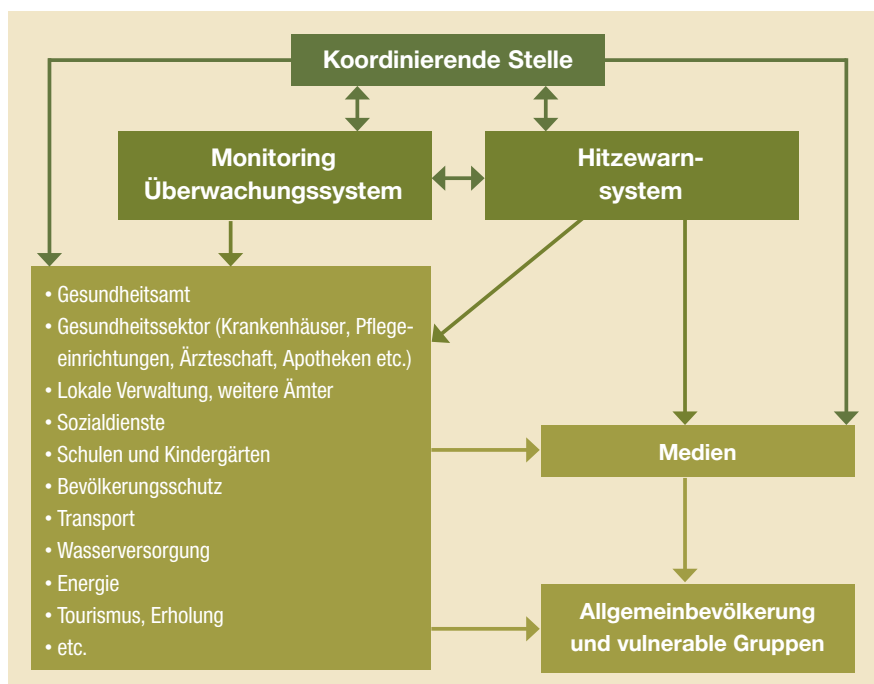
Zur Vermeidung (Prävention) hitzebedingter Schäden empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation die Einführung von Hitzeaktionsplänen – obwohl es seit spätestens 2017 auch in Deutschland offizielle Empfehlungen zu solchen koordinierten Schutzmaßnahmen gibt, mangelt es bislang an einer flächendeckenden Umsetzung. Der vorliegende Beitrag skizziert die Rolle von Personal im Gesundheitssektor und der Seniorenarbeit in solchen Hitzeaktionsplänen. Zudem werden konkrete Handlungsempfehlungen zum Schutz von Risikopersonen gegeben.

Hitzeaktionspläne

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gilt, dass „ein Großteil der hitzebedingten Gesundheitsschäden vermeidbar ist, wenn Gesundheits- und Sozialsysteme sowie die öffentliche Infrastruktur vorbereitet sind.“ (Matthies et al. 2008). Hitzewarnsysteme sind meist von nationalen Wetterdiensten betriebene Einrichtungen, die bei gesundheitsgefährdenden Witterungsbedingungen Hitzewarnungen ausgeben. Hitzeaktionspläne basieren z. T. auf Hitzewarnsystemen,

sind aber weitreichender. Sie bündeln alle Maßnahmen, die zum Schutz der Bevölkerung vor Hitzeschäden beitragen. Dazu gehören einerseits langfristige Maßnahmen, wie die Stadtplanung, mittelfristige Maßnahmen, wie Multiplikatorenschulungen, und kurzfristige Maßnahmen, wie die Warnung der Bevölkerung in Hitzewellen (dazu auch der Beitrag von Schade in diesem Heft). Abbildung 1 stellt dar, wie verschiedene Akteure in einem Hitzeaktionsplan zusammenarbeiten und macht deutlich, dass gerade Personal im Gesundheitssektor (z. B. Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte, Ärzt*innen und Therapeut*innen), aber auch Sozialarbeiter*innen und Ehrenamtliche, die in der Altenhilfe und Seniorenarbeit tätig sind, eine wichtige Rolle übernehmen.

Abbildung 1: Akteure eines Hitzeaktionsplans



Quelle: übernommen aus Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe
Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels (2017).

Rolle von Personal im Gesundheitssektor und der Seniorenarbeit (PSG)

Eine Ad-hoc Arbeitsgruppe des Bundes und der Länder hat im Jahr 2017 genaue Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von Hitzeaktionsplänen in Deutschland zusammengestellt (Bund-/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe 2017). Während der Bund Empfehlungen und Informationsmaterial zur Verfügung stellt, obliegt die Umsetzung im föderalen System der Bundesrepublik jedoch der Landesebene und/oder der kommunalen Ebene (siehe auch wieder den Beitrag von Schade in diesem Heft). Dort sollen Hitzeaktionspläne gemäß den lokalen Gegebenheiten umgesetzt werden und je acht Kernelemente umfassen. Abbildung 2 fasst diese Kernelemente zusammen und nennt beispielhaft die mögliche Rolle von

Abbildung 2: Kernelemente eines Hitzeaktionsplans und die Rolle von PSG

Kernelemente	Inhalte mit Beispielen zur Rolle von Personal im Gesundheitssektor und der Seniorenarbeit (PGS)
I. Zentrale Koordinierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit	- Einrichtung einer Koordinierungsstelle, z. B. Gesundheitsbehörde auf kommunaler oder Landes-Ebene - Koordination eines Netzwerks aus Akteuren (inkl. PGS)
II. Nutzung eines Hitzewarnsystems	- Abo der Hitzewarnungen des DWD durch PGS - PGS als Multiplikatoren für Risikopersonen
III. Information und Kommunikation	PGS als Informationsquelle, Aufklärung über Risiken und Verhaltensanpassung, Informationsmaterial
IV. Reduzierung von Hitze in Innenräumen	- In Heimen/Praxen - Durch PGS mit Zugang zur Wohnung
V. Besondere Beachtung von Risikogruppen	PGS Hauptkontakt für Risikopersonen (insbesondere ältere, pflegebedürftige Menschen)
VI. Vorbereitung der Gesundheits- und Sozialsysteme	- Ausreichende Personalausstattung, auch im Sommer (Ferienzeit!) - Kontinuierliche Schulung von PGS
VII. Langfristige Stadtplanung und Bauwesen	- Standortwahl für Alten-/Pflegeheime/Krankenhäuser - Architektonische Anpassung, ggf. klimatisierte Gemeinschaftsräume
VIII. Monitoring und Evaluation von Maßnahmen	- Kontrolle durch Aufsichtsbehörden (z. B. Heimaufsicht) - Datenbereitstellung zur Evaluation

Quelle: basiert auf Empfehlungen der Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels (2017).

Personal im Gesundheitssektor und der Seniorenarbeit (PGS).

Beispielhafte Umsetzung in Deutschland

Laut Umweltbundesamt mangelt es bisher weit verbreitet an der Einrichtung von zentralen Koordinierungsstellen auf kommunaler und/oder Länderebene und damit an der Umsetzung von Hitzeaktionsplänen. Ein Positivbeispiel ist das Land Hessen, in dem die Betreuungs- und Pflegeaufsicht konkrete Leitlinien für Maßnahmen für Pflegeheime in außergewöhnlichen Hitzeperioden herausgegeben hat (Regierungspräsidium Gießen 2019). Darin ist beispielsweise festgelegt, dass Alten- und Pflegeheime die Hitzewarnungen des Deutschen Wetterdienstes abonnieren müssen, dass Personal regelmäßig zu Schutzmaßnahmen geschult wird und mittelfristig Maßnahmen zur Kühlhaltung von Innenräumen ergriffen werden. Die Durchsetzung der Maßnahmen wird von der Heimaufsichtsbehörde regelmäßig stichprobenartig kontrolliert. Die Empfehlungen sind jedoch vor allem auf den Sektor der Pflege fokussiert und stellen keinen alle Sektoren umfassenden Hitzeaktionsplan dar. Ein solcher wird seit Beginn 2019 unter wissenschaftlicher Begleitung beispielsweise von der Stadt Köln entwickelt (Stadt Köln 2019).

Risiken und Präventionsstrategien kommunizieren ...

Trotz Mangel an zentraler Koordinierung können Ärzt*innen, Pflegedienste/-heime, Krankenhäuser und Sozialdienste bereits bei der Implemen-

tierung von Präventionsmaßnahmen vorangehen, insbesondere indem sie Risiken und Präventionsstrategien kommunizieren und Risikopersonen aktiv bei deren Umsetzung unterstützen. Im Bereich der Kommunikation sollte Personal im Gesundheitssektor und der Seniorenarbeit (PGS) einerseits selbst über Risiken und Präventionsstrategien in Hitzewellen geschult werden. Andererseits sollte PGS ältere Menschen über die Risiken und spezifischen Präventionsstrategien informieren.

Die in Abbildung 3 auf der folgenden Seite dargestellten Maßnahmen scheinen zwar auf den ersten Blick selbstverständlich. Jedoch haben Studien gezeigt, dass ältere Menschen ihr Risiko für Hitzeschäden unterschätzen und nur einen Teil der empfohlenen Präventionsmaßnahmen anwenden. Oft vernachlässigt werden beispielsweise Maßnahmen zur aktiven Abkühlung des Körpers. Diese sind jedoch bei älteren Menschen besonders wichtig, da bei ihnen die körpereigenen Mechanismen zur Wärmeabgabe eingeschränkt sind (dazu auch Schlicht in diesem Heft). Es ist sinnvoll, Risikopersonen und ihren Angehörigen auch mit Informationsmaterial diese Maßnahmen näher zu bringen (zur Veranschaulichung siehe Linktipps unten).

... und aktiv unterstützen

Wenn Risikopersonen nicht mehr selbst in der Lage sind, Risiken zu erkennen und Präventionsmaßnahmen einzuleiten, dann sollte PGS diese Personen bei der Durchführung dieser Maßnahmen unterstützen. Zudem sollte eine engma-

Abbildung 3: Präventionsstrategien zum Schutz vor Hitzeschäden

Kategorie	Einzelempfehlung
Kontrollierte Flüssigkeitszufuhr	• Mindestens 1,5–2 Liter pro Tag, bei Flüssigkeitsrestriktion entsprechend der täglichen Gewichtskontrolle anpassen • Trinkplan zur Selbstkontrolle führen • Abends weniger trinken • Alkohol während der Hitzewelle vermeiden • Mineralwasser eher trinken als Leitungswasser (ggf. Brühe) • Lauwarme Getränke eher als sehr kalte Getränke • Wasserreiches Obst und Gemüse ergänzen (Melone, Gurke etc.)
Körper kühl halten	• Kühl duschen und baden • Armbäder und Fußbäder • Feuchte Tücher und Wasser-Spray
Wohnung kühl halten	• Temperatur in Aufenthaltsräumen überwachen (tagsüber 25 °C; nachts 20 °C) • Tagsüber schattieren und Ventilatoren benutzen; nachts lüften • Feuchte Tücher aufhängen (Verdunstungskälte) • Rückzug in kühlere Räume (Nordseite, Souterrain)
Verhalten anpassen	• Körperliche Anstrengungen vermeiden • Mittagsruhe (Siesta) • Verlagerung der Aktivitäten in die Morgen- und Abendstunden • Kopfbedeckung, leichte Kleidung / Nachtwäsche / Bettwäsche • Leichte Kost: viel Obst und Gemüse; wenig Fett und Fleisch
Arztgespräch	• Eventuelle Medikamente bei Hitze anpassen • Netzwerk der Helfer organisieren

Quelle: übernommen und adaptiert aus Herrmann et al. (2019).

schige klinische Überwachung zur Kontrolle des Gesundheitszustands erfolgen. Diese umfasst tägliches Wiegen, Messung der Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Temperatur, Blutzucker bei Diabetikern), Inspektion der Haut- und Schleimhäute (stehende Hautfalten, borkige Zunge) sowie die Beurteilung des Allgemeinzustands (Bemommenheit, Verwirrtheit etc.). Bei Hinweisen auf einen Flüssigkeitsmangel, einen Hitzeschlag oder sonstige Auffälligkeiten sollten entsprechende Gegenmaßnahmen (Flüssigkeitssubstitution, aktive Kühlung) eingeleitet und ggf. ein*e Arzt*Ärztin hinzugerufen werden. Ärzt*innen sollten bei Risikopatient*innen eine Kontrolle der Medikamentenliste vornehmen (weitere Empfehlungen zur Medikamentenanpassung in Hitzewellen und zu spezifischen Maßnahmen für Ärzte vgl. Herrmann et al. 2019). Studien mit gesundheitlichem Personal haben Hinweise darauf gegeben, dass die beschriebenen Maßnahmen in Hitzewellen vor allem dann in bestehenden Strukturen umgesetzt werden können, wenn eine gute Gesundheitsversorgung mit ausreichendem Personal gewährleistet ist. Daher ist eine grundsätzliche Stärkung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung älterer Menschen notwendig. ■

Literatur

Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels (2017): Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.

Herrmann; Sauerborn (2008): General Practitioners' Perceptions of Heat Health Impacts on the Elderly in the Face of Climate Change-A Qualitative Study in Baden-Württemberg, Germany. In: Int. J. Environ. Res. Public Health 15(5)/2008. S. 843.

Herrmann et al. (2019): Epidemiologie und Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden älterer Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 52(5)/2019, S. 487–502.

Matthies; Bickler; Marin (2008): Heat-health action plans: guidance. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark.

Regierungspräsidium Gießen, Betreuungs- und Pflegeaufsicht Hessen (2019): Außergewöhnliche Hitzeperioden. Vorbereitung und Vorgehen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Online: www.rp-giessen.hessen.de/soziales/hessische-betreuungs-pflegeaufsicht/information-und-beratung [abgerufen am 20.1.2020].

Stadt Köln (2019): Hitzeaktionsplan für Menschen im Alter. Online: www.stadt-koeln.de/artikel/67953/index.html [abgerufen am 20.1.2020].

Linktipps

- **Poster, Broschüren, Weiterbildungsmodule** (LMU München, RBK Stuttgart): www.klinikum.uni-muenchen.de/Bildungsmodule-Aerzte/de/bildungsmodule-mfa/Materialien-Hitze-Gesundheit/index.html
- **Broschüre Hitzeknigge** (Umweltbundesamt): www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/364/dokumente/schattenspende_hitzeknigge.pdf

Autorin

Dr. med. Alina Herrmann ist Ärztin in Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin und Post-Doc in der Arbeitsgruppe Klimawandel und Gesundheit am Heidelberger Global Health Institut.

Kontakt: Alina.herrmann@uni-heidelberg.de



Herausforderungen zukünftigen urbanen Alters: Klimawandel und die mentale Gesundheit

Im Zusammenhang mit den Konsequenzen klimatischer Veränderungen steht die mentale Gesundheit im Gegensatz zu den direkten körperlichen Auswirkungen selten im Fokus der Berichterstattung und die Entwicklung geeigneter Erklärungsansätze befindet sich hier am Anfang. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die Auswirkungen des Klimawandels auf die mentale Gesundheit, beschreibt aktuell diskutierte Wirkzusammenhänge und endet mit einem Ausblick auf zukünftige Forschungsansätze sowie praktischen Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung alter Menschen und Maßnahmen der Stadt- und Sozialplanung.

Klimatische Veränderungen und Gesundheit

Klimatische Bedingungen (wie Hitze, Dürre und mit diesen einhergehende Wirkungen) gehören zu den fundamentalen Determinanten der Gesundheit auf Makroebene und haben direkten und indirekten Einfluss auf die Meso-(Gemeinschaft, Sozialstruktur) und Mikro-Ebene (Individuum) (Krämer et al. 2013). Folgen für das Individuum etwa von Hitzewellen reichen von Dehydrierung, Mangelernährung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe auch Birkmann & Laranjeira sowie Schlicht in diesem Heft) bis hin zu erhöhter Inanspruchnahme von notfallmedizinischen Diensten, sozialem Rückzug und erhöhter Sterblichkeit.

Aber auch das vermehrte Vorkommen von Erkrankungen der Atemwege durch Luftverschmutzung sowie Erkrankungen und Verletzungen durch Naturkatastrophen sind eindeutige Folgen des Klimawandels.

Doch wie sieht es mit der mentalen Gesundheit in Bezug auf klimatische Veränderungen und extreme Naturereignisse aus? Mentale Gesundheit wird als mehr als die reine Abwesenheit von psychischen Erkrankungen verstanden und meint die umfassende Fähigkeit des Menschen, mit emotionalen Zuständen und den Reaktionen darauf umzugehen. Daher schließt mentale Gesundheit auch Wohlbefinden ein. Neben verringertem Wohlbefinden gehören Depressionen und Belastungs- und Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, die mit dem Klimawandel in Verbindung gebracht werden (Hayes et al. 2018).

Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Generell ist das Risiko, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, in Städten höher als in ländlichen Regionen, was etwa auf die Verteilung von Armut und Reichtum, aber auch auf Verdichtung, soziale Isolation und Lärm als Stressoren zurückzuführen ist, während Grünflächen und Begegnungsangebote protektiv wirken können. Obwohl Städte über ein dichteres ärztliches und psychotherapeutisches Versorgungsnetz verfügen, stoßen gerade ältere Menschen mit mentalen Gesundheitsproblemen auf erhebliche Zugangsbarrieren, die zu Unterversorgung führen. Diese Barrieren sind teilweise in der Infrastruktur, aber vielmehr organisatorisch und in mangelnder Offenheit für Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter, sowohl von Seiten der Erkrankten, aber mehr noch von Seiten des Gesundheitssystems zu suchen. Drei unterschiedliche Assoziationspfade zwischen extremen klimatischen Veränderungen und mentaler Gesundheit werden diskutiert und stehen vermutlich nebeneinander (Berry et al. 2010):

1) Der Klimawandel steht in direktem Zusammenhang mit der mentalen Gesundheit

Extreme Wetterereignisse, die durch den Klimawandel häufiger oder stärker auftreten, wurden mit einer Reihe von psychischen Erkrankungen in direkte Beziehung gebracht (Berry et al. 2010; Hayes et al. 2018). So ist neben der akuten Belastungsreaktion, die unmittelbar nach einer erlebten

Naturkatastrophe auftritt, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), in Zusammenhang mit extremen Wetterlagen gebracht worden. Die PTBS ist eine Erkrankung, die sich durch eine zeitlich verzögerte, psychische Reaktion auf traumatisch erlebte Ereignisse auszeichnet. Es muss heute und vor allem zukünftig auch von einer Zunahme von Hitzeperioden ausgegangen werden, in denen besonders ältere Menschen ihre Mobilität einschränken, was zu geringerer Partizipation, Isolation und Einsamkeit, bis hin zu Depressivität führen kann. Ferner wurden verringerte kognitive Leistungsfähigkeit und höhere Depressions- und Suizidraten bei Hitzewellen nachgewiesen (Watts et al. 2018), die mutmaßlich im Alter verstärkt beeinträchtigend wirken.

2) Der Klimawandel und die Wechselwirkung von körperlicher und mentaler Gesundheit

Häufig folgen körperliche Erkrankungen mentalen Erkrankungen über physiologische (z. B. immunologisch, Stress), psychologische (z. B. herabgesetzte Motivation oder Bewältigungsstrategien) und verhaltensbezogene (z. B. Inaktivität, Rauchen) Mechanismen. Umgekehrt sind psychische Erkrankungen auch Folge von körperlichen Beeinträchtigungen. Die Unterscheidung zwischen körperlichen und mentalen Erkrankungen ist jedoch bei vielen Erkrankungen im Alter, wie chronischem Schmerz, somatoformen Störungen und depressiven Erkrankungen mit vegetativen Anteilen, unscharf. Körperliche und soziale Inaktivität, etwa durch Hitzewellen, kann negativ direkt auf mentale oder indirekt über körperliche Erkrankungen auf die mentale Gesundheit wirken. Umgekehrt können depressive Stimmungslagen bei Hitze das Risiko der Inaktivität erhöhen.

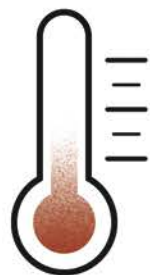
3) Der Klimawandel steht indirekt mit Wohlbefinden und mentaler Gesundheit in Verbindung

Der Klimawandel belastet die sozialen Gefüge in einer Gesellschaft, aber auch die physische Umwelt und die verfügbaren Ressourcen (Berry et al. 2010). Während die Menge verfügbarer Grünflächen mit Depression und Suizidalität verbunden ist, sind Landflucht und damit einhergehende gesundheitliche Belastungen (bspw. entwurzelt fühlen) mit negativen Folgen für das Wohlbefinden, besonders älterer Menschen, verbunden. Verlust des Lebensunterhalts, Armut, Isolation, Entfremdung und Vertreibung können weitere starke mentale Belastungen darstellen. Nicht zuletzt kann

die allgemeine Besorgnis um die Umwelt und die Zukunft auf das Wohlbefinden negativ wirken und im besten Falle umweltbewussteres Verhalten hervorrufen, im schlechteren Fall jedoch Rückzug erzeugen. Ferner zeigen Studien einen Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus – wobei ein hoher Altersdurchschnitt auch ein Indikator für sozial schwache Quartiere ist – und stärkerer Belastung durch negative Umwelteinflüsse wie Lärm und Luftschadstoffe, mangelnder Zugang zu Grünflächen und Erholungsmöglichkeiten. Dies wird durch die Daten des Umweltbundesamtes belegt (Umweltbundesamt 2019). Durch den Klimawandel wird das Problem der sozialen Ungleichverteilung von Umweltbelastungen und gesundheitlichen Folgen verstärkt.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Obwohl die Zahl der wissenschaftlichen Publikationen, die sich mit Gesundheit und Klimawandel befassen, rapide steigt, fehlen evidenzbasierte Strategien noch weitgehend (Watts et al. 2018). Besonders die Folgen für ältere Menschen sind lückenhaft untersucht. Kurzgefasst sind diskutierte Maßnahmen, um die mentale Gesundheit zu schützen, Änderungen in der Gesetzgebung, öffentliche Aufklärung und Kommunikation, Implementation stadtbezogener und überregionaler Risikobeurteilungen, Monitoring- und Frühwarnsysteme und die Entwicklung der Infrastruktur und Gesundheitsinterventionen voranzutreiben (Fritze et al. 2008). Der Ausbau der gesamten psychologisch-psychiatrischen Versorgungskette und die Verbesserung der Schnittstellen mit der hausärztlichen und Notfallversorgung sind wesentlich (siehe auch Beitrag von Schade und Hermann in diesem Heft). Über integrierte Konzeptionen zur „Umweltgerechtigkeit“ in der Stadtentwicklungspolitik mit der Verknüpfung von Stadt-, Verkehrs- und Umweltplanung und einer ausreichenden Berücksichtigung von sozialen Faktoren können die Entwicklung gesundheitsfördernder Wohngebiete begünstigt und Belastungen in besonders betroffenen Quartieren reduziert werden (Umweltbundesamt 2019; SenUVK Berlin 2019). Zwar spielen die Themen Alter und mentale Gesundheit in den bisherigen Konzeptionen nur eine implizite Rolle. Jedoch wird in diesen Konzeptionen durchaus der Zusammenhang zwischen sozialen Benachteiligungen – darunter auch hohes Alter – und Umweltbelastungen, verstärkt durch den Klimawandel, in deutschen Großstädten aufgezeigt. Insbesondere die integrierte Reaktion



durch Möglichkeiten der Stadt- und Umweltplanung auf Hitzebelastung im Sommer, aber auch auf Überflutung bei Starkregenereignissen, ist Teil der Konzeptionen.

Ausblick

Der Klimawandel erfordert verstärkte Anpassungsleistungen von Individuen und Systemen, die psychisch vulnerablen und älteren Menschen oft schwerer fallen (siehe auch Beitrag von Birkmann & Laranjeira in diesem Heft). Kompetenzstärkende Konzepte, etwa der Aufbau von Klimakompetenz (Climate Literacy), Resilienz im Umgang mit Klimaveränderungen sowie Disaster Preparedness zum Katastrophenschutz können auf individueller, städtisch-kommunaler und (inter-) nationaler Ebene implementiert werden (Berry 2010). Auch der soziale Zusammenhalt stellt einen protektiven Faktor von Gemeinden und Stadtteilen dar, vor allem im Hinblick auf den Ansatz Healthy Cities der WHO. Um Städte für das Alter gesund zu gestalten, bedarf es partizipativ erhobener Bedürfnislagen Älterer, auch im Hinblick auf Präventions- und Versorgungsangebote. Ebenso gehört zur altersgerechten Gestaltung gesunder Lebenswelten in der Gemeinde die partizipative Identifikation und Berücksichtigung von klimatischen Risiko- und Ressourcenkonstellationen (Teti & Mairhofer 2019). ■

Literatur

Berry; Bowen; Kjellstrom (2010): Climate change and mental health: a causal pathways framework. In: International Journal of Public Health 55(2)/2010, S. 123–132.

Fritze et al. (2008): Hope, despair and transformation: Climate change and the promotion of mental health and wellbeing. In: International Journal of Mental Health Systems 2(1)/2008, S. 13.

Hayes et al. (2018): Climate change and mental health: risks, impacts and priority actions. In: International Journal of Mental Health Systems 12/2018, S. 28.

Krämer; Wörmann; Jahn (2013): Klimawandel und Gesundheit: Grundlagen und Herausforderungen für den Public Health-Sektor. In: Jahn; Krämer; Wörmann (Hrsg.): Klimawandel und Gesundheit: internationale, nationale und regionale Herausforderungen und Antworten. Berlin: Springer, S. 1–24.

Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz (SenUVK) (Hrsg.) (2019): Basisbericht Umweltgerechtigkeit – Grundlagen für die sozialräumliche Umweltpolitik (20/2019), Berlin.

Teti; Mairhofer (2019): Altersgerechte Gestaltung gesunder Lebenswelten in der Gemeinde. Leben im Alter: Chancen und Perspektiven der Gesundheitsförderung. In: Gesund und aktiv älter werden. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.).

Umweltbundesamt und Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz von Berlin (2019): www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/umwelteinfluesse-auf-den-menschen/umweltgerechtigkeit-umwelt-gesundheit-soziale-lage#textpart-2 [abgerufen am 1.11.2019].

Watts et al. (2018): The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. In: The Lancet 392(10163)/2018, S. 2479–2514.

Autor*innen

Prof. Dr. Andrea Teti, Juniorprofessur „Alter und Gesundheit“, Universität Vechta. Im Fokus von Lehre und Forschung des Fachgebiets stehen Fragen der medizinischen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Insbesondere werden folgende Themen vertieft: Altersassoziierte Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit im Alter und Wohnen im Alter (Ökologische Gerontologie). **Kontakt:** andrea.teti@uni-vechta.de

Sandra Mümken, M.Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin. Expertise: Gesundheits- und Bewegungsförderung im Alter, Sturzrisikanalyse und Sturzprävention. **Kontakt:** sandra.muemken@charite.de

Hans Gellert, Stadt- und Regionalplaner, Berlin. Expertise: Vorbereitung und Durchführung von Bauleitplanverfahren und städtebauliches Projektmanagement insbesondere zur Aktivierung von Wohnungsbaupotenzialen, Bestandsentwicklung und Erneuerung von Siedlungseinheiten.

Prof. Dr. Paul Gellert, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, seit 2019 Professur und Leitung der Nachwuchsgruppe „Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie“, Charité Universitätsmedizin Berlin. Expertise: Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung über die Lebensspanne, Bedingungen erfolgreichen Alterns, Selbstregulation und soziale Austauschprozesse bei chronischen Erkrankungen, Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz und Quantitative Forschungsmethoden. **Kontakt:** paul.gellert@charite.de

Die Trägheit sozialer Praktiken

Alltagspraktiken und -routinen älterer Menschen im Kontext des Klimawandels

Viele der diskutierten Maßnahmen gegen Hitzestress, wie etwa mehr zu trinken oder Aktivitäten eher früh morgens oder abends zu verrichten, setzen direkt am Alltag älterer Menschen an. Dabei haben Studien aufgezeigt, dass Menschen trotz Hitzewarnungen nur selten ihre Alltagstätigkeiten verändern und dies gilt insbesondere für besonders vulnerable Gruppen wie ältere Menschen (vgl. Kalkstein & Sheridan, 2007; White-Newsome et al., 2011; Birkmann & Laranjeira sowie Conrad & Penger in diesem Heft). Warum ist es letztlich – nicht nur, aber auch für ältere Menschen – so schwierig, Alltagsroutinen an sich klimatisch verändernde Bedingungen anzupassen? Um sich mit solchen Fragen zu befassen, kann es hilfreich sein, die Perspektive auf das jeweilige Thema zu verschieben. Eine derartige Perspektivverschiebung möchte dieser Beitrag anbieten, indem er scheinbar banale Alltagspraktiken in den Fokus rückt und aus praxistheoretischer Perspektive nach Möglichkeiten und Grenzen der Anpassung des Alltags älterer Menschen an Hitzeperioden fragt. Dazu wird zuerst eine solche praxistheoretische Perspektive grob umrissen und diese anschließend an einem ethnografischen Fallbeispiel erläutert. Aus diesem exemplarischen Fall werden abschließend praxistheoretisch inspirierte Interventionen skizziert.

Eine praxistheoretische Perspektive auf den Alltag älterer Menschen

Die Erforschung des täglichen Lebens hat eine lange und interdisziplinäre Geschichte – von Sigmund Freuds „Zur Psychopathologie des Alltagslebens“ (1901) hin zu Michel de Certeaus „The Practice of Everyday Life“ (1984). Eine detaillierte Form der Quantifizierung von Alltagsaktivitäten lässt sich auf Basis von Zeitverwendungsdaten darstellen. Für diese Daten führen Personen Tagebücher, in denen sie alle zehn Minuten Haupt- und Nebenaktivitäten eintragen. Nach der letzten Zeitverwendungsstudie 2012/13 wendeten Personen über 65 Jahre in Deutschland im Altersgruppenvergleich die meiste Zeit für Fernsehen und Lesen auf (Statistisches Bundesamt, 2016). Aber auch Alltagsaktivitäten der Regeneration (z. B. Schlafen, persönliche Hygiene) und Hausarbeit nehmen im Alter mehr Zeit in Anspruch (Köller, 2007). Dementsprechend verbringen ältere Menschen erstens mehr Zeit alleine und zweitens mehr Zeit

in den eigenen vier Wänden (Wanka, 2017). Gerade diese beiden Aspekte können bei Hitze jedoch unter bestimmten Bedingungen zu Risikofaktoren werden: Soziale Isolation, Armut, gesundheitliche Einschränkungen und schlechte Wärmedämmung/fehlende Klimaanlage haben sich bereits während der Hitzewelle in Chicago 1995 als tödliche Kumulation von Risikofaktoren herausgestellt und werden spätestens seit der Hitzewelle 2003 in Paris auch als Herausforderung für die öffentliche Gesundheit in Notsituationen diskutiert (vgl. Klinenberg, 2016; Gusmano & Rodwin, 2010).

Elemente sozialer Praktiken

Unter den aktuellen theoretischen Ansätzen, die sich mit einem vertieften Verständnis des Alltagslebens und seiner Veränderungen befassen, finden sich insbesondere praxistheoretische Perspektiven. Soziale (Alltags-)Praktiken können dabei als Aktivitätenbündel definiert werden, die aus verschiedenen, miteinander verbun-

denen Elementen bestehen. Die britische Soziologin Elizabeth Shove (Shove et al., 2012) unterscheidet dabei drei Arten von Elementen sozialer Praktiken: Kompetenzen, Materialitäten und Bedeutungen (siehe Abb. 1). So verbindet etwa die Praktik des Lesens Lesekompetenz mit einem Text – materialisiert etwa in einem Buch oder über einen E-Reader – und eine spezifische Bedeutung, etwa Lesen zur Erholung oder zum Wissenserwerb (was wiederum Kompetenzen aufbaut).

Sozialen Praktiken liegt inkorporiertes, d.h. in den Körper eingeschriebenes und implizites Wissen zugrunde, wodurch sie häufig routinisiert und nahezu unbewusst ablaufen (Reckwitz, 2003). Werden wir gefragt, wie genau und warum wir bestimmte Alltagspraktiken so und nicht anders ausführen, so wissen wir darauf oft erst einmal keine Antwort. Explizit und bewusst werden uns Alltagspraktiken zumeist erst dann, wenn sie durch Veränderungen erschüttert werden, die Routinen in Frage stellen und es notwendig machen, sich neu im Alltag zu orientieren. Veränderte klimatische Bedingungen können eine solche Veränderung darstellen.

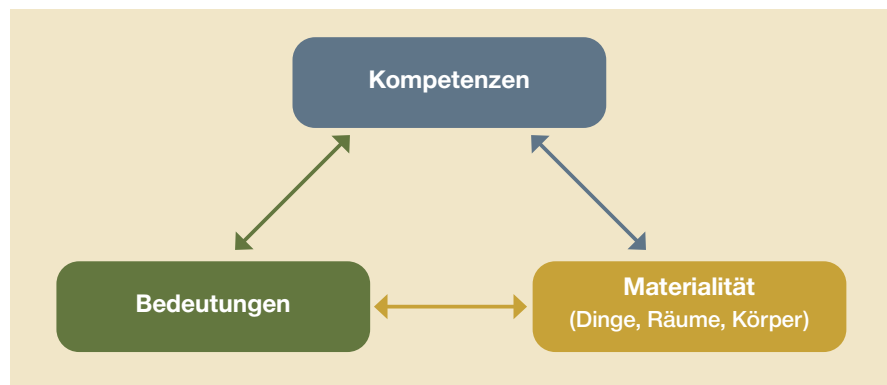
Ein praxistheoretisches Fallbeispiel

Wie passen ältere Menschen nun ihre Alltagsaktivitäten bei Hitze an? Während viele Studien sich dieser Frage aus einer quantitativen Makroperspektive gewidmet haben (siehe auch Conrad & Penger sowie Birkmann & Laranjeira in diesem Heft), impliziert ein praxistheoretischer Zugang, auf Mikrosituationen scharfzustellen. Das soll hier anhand einer ethnografischen Fallstudie aus dem vom Österreichischen Klima- und Energiefonds geförderten Projekt „Vulnerability of and adaption strategies for migrant groups in urban heat environments (Ethnicityheat)“ (2014–2017) beispielhaft verdeutlicht werden. Die Fallstudien wurden über den Sommer 2014 durchgeführt und beinhalteten fünf teilnehmende Beobachtungen zwischen drei und fünf Stunden sowie narrative Interviews, an heißen (> 35 °C) und nicht heißen Tagen, u. a. in der fünfköpfigen Familie von Frau K.

Ausgangssituation und Alltagspraktiken von Frau K.

Frau K. ist 63 Jahre alt und Mitte der 1990er Jahre aus der Türkei nach Wien migriert. Sie lebt mit ihrem Mann und zwei erwachsenen Söhnen in einer 75 m² Erdgeschoss-Wohnung, die als Sub-

Abbildung 1: Elemente sozialer Praktiken



(angelehnt an Shove et al 2012: S. 25; eigene Abbildung)

standard klassifiziert ist und in einer klimatisch belasteten Stadtlage liegt. Frau K. hat keinen Schulabschluss und spricht kaum Deutsch. Bis zu ihrer Rente hat sie als Raumpflegerin in einer Schule gearbeitet, seitdem kümmert sie sich um ihren pflegebedürftigen Mann.

Die Alltagsroutine von Frau K. sieht folgendermaßen aus: Sie steht morgens auf und macht Frühstück für ihren Mann und ihre zwei Söhne, der Vormittag ist gefüllt mit Pflegetätigkeiten für ihren Mann und dem Kochen des Mittagessens, was mehrere Stunden in Anspruch nimmt, da sie täglich eine aufwendige, warme Mahlzeit zubereitet. Frau K. sieht es als ihre Pflicht als Ehefrau und Mutter, ihre Zuneigung für ihre Familie auszudrücken. Nach dem Mittagessen zieht sie sich um, um einkaufen zu gehen. Meist trägt sie dazu lange, dunkle Kleidung, weil sie meint, dass sich das für eine Frau in ihrem Alter so gehört. Am Vormittag trinkt sie dabei kaum etwas, weil sie sonst fürchtet, beim Einkaufsweg auf die Toilette zu müssen. Sie geht täglich auf stark der Sonne ausgesetzten Straßen etwa 30 Minuten zu ihrer alten Schule – auf dem Rückweg mit schweren Einkaufstaschen. Dort kennt sie die Geschäfte und Verkäufer*innen, weil sie früher den Einkauf auf dem Heimweg von der Arbeit erledigt hat. Fremde Geschäfte meidet sie auch aufgrund ihrer schlechten Deutschkenntnisse. Auch hat sie immer schon denselben Weg genommen, kennt ihn gut und hat Angst, sich zu verlaufen, wenn sie auf schattigeren Straßen gehen würde. Meist kommt sie gegen 16.00 Uhr nach Hause zurück und bleibt danach in der Wohnung, denn draußen fühlt sie sich abends alleine unsicher. Aufgrund der vorbeigehenden Passant*innen und des Verkehrslärms öffnet Frau K. nur sehr selten die Fenster, schon gar nicht nachts.

Tabelle 1: Elemente von Frau K.s Alltagspraktiken (exemplarische Auflistung)

Element	Faktoren
Materialität	• Wohnung: Fenster, Wärmedämmung, Sonneneinstrahlung etc. • Außerhäusliche Infrastruktur: Straßen, Grünflächen, Geschäfte, Barrieren etc. • Dinge: Kleidung, Einkaufstaschen • Körper: körperliche Fitness respektive Einschränkungen • Ökonomische Ressourcen
Kompetenzen	• Wissen über richtige Hitzeanpassung • Wissen über das Wohngebiet und seine Bewohner*innen, Orientierungsfähigkeit • Physische Mobilität und kognitive Mobilität (Offenheit für Neues) • Sprachkompetenz
Bedeutungen	• Subjektive Sicherheit, Angst • Vertrautheit, emotionale Verbundenheit mit einem spezifischen Ort (Wohnumfeld) • Rollenbilder, z. B. Altersbilder, Geschlechterrollen • Werte, Lebensstil, symbolische Abgrenzung

Routinen werden beibehalten – warum?

Diese Routine behält sie auch während längerer Hitzeperioden bei, obwohl sie über Hitzebeschwerden (Schwindel, Müdigkeit, Kopfschmerzen) klagt. Warum erledigt Frau K. ihren Einkauf nicht früher am Morgen oder später am Abend anstatt in der Nachmittagshitze? Warum geht sie auf heißen Straßen in eine weit entfernte Gegend, und nicht zu einem näheren Supermarkt, oder nimmt eine schattigere andere Route? Warum kocht sie jeden Tag mehrere Stunden warme Mahlzeiten? Warum lüftet sie nachts nicht durch? Diese und andere Fragen haben die im Projekt involvierten Public Health Mediziner*innen gestellt. Aus praxistheoretischer Perspektive können wir nun jene Faktoren, die Frau K. an einer aus medizinischer Sicht „erfolgreichen“ Hitzeanpassung hindern, in drei analytische – jedoch de facto miteinander verwobene – Elemente trennen: Materialitäten, Kompetenzen und Bedeutungselemente (s. Tabelle 1).

Tabelle 1 listet hier einige der Faktoren auf, die aus praxistheoretischer Perspektive dazu beitragen, dass Frau K. ihre Alltagsroutinen bei Hitze eher beibehält als verändert. Sie leidet zwar unter der Hitze, ihre körperlichen Beschwerden sind jedoch nur ein Aspekt in einem Geflecht von Praktiken und ihren Elementen, die den Alltag von Frau K. strukturieren. So nimmt Frau K. etwa keine andere Route, weil sie sich auf ihren vertrauten Wegen sicher fühlt oder trägt lange, dunkle Kleidung, wenn sie in der Nachmittags-hitze hinausgeht, weil sie meint, dass sich das für eine Frau ihres Alters so schickt. Solche und

ähnliche Faktoren spielen dabei auch in anderen Ansätzen zur Erforschung von Verhaltensroutinen, beispielsweise aus der Psychologie, eine Rolle. Aus einer praxistheoretischen Perspektive werden sie jedoch in einer Konstellation aus Praktiken und mit Fokus auf spezifische Situationen miteinander verbunden. Dabei steht nicht das Individuum, sondern die Situation – und ihre Praktiken – im Zentrum der Analyse.

Zusammenfassung und Praxisimplikationen

Welche Praxisimplikationen lassen sich daraus ziehen? Auf den ersten Blick wirkt der Fall von Frau K. extrem komplex und spezifisch – man ist geneigt, zu sagen, dass man praktisch eben auch nicht auf jeden individuellen Fall eingehen kann. Doch der Alltag eines jeden Menschen ist genauso – komplex und spezifisch. Also wo ansetzen, um diesen zu verändern? Praxistheoretisch wird über diese Frage mit dem Begriff der Trägheit sozialer Praktiken und ihrer Elemente diskutiert – je träger, desto schwerer sind sie zu verändern (vgl. Schäfer, 2013). Bei den jeweiligen Elementen lässt sich die Trägheit teilweise über ihren „Aggregatzustand“ bestimmen. Feste Materie – Straßen, Grünräume, Wohndämmung – ist dabei (insbesondere für den Einzelnen) zwar schwer zu ändern, allerdings leicht zu fassen, während Bedeutungselemente – etwa die Konvention, als Ehefrau für den Ehemann ein warmes Mittagessen zu kochen – zwar fluider, aber damit auch weniger leicht greifbar sind. Viele Interventionen setzen daher eher an der gebauten Umwelt – z. B. durch öffentliche Wasserspender oder Stra-

Ben begrünung – oder den Kompetenzen – z. B. über das Bereitstellen von Informationen über das richtige Verhalten bei Hitze – an (dazu auch Herrmann in diesem Heft).

Ausblick

Eine praxistheoretische Analyse, wie sie grob in Tabelle 1 skizziert ist, eröffnet hier noch einmal mehr Ansatzpunkte: So braucht es etwa nicht nur Wissen über Hitzeanpassung, sondern etwa auch Wissen über das eigene Wohnumfeld, um dieses bei Hitze überhaupt richtig „nutzen“ zu können. Hier hat etwa das EU-Projekt „Senior-Guides“ (2009–2011) angesetzt. Darin wurden ältere Menschen dazu ausgebildet, Informations-Touren für andere Senior*innen anzubieten, die den eigenen Bezirk besser kennenlernen wollten. Schwerpunkte waren dabei Gesundheitsförderung und Hitze. Dabei konnte auf das Wissen älterer Menschen selber zurückgegriffen werden, wo es im Wohnquartier beispielsweise kühle und schattige „Schleichwege“ oder kühle, für ältere Menschen attraktive Orte mit und ohne Konsumationszwang – von Kirchen über Cafés – gibt. Eine größere, auf praxistheoretischer Forschung basierende Policy-Maßnahme stellt etwa die japanische „Cool Biz“-Initiative dar, mit der u. a. Kleidungsvorschriften im Arbeitsleben verändert wurden und mit der seit 2005 zwischen einer und drei Millionen Tonnen CO₂-Emissionen pro Jahr eingespart werden konnten.

Mixed-Methods Forschung stellt dabei den „Königsweg“ praxistheoretischer Forschung dar. Schließen soll dieser Beitrag daher mit einem Plädoyer für eine interdisziplinäre und multi-methodische Annäherung an das Thema Klimawandel und Hitzeanpassung im Alter, in der Mikro- und Makroperspektiven miteinander verschränkt werden, um innovative Bewältigungsmodi der Herausforderungen des Klimawandels zu erarbeiten. ■

Literatur

Gusmano; Rodwin (2010): Urban Aging, Social Isolation, and Emergency Preparedness. In: IFA Global Ageing 6(2)/2010, S. 39–50.

Kalkstein; Sheridan (2007): The social impacts of the heat-health watch/warning system in Phoenix, Arizona: assessing the perceived risk and response of the public. In: International Journal of Biometeorology 52(1)/2007, S. 43–55.

Klinenberg (2016): Social Isolation, Loneliness, and Living Alone: Identifying the Risks for Public Health. In: American Journal of Public Health 106(5)/2016, S. 786–787.

Reckwitz (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken: Eine sozialtheoretische Perspektive/Basic Elements of a Theory of Social Practices: A Perspective in Social Theory. In: Zeitschrift Für Soziologie, S. 282–301.

Schäfer (2013): Die Instabilität der Praxis: Reproduktion und Transformation des Sozialen in der Praxistheorie. Weilerswist: Velbrück Wiss.

Shove; Pantzar; Watson (2012): The dynamics of social practice: everyday life and how it changes. Los Angeles: SAGE Publications.

White-Newsome et al. (2011): Assessing heat-adaptive behaviors among older, urban-dwelling adults. In: Maturnitas 70(1)/2011, S. 85–91.

Autorin

Dr. Anna Wanka ist Soziologin mit den Forschungsschwerpunkten Alter und Raum, Übergänge im Lebenslauf und Praxistheorien. Derzeit habilitiert sie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main im Graduiertenkolleg „Doing Transitions“ zum Übergang von der Erwerbs- in die Nacherwerbsphase.

Kontakt: wanka@em.uni-frankfurt.de

Pflegeselbsthilfe: Entstehung, Wirkung und Funktion in lokalen Hilfe-Mix-Systemen

Selbsthilfe bedeutet vor allem eines: sich nicht alleine zu fühlen und Entlastung zu erfahren. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, besonders in schwierigen Lebenslagen, ist so alt wie der Mensch selbst. Die Idee des Zusammenschließens von Gleichgesinnten zur Bewältigung der eigenen Problemlagen ist daher naheliegend und bildet ferner den Kern dessen, was heute unter dem Begriff Selbsthilfe verstanden wird (dazu u. a. Kofahl/Schulz-Nieswandt/Dierks 2016 sowie Schulz-Nieswandt 2018). Der vorliegende Beitrag gibt einen allgemeinen Einblick zur Entstehung, Wirkung und Funktion von Selbsthilfe und im Speziellen zur Pflegeselbsthilfe in lokalen Hilfe-Mix-Systemen.

Selbsthilfe und ihre Wirkung

Die kumulierte Betroffenenkompetenz ist die systembestimmende Ressource, die zugleich Raum zur Befreiung aus der persönlichen Isolation bietet, darüber hinaus aber auch eine Grundlage darstellt, um sich aus der gesellschaftlichen Isolation zu lösen, die sich durch die eigene Betroffenheit und damit oftmals verbundener Teilhabedefizite ergibt (vgl. Matzat 2019). Die Selbsthilfe hat sich in ihrer Funktionalität nicht zuletzt deshalb als relevante, unterstützende Säule in der Versorgungslandschaft etabliert. Der sozialpolitische Tenor eines nutzenstiftenden Effekts der Gegenseitigkeitshilfe liegt zum einen in der Deckung eines Bedarfs durch Gegenseitigkeit und zum anderen in der Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen in Bedarfs- und Krisenlagen begründet. Menschen, die sich in herausfordernden Situationen befinden, erfahren durch den Einbezug in Selbsthilfegruppen Ermächtigung und Befähigung im Umgang mit den eigenen Belastungen (vgl. Matzat 2016). Diese Selbstwirksamkeitserfahrung, das sukzessive Ablegen der eigenen Hilfebedürftigkeit mit Folge eines sich entwickelnden persönlichen Unterstützungspotenzials für andere, kann in dieser Form durch professionelle Versorgungsstrukturen nicht geleistet werden. Mit Blick auf ein ganzheitliches Versorgungssetting im Sinne einer lokalen Daseinsvorsorge, ist die Union von informellen und formellen Unterstützungsfor-

men daher ebenso bedeutsam zur Verbesserung der eigenen Lebenslage wie vernetzte Hilffssysteme im Sozialraum.

Funktionierende Selbsthilfe braucht Strukturen

Damit diese Verbindung funktioniert, bedarf es eines strukturellen Rahmens, dessen Fundament in der sozialpolitischen Verortung von Selbsthilfe liegt. Denn „Selbsthilfegruppen sind komplexe Sozialsysteme, die nicht selbstverständlich und autonom das Laufen lernen“ (Kofahl et. al 2016, S. 21). Neben gruppenspezifischen Funktionsprinzipien bedarf es an materieller Unterstützung, Räumen, Kommunikationslogistik und Öffentlichkeitsarbeit, kurzum: es braucht eine Selbsthilfestruktur. Diese kann und soll das professionelle Versorgungsnetz nicht substituieren, sondern komplementieren, sodass eine Erweiterung des Hilfespektrums, weg von einer Gabe-Empfänger-Logik hin zu einer Perspektive fruchtbarer Wechselseitigkeit in Hilfe- und Bedarfssituationen, entsteht.

Selbsthilfe im sozialpolitischen Kontext – von der gesundheitsbezogenen zur pflegebezogenen Selbsthilfe

Die heutige gesellschaftliche Verortung der Selbsthilfe hat eine lange Entwicklungsgeschichte hinter sich und beschreibt genealogische Zusammenhänge allgemein in Bezug

auf die gesundheitsbezogene Selbsthilfe bzw. Gesundheitsselbsthilfe (vgl. Kofahl et. al 2016). Ist also von der historischen Entwicklung von Selbsthilfe, Gruppeneffekten, der Etablierung der Selbsthilfe im Versorgungssystem oder von einem sozialpolitischen Tenor, wie er in diesem Text bereits erwähnt wurde, die Rede, ist üblicherweise die Gesundheitsselbsthilfe gemeint, die heute sozialpolitisch im SGB V verankert ist. Bekannt sind solche Selbsthilfegruppen aus dem Bereich Sucht, wie etwa die Anonymen Alkoholiker oder Zusammenschlüsse von Menschen mit körperlichen Einschränkungen infolge einer Contergan-Erkrankung. Letztlich also Selbsthilfegruppen, die sich formaljuristisch ins Krankenversicherungsgesetz einbinden lassen und hieraus aufgrund einer spezifischen Indikation oder Diagnose gefördert werden. Weil im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe tatsächlich von einer Etablierung – Selbsthilfe als integraler Bestandteil des Gesundheitswesens – gesprochen werden kann, lohnt sich der Blick in die Gesetzgebung, welche den strukturellen Rahmen dieser schafft.

Zur Gesetzes- und Ausgangslage

Bereits seit 1993 war es den Krankenkassen möglich, die Gesundheitsselbsthilfe als „Kann-Regelung“ (§ 20 Abs. 4 SGB V) mit 1 DM

pro Versicherten zu fördern. 2004 resultierte daraus eine „Soll-Regelung“ und heute investieren die Krankenkassen 1,13 Euro pro Versicherten zur Förderung der Selbsthilfe nach § 20h SGB V. (Das verfügbare Volumen wurde im Rahmen der „Kann-Regelung“ nie vollständig an die Selbsthilfe ausgeschüttet. Seit 2008 sind die Krankenkassen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz daher dazu verpflichtet, alle Mittel zur Förderung voll auszuschöpfen). Vergleichsweise neu hingegen ist die pflegebezogene Selbsthilfe, sowohl in Bezug auf die gesetzliche Verankerung und die damit einhergehenden begleitenden Strukturen als auch in ihrer Kultur und ihrem Selbstverständnis. Im Fokus der pflegebezogenen Selbsthilfe, in der Literatur als Pflegeselbsthilfe als Pendant zur Gesundheitsselbsthilfe aufgeführt, stehen vor allem die pflegenden Angehörigen. Formaljuristisch ist die Pflegeselbsthilfe damit im SGB XI, dem Pflegeversicherungsgesetz, verankert.

Pflegeselbsthilfe im SGB XI verankert

Somit ergeben sich andere Förderlogiken und Strukturen, die zeitlich gesehen und im Vergleich zur Gesundheitsselbsthilfe noch in den Anfängen stehen. Erst seit 2007 ist die Pflegeselbsthilfe durch § 45d juristisch im SGB XI



© János Wagner

verortet. Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PflWG) ist der Auf- und Ausbau von Pflegeselbsthilfestrukturen (Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfeorganisationen) gesetzlich verankert. Im Rahmen des 2013 in Kraft getretenen Pflegeeneuorientierungsgesetzes (PNG) wurde für die Pflegeselbsthilfe ein eigenständiges Förderbudget ins SGB XI mit aufgenommen, sodass die Pflegekassen zunächst 0,10 Euro, seit 2019 0,15 Euro pro Versicherten zur Förderung der Pflegeselbsthilfestrukturen aufwenden müssen.

Auch bevor pflegebezogene Selbsthilfe über die Gesetzgebungsverfahren zu Beginn dieses Jahrzehnts fördertechnisch berücksichtigt wurde, haben Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sich selbst und Dritte gegenseitig unterstützt – häufig initiiert, unterstützt und begleitet von Vereinen und Initiativen wie den Alzheimergesellschaften. Aber analog zu nahezu allen Hilfs- und Unterstützungsangeboten in sozialen Systemen, ist eine möglichst flächendeckende und dauerhafte Angebotsinfrastruktur ohne begleitende Strukturen, die Zugänge schafft, Engagement ermöglicht, begleitet und sich „kümmert“, kaum leistbar. Mit dem Landesnetzwerk Pflegeselbsthilfe in Nordrhein-Westfalen hat 2017 ein Projekt begonnen, das diesen Ansatz aufgreift.

Pflegeselbsthilfe am Beispiel Nordrhein-Westfalen – Förderansatz und Ziele

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) hat Ende 2015 die Förderung des Auf- und Ausbaus von Pflegeselbsthilfestrukturen nach § 45 d SGB XI durch die Unterstützung der Arbeit von „Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen“ als explizites Ziel seiner

Förderansätze im damaligen Landesförderplan verankert. Seit 2017 fördern das MAGS und die Träger der Pflegeversicherung in NRW dahin gehend das „Landesnetz Pflegeselbsthilfe“ sowie intermediär zugehörige Selbsthilfegruppen. Unterstützt werden die Selbsthilfegruppen mit einer jährlichen Fördersumme von 600 Euro, um anfallende Unkosten zu decken und durch eine landesweit vernetzte Kontakt- und Entwicklungsstruktur, um wohnortnahe Angebote der Pflegeselbsthilfe aufzubauen. Kern dieser Struktur bilden die derzeit (Stand Dezember 2019) 34 sogenannten Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe (KoPS). Die KoPS erfüllen ihren Auftrag als regionale „Entwicklungsbüros“, durch die aktive Unterstützung von lokalen Pflegeselbsthilfegruppen in den Bereichen Beratung, fachliche Begleitung, Vermittlung, Vernetzung und Qualifizierung. Zudem umfasst ihr Tätigkeitsfeld die aktive Öffentlichkeitsarbeit, um das sich entwickelnde Gruppenangebot zugänglich für Interessierte zu machen.

Auf Landesebene werden die KoPS und das Thema Pflegeselbsthilfe durch eine Koordinierungsstelle begleitet, die – angesiedelt im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) – dafür zuständig ist, das Landesnetz Pflegeselbsthilfe zu begleiten. Trägerübergreifend und für das gesamte Bundesland bietet das KDA Unterstützung für die KoPS, sodass, aufbauend auf dem aktuellen Entwicklungsstand, Potenzial geschaffen wird, um die Pflegeselbsthilfestrukturen weiterhin zu stärken.

Ist-Stand in Nordrhein-Westfalen

Die KoPS befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft. Ein Großteil der Kontaktbüros ist bei den Selbsthilfekontaktstellen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands sowie den lokalen Alzheimergesellschaften angesiedelt. Weitere Büros sind in Trägerschaft des Vereins Leben-Wohnen-Begegnen e. V. und dem Kreis Gütersloh. Derzeit werden durch die KoPS landesweit etwa 250 Pflegeselbsthilfegruppen unterstützt und begleitet. Die Träger sprechen dabei teilweise unterschiedliche Zielgruppen mit verschiedenen Anforderungen an: So adressieren die Alzheimergesellschaften vor allem Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und deren soziales Umfeld. Der Landesverband der Alzheimergesellschaften widmet sich mit dem sogenannten „Patenmodell“ der Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen in Regionen, die durch das Landesnetz

Das KoPS-Patenmodell

Das Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe (Patenmodell des Landesverbands der Alzheimergesellschaften NRW) ist prinzipiell für ganz NRW zuständig. Ausgenommen sind die Kreise und kreisfreien Städte, in denen bereits eine lokale Alzheimergesellschaft ein Kontaktbüro betreibt. Neben den üblichen Aufgaben der Kontaktbüros unterstützt es die Gründung neuer Kontaktbüros von Alzheimergesellschaften, indem es Gruppenbildungen in unterversorgten Gebieten fördert, um diese dann den lokalen Alzheimergesellschaften zuzuführen. Zurzeit werden 30 Selbsthilfegruppen in den Kreisen Borken, Steinfurt und Wesel, dem Rhein-Kreis-Neuss, der Städte-Region Aachen und der Stadt Münster betreut. Größtenteils nehmen pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz an den Gruppen teil.

Pflegeselbsthilfe lokal noch keine Zugehangsbote haben (siehe Infobox: Das KoPS-Patenmodell). Zukünftig soll so ein flächendeckendes Netz der Pflegeselbsthilfe in Nordrhein-Westfalen aufgebaut werden, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige unterstützt und entlastet, indem die Selbsthilfekompetenz der Person gestärkt wird, niedrigschwellige Zugangswege entwickelt und eine vernetzte und ganzheitliche Unterstützungsstruktur etabliert werden. Dazu bedarf es einer Ausrichtung der Angebote auf die besonderen Bedarfe der Pflegebedürftigen und vor allem der pflegenden Angehörigen.

Spezifika, Herausforderungen und Relevanz von Pflegeselbsthilfe

Die Ausgangssituationen der Zielgruppe der Pflegeselbsthilfe, allen voran die der pflegenden Angehörigen, unterscheiden sich gegenüber den Menschen, die eine Selbsthilfegruppe im Rahmen der Gesundheitsselbsthilfe aufsuchen. So geht es in der Pflegeselbsthilfe üblicherweise nicht um eine Person mit einer Erkrankung, sondern um eine Person mit Erkrankung und zusätzlichem pflegerischen Bedarf. Pflegende Angehörige erfüllen in diesem Kontext nicht nur die Rolle einer stellvertretenden Ansprechperson, sondern sind zentraler Teil des Beziehungssettings mit individuellen Bedarfen, die sich aus der Pflegesituation heraus ergeben. Pflegende Angehörige als Zielgruppe der Pflegeselbsthilfe sind in ihrer Lebenssituation daher nicht nur für sich selbst verantwortlich, sondern stehen in permanenter Sorge um die Betreuung des Pflegebedürftigen. Beispielweise muss in Zeiten der Abwesenheit die häusliche Betreuung sichergestellt werden. Es entsteht so eine zusätzliche Belastung, welche die aktive Teilnahme an einem Selbsthilfeangebot erschwert. Die üblicherweise selbstorganisierte Zusammenkunft von Gesundheitsselbsthilfegruppen wird in der Pflegeselbsthilfe daher über das Hinzuziehen einer externen Moderation unterstützt. Diese organisatorische und administrative Hilfestellung entlastet die Betroffenen zumindest dahingehend, dass die Teilnahme am Selbsthilfeangebot keine Zusatzbelastung darstellt.

Pflegende Angehörige und ihre Bedarfe

Ein weiteres Spezifikum der Pflegeselbsthilfe ist, dass pflegende Angehörige sich oftmals nicht als Betroffene wahrnehmen. Vielmehr steht die pflegebedürftige Person im Zentrum des alltäg-

Das Stuhlkreis-Phänomen: Alternative Ansätze aus der Praxis

In der Region Bonn/Rhein-Sieg ist János Wágner vom Paritätischen Wohlfahrtsverband dazu übergegangen, den Menschen kreative Angebote zu machen, die zugleich Entlastung und Gemeinschaft bieten. So entsteht die Möglichkeit über Pflege – aber nicht ausschließlich über Pflege – zu sprechen. Das Ziel von Herr Wagners Angebotsreihe „pflegende!aktiv“ zielt auf den Dialog zwischen Menschen in ähnlichen Situationen und die Möglichkeit „Auszeiten“ zu erfahren – über gemeinsames Wandern, Yoga, Malen oder Singen. Der Begriff Selbsthilfe wird hier bewusst vermieden. Die Menschen lernen sich kennen, planen bestenfalls gemeinsam weitere Aktivitäten, sodass der Name „Kontaktbüro“ durchaus Sinn ergibt. So werden Teilhabechancen geschaffen, die für pflegende Personen oftmals auf ein Minimum reduziert sind.

Das Kontaktbüro der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Minden-Lübbecke reagiert auf den Bedarf, die häusliche Betreuung sicherstellen zu müssen, während die pflegenden Personen an einem Selbsthilfeangebot teilnehmen. Hartmut Schilling organisiert in regelmäßigen Abständen einen „Mittagstreff für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen“ mit dem Titel „Mittagstisch – raus aus der Isolation“, an dem die Pflegebedürftigen einfach mitkommen können. So lernen sich Paare in ähnlichen Situationen beim gemeinsamen Essen kennen und haben die Möglichkeit, sich als Paar in einer vom Alltag losgelösten Situation neu zu begegnen.



© János Wágner

lichen Handelns. Die Einsicht für den eigenen Unterstützungsbedarf ist häufig erschwert. Es fehlen zeitliche Ressourcen oder die Vorstellung davon, dass der Austausch mit Gleichgesinnten unterstützend wirken könnte. Hinzukommt eine oftmals anzutreffende Negativ-Konnotation des Begriffs (Pflege-)selbsthilfe. Der Zusammenschluss von Menschen mit dem Ziel der Gegenseitigkeitshilfe wird nicht selten mit dem Klischee des obligatorischen „Stuhlkreises“ in Verbindung gebracht. Diese Assoziation schafft mitunter zusätzliche Hürden für die Teilnahme an einem Pflegeselbsthilfeangebot. Um das „Stuhlkreis“-Stigma aufzulösen, bedarf es daher authentischer Öffentlichkeitsarbeit. Die bestehenden lebensweltnahen Entlastungsangebote (siehe Infobox: Das Stuhlkreis-Phänomen), die es in Nordrhein-Westfalen seit Start des Lan-

desnetzes Pflegeselbsthilfe gibt, rücken so in den Fokus und ermöglichen bestenfalls eine verstärkte Annahme. Denn die Angebote der Pflegeselbsthilfe sind so vielfältig, wie die Menschen, die sie in Anspruch nehmen. Es entstehen in ihr Räume zur Befreiung aus der persönlichen und gesellschaftlichen Isolation, die die häusliche Pflege mit sich bringt. Auch hier gilt: „Die“ Selbsthilfe gibt es nicht.

Pflegeselbsthilfe – wo geht es hin?

Eine Herausforderung besteht daher in der Etablierung und nachhaltigen sowie langfristigen Implementierung in die Lebens- und Versorgungsstrukturen. Es geht um verschiedene Ebenen: das System und die Person – Struktur und Gruppen. In diesem Sinne bildet Pflegeselbsthilfe ein eigenständiges Element in der Idee von ganzheitlichen lokalen Versorgungsstrukturen: sie darf weder alleine für sich betrachtet werden, noch sollten formelle Unterstützungsstrukturen ohne Pflegeselbsthilfe gedacht werden, wenn es darum geht Pflege als gesamtgesellschaftliche Herausforderung wahrzunehmen und in Folge als solche umzusetzen. Die Strukturunion entspricht der Gewährleistung von Hilfe-Mix-Konstellationen im Sinne von caring communities bzw. sorgenden Gemeinschaften als Form moderner Daseinsvorsorge. Damit sei die Idee sorgetragender Lokalstrukturen unter Einbindung von Pflegeselbsthilfe jedoch noch nicht zu Ende gedacht. Notwendig sind vernetzte Strukturen und niedrigschwellige Zugangswege sowie ein lebensweltorientiertes Angebot, fernab vom Bild des Stuhlkreises als einzige Form der Gegenseitigkeitshilfe. Heutige Versorgungssituationen sind von solcher Komplexität gekennzeichnet, dass die Vernetzung des Hilfesystems unabdingbar ist, um adressatenorientiert zu agieren. Folglich muss eine Pflegeselbsthilfestruktur angedockt werden an bestehende sozialräumliche Akteure. Dies sind natürlich medizinisch-therapeutische Begleitstrukturen, die örtliche Beratungsinfrastruktur aber auch lebensweltnahe Orte wie Unternehmen. Der Koordinationsaufwand dieser strukturellen Vernetzung ist offensichtlich, mit Blick auf die Notwendigkeit von Gegenseitigkeitshilfe wichtig und durch örtliche Kontaktbürostrukturen umsetzbar. Entlastung und Zugehörigkeit – der Kern von Selbsthilfe kann so auch durch pflegende Angehörige erfahren werden und zugleich formelle und informelle Versorgungsarrangements begünstigen. ■

Literatur

Matzat (2016): Zur Lage der Selbsthilfegruppen: Die Ergebnisse der SHILD-Studie im Kontext von Praxis und Forschung. In: Kofahl; Schulz-Nieswandt; Dierks (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung. Münster: Lit Verlag. S. 249–255.

Matzat (2019): Selbsthilfe – Was es ist, und was es nicht ist. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2019. Gießen. S. 154–161.

Kofahl et al. (2016): Die Entwicklung der Selbsthilfegruppen zum Akteur in der gesundheitspolitischen Arena. In: Kofahl; Schulz-Nieswandt; Dierks (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung. Münster: Lit Verlag. S. 15–28.

Schulz-Nieswandt (2018): Lokale generische Strukturen der Sozialraumbildung. § 20h SGB V und § 45d SGB XI im Kontext kommunaler Daseinsvorsorge. Baden-Baden: Nomos.

Autor

Leon Hellermann ist Sozialarbeiter mit dem Schwerpunkt Netzwerkmanagement und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Er entwickelt und begleitet Modell- und Forschungsprojekte und ist Teil der Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz. Schwerpunkte seiner Arbeit sind die Themen Pflegeberatung, pflegende Angehörige und Pflegeselbsthilfe.

Kontakt: leon.hellermann@kda.de

Christian Heerdt ist Sozialwissenschaftler und Projektleiter im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Er erforscht und entwickelt Versorgungskonzepte und Lösungsansätze in der Altenhilfe. Schwerpunkte seiner Arbeit sind Netzwerks- und Strukturentwicklung in der Pflege und Betreuung, Welfare-Mix-Modelle in der Altenarbeit, Demenz und Prävention.

Kontakt: christian.heerdt@kda.de

NETZWERK ZUKUNFT – MENSCH. TECHNIK. PFLEGE.

24.–26. MÄRZ 2020 · MESSEGELÄNDE HANNOVER

Profitieren Sie von
exklusivem Fachwissen
in kostenfreien Experten-
vorträgen und nutzen
Sie die Chance zum
Netzwerken – auf der
ALTENPFLEGE 2020.

Nicht
verpassen:
Buchen Sie jetzt
Ihr Ticket für die
ALTENPFLEGE Party
am 24.03.!



Erleben Sie die Leitmesse der Pflegewirtschaft: Lassen Sie sich von Best Practices inspirieren, entdecken Sie Innovationen und erkunden Sie den vielfältigen Ausstellungsbereich – auf der ALTENPFLEGE 2020.

FACHAUSSTELLUNGEN

HECKMANN

UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE

www.altenpflege-messe.de
#altenpflege2020

Eine Frage der Haltung: Kinästhetik

Samariterstiftung setzt im Pflegealltag auf eine nachhaltig veränderte Haltung

Die alte Dame liegt im Bett auf dem Rücken und versucht mit Millimeterbewegungen sich in eine aufrechtere Position zu schieben. Es mag ihr kaum gelingen. Hinter ihren Bewegungen steckt kaum Kraft. Ihr könnte geholfen werden, indem das Pflegepersonal unter ihre Achseln greift und sie gewissermaßen „hochwuchtet“. Das allerdings ginge der Heberin aufs Kreuz und verursachte der Bettlägerigen unter Umständen Schmerzen. Wie geht das dann in guter Weise? Kinästhetik ist jetzt gefragt – die Lehre der Bewegungsempfindung, die durch eine systematische Sensibilisierung für die Wahrnehmung von Bewegung hilft, neue Bewegungskompetenzen bei allen Betroffenen zu entwickeln.

Die Idee der Kinästhetik und die Umsetzung im Pflegealltag

Kinästhetik wurde von Dr. Lenny Maietta und Dr. Frank Hatch begründet. Der Name ist die deutsche Form des englischen Begriffs Kinaesthetics, der aus der Kombination der Wörter kinetic (den Bewegungssinn betreffend) und aesthetic (durch die Sinne wahrgenommen) gebildet wurde. Die Ideen der Kinästhetik sind zudem durch Erkenntnisse der Verhaltenskybernetik und der humanistischen Psychologie beeinflusst. „Mit dem Schwerpunkt auf der Kinästhetik wenden wir uns von dem Behandlungsparadigma ab, das in einer geraden Linie darauf abzielt, für ein Problem exakt die eine Lösung herbeizuführen“, erzählt Hildegund Wulfgramm, Projektbeauftragte bei der Samariterstiftung über den Ansatz des Kinästhetik-Konzeptes. In der Kinästhetik hingegen ist es ein fließender Prozess, der auch viel mit Ausprobieren zu tun hat. Es geht weniger um die eine technisch richtige Vorgehensweise, als vielmehr darum, individuelle Fähigkeiten herauszufinden, zu stärken und zu stabilisieren. Für die alte Dame im Bett bedeutet dies, dass mit ihr unter Anleitung und einer wertschätzenden Wahrnehmung ausgetestet wird, welche Bewegungen sie aus eigener Kraft noch ausführen kann. Bei denen, die ihr nicht mehr möglich sind, wird nach einem anderen, neuen Bewegungsab-

lauf geschaut, der sie gleichermaßen dem Ziel ihres Wunsches, nämlich aufrechter im Bett zu liegen, bringt.

Kinästhetik als Instrument der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit

Dann gibt es da noch eine weitere Dimension im Zusammenhang mit dem Kinästhetik-Konzept: Pflegepersonen in der Altenpflege verbringen etwa ein Viertel ihrer Arbeitszeit in ungünstigen Körperhaltungen, sprich Heben, Tragen und Aufrichten gehen in die Schultern und auf den Lendenwirbel. Eine Studie der Barmer-Ersatzkasse belegt, dass Beschäftigte in Pflegeheimen bis zu 30 Tage im Jahr wegen Krankheit fehlen (vgl. www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports). Das sind zehn Tage mehr als der*die Durchschnittsbeschäftigte in anderen Berufen. „Das Kinästhetik-Konzept arbeitet ressourcenorientiert. Es vermittelt den Pflegenden ein Verständnis über die Funktionsabläufe in ihrem Körper. Sie lernen in ‚eigenen Forschungsprozessen‘ wann ihnen welche Bewegung gut tut“, beschreibt Wulfgramm den Ansatz. Insgesamt werden weniger Hebe- und Trageaktionen nötig. Das Kinästhetik-Konzept-System ist ein Instrument der Mitarbeitergewinnung und -bindung. Denn in Zeiten des akuten Fachkräftemangels

gilt es, sich als Arbeitgeber gut zu positionieren. Die Samariterstiftung setzt auch deswegen auf das Kinästhetik-Konzept. Denn bei konsequenter und richtiger Anwendung reduziert es die berufsbedingten körperlichen Belastungen der Pflegenden deutlich. Die ausgeprägte Acht- und Wachsamkeit, die der*die Pflegende entwickeln muss, wenn er kinästhetisch wirken möchte, schärft und stärkt zudem seine persönliche Resilienzfähigkeit. Er*sie kann mit psychisch schwierigen Situationen viel besser umgehen.

Kinästhetik-Konzept in der Samariterstiftung

Die Samariterstiftung schult dazu alle Mitarbeiter*innen in Pflege und Betreuung 2 x 4 Tage und alle Teilnehmer*innen schließen mit einem zertifizierten Grund- und Aufbaukurs in Kinästhetik ab. Die Mitarbeitenden erlernen somit Strukturen und erhalten Instrumente an die Hand, damit der fortlaufende Lernprozess nachhaltige Ergebnisse bringt. Das Projekt wird wissenschaftlich von den Hochschulen in Esslingen und St. Gallen begleitet und ausgewertet. Kinästhetik-Peer-Tutor*innen und Kinästhetik-Trainer*innen begleiten die Pflegenden und Betreuenden in ihrem pflegerischen Tun. Finanziell unterstützen folgende Partner das Projekt: AOK Baden-Würt-

temberg, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst, Wohlfahrtspflege, Diakonisches Werk Württemberg, Deutsches Hilfswerk.

Grundkurs Kinästhetik in der Pflege: Selbstwahrnehmung durch praktische Übungen schulen

Schließen Sie kurz die Augen und versuchen, sich vorzustellen, dass Sie jetzt von dem Platz aufstehen, wo Sie gerade sitzen und lesen. Was machen sie zuerst? Stützen Sie sich mit einer Hand ab oder rutschen Sie zunächst mit dem Po nach vorne? Oder ist es so, dass Sie zuerst beide Füße in den Boden drücken, die Hände auf die Stuhllehnen stützen, Druck ausüben und dann das Gesäß leicht anheben, um es dann nach vorne zu schieben? Wie geht es dann weiter? Um eine einfache Handlung auszuüben, nämlich aufzustehen, braucht es mindestens zehn einzelne kleine Änderungen der ursprünglichen Körperhaltung. War Ihnen das bewusst?

Genau um dieses „bewusste“ Wahrnehmen jeder einzelnen, und sei es eine noch so kleine Bewegung, geht es im Kinästhetik-Kurs, damit die eigene Bewegungsfähigkeit besser verstanden und erweitert werden kann. Denn jede aktive Bewegung bedeutet muskuläre Arbeit. Wie viel An-





© Samariterstiftung Nürtingen



strengung Muskeln beim Bewegen des Körpers, aber auch beim Heben und Tragen von zusätzlichem Gewicht aufbringen, kann beispielsweise an den etwa 20.000 bis 25.000 Dehnungssensoren der Muskelfasern kontinuierlich gemessen werden. Diese messbaren Impulse werden an das zentrale Nervensystem weitergeleitet. Dieses sensorische Netzwerk (kinästhetisches Sinnesystem) bildet die Grundlage der körperlichen Selbstwahrnehmung und der Bewegungsempfindung und ist die Voraussetzung für die menschliche Fähigkeit, Bewegungen der Körperteile unbewusst zu kontrollieren und zu steuern.

In Zweier-Teams wird geübt, wie es sich anfühlt, wenn jemand hilflos im Bett nach unten gerutscht ist und sich jetzt wiederaufrichten soll. Dabei ist es wichtig, „am eigenen Leib“ zu spüren, wie es sich anfühlt, wenn gehoben, gedrückt oder gezogen wird. Die richtige Kinästhetik-Vokabel für dieses Spüren ist „merken“: Merken, wie sich ein Handgriff anfühlt, spüren, ob es Widerstände gibt, und dann die Handgriffe anpassen – und zwar immer wieder – so lange, bis Bewegung „leicht“ ist, also keine Beschwerden, Schmerzen oder sonstiges mehr auftreten.

Kinästhetik als ein fließender Prozess

Kinästhetik ist ein fließender Prozess, bei dem ständig Informationen ausgetauscht werden zwischen jenen, die unterstützen wollen und denen,

die sich bewegen sollen. Nie werden dabei Grenzen überschritten. Wenn sich jemand unwohl fühlt, wird die Bewegung gestoppt und leicht abgewandelt. Oft wird eine komplexe Bewegung wie aus-dem-Bett-steigen in vielen kleinen bis kleinsten Teilschritten vollzogen. Durch die Schulung der individuellen Aufmerksamkeit spürt man anhand der eigenen muskulären Anstrengung, ob Bewegungsausführungen die Bewohner*innen überfordern und ob sie Abwehrspannung aufbauen. Wenn schwer gehoben wird, ist es nicht möglich, dem*der Bewohner*in ein sensibles Angebot zu machen. Demzufolge reagiert diese*r mit Abwehrspannung und blockiert. Er*Sie wird sich an dieser Bewegung nicht beteiligen. Dabei besteht ein umgekehrter Zusammenhang zwischen Bewegungssensibilität und Muskelspannung: Mit steigender Muskelspannung nimmt die Sensibilität für feine Unterschiede ab. Um eine gute muskuläre Wahrnehmung zu haben, darf die Körperspannung nicht zu hoch sein. Das wahrzunehmen, zu „merken“, wann die Körperspannung zum eigenen Selbstschutz reguliert werden muss, erfahren die Kurs-Teilnehmer*innen mittels Körperübungen. Sie spüren selbst, wie sich eine hohe Körperspannung negativ auf die Fähigkeit auswirkt, empfindsam zu sein. Sie lernen dabei, sich durch sensible Selbstwahrnehmung und rechtzeitige Bewegungsanpassung zu schützen. Bei Stress

steigt die Körperspannung oft unbemerkt. Dem lässt sich durch Lockerungsbewegungen gezielt entgegenwirken.

Kinästhetik wirkt nach zwei Seiten

Das Konzept der Kinästhetik wirkt also nach zwei Seiten: Es soll betagten und kranken Menschen helfen, ihre Selbstwahrnehmung zu fördern und ihre Ressourcen zu erkennen. Der Pflege soll es dienen, sich vor körperlicher Überbelastung und deren Folgeschäden zu schützen. Der menschliche Körper arbeitet gewissermaßen mit einem ‚Motor‘, er organisiert sich also von innen heraus selbst. Mit aktiver Muskelkraft kann er sich gegen die Schwerkraft aufrichten, wie es z. B. beim Aufstehen vom Stuhl der Fall ist. Fließt das Gewicht von Kopf und Brustkorb durch das Vorbeugen des Oberkörpers auf die Füße, so entsteht dort ein fester Druck auf den Boden. Dieser bewirkt, dass der „Motor“ anspringt und der Mensch beginnt, sich von innen heraus aufzurichten. Ein gleichzeitig-gemeinsames Bewegungsangebot der Pflegenden in diese Richtung ermöglicht es dem Bewohner, diesen menschlichen Prozess in sich zu erleben und macht „Heben und Tragen“ überflüssig.

Um Bewegung passend zu unterstützen, ist es wichtig, zu verstehen, nach welchen Gesetzmäßigkeiten menschliche Bewegung abläuft. Im Kinästhetik-Kurs lernen die Teilnehmer*innen aus eigener Erfahrung und verstehen deshalb Zusammenhänge, die ihnen in dieser Form noch nie bewusst gewesen sind. Tatsache ist: Alle Tätigkeiten und Funktionen, die wir in unserem Alltag ausüben, gehen von Bewegungen aus. Dies gilt für bewusste Aktivitäten (z. B. Gehen, Essen, Schlafen) sowie auch für unbewusste Aktivitäten (zum Beispiel Atmen, Verdauen). Durch unsere Bewegungen sind wir in Interaktion mit der Welt und nehmen diese dadurch wahr. Die Aktivitäten und die inneren Prozesse beeinflussen sich gegenseitig. Dies lässt sich daran erkennen, dass unsere Atmung ansteigt (unbewusst), sobald wir rennen (bewusst). Vor allem die unbewussten Reaktionen und Änderungen in der Körperspannung gilt es wachsam zu bemerken. Sie sind der Kompass, an dem sich jedes weitere Handeln dann ausrichtet.

Fazit: Bewegungskompetenz und Selbstständigkeit als Grundlage der Gesundheitsentwicklung

Selbstständigkeit beeinflusst subjektives Wohlbefinden. Deshalb sollten sich Pflegende bewusst sein, dass es für jemanden der immobil ist, nicht egal ist, ob seine*ihre Bewegung, die er*sie nicht mehr vollständig alleine ausführen kann, durch die Pflege übernommen wird, oder ob er*sie bei dieser Bewegung eine passende Unterstützung bekommt, und dann stolz sagen oder denken kann: „Ich hab’s geschafft!“ Bewegung ist in jedem Alter unabhängig vom Gesundheitszustand gesundheitsförderlich. Sie wirkt in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht positiv. Bewegung unterstützt das Wohlbefinden bei chronischen Leiden, verhindert altersbedingten Verlust an Muskel und Knochenmasse und trägt zum Erhalt von Gleichgewichtsfähigkeiten, Beweglichkeit und Ausdauer bei. Bewegung spielt für die Erhaltung einer guten Lebensqualität und die Vermeidung von Pflegeabhängigkeit eine zentrale Rolle. Ziel jeder Pflegemaßnahme muss sein, die Selbstbestimmung so lange wie möglich aufrecht zu halten, die Rückbildung der Symptome zu fördern und Sekundärerkrankungen zu vermeiden. ■

Autorin

Sabine von Varendorff

Samariterstiftung (Pressereferentin)

www.samariterstiftung.de

Kontakt: sabine.vonvarendorff@samariterstiftung.de

Projektleitung:

Hildegund Wulfgramm

Samariterstiftung (Referentin Altenhilfe und Pflege)

Kontakt: Hildegund.Wulfgramm@nuertingen.samariter.de

Gesamtleitung Bildungs- und Entwicklungsprojekt

Kinästhetik:

Barbara Lauffer-Spindler

(Leitung Referat Altenhilfe und -pflege)

Kontakt: barbara.lauffer-spindler@samariterstiftung.de

Pflegerische Vollversorgung weiter entwickeln

„Stationäre Hausgemeinschaften“, „Quartiershäuser“ – wo geht die Reise hin?

Die stationäre Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren in Deutschland verändert und steht auch in Zukunft vor enormen Herausforderungen, die eine Weiterentwicklung bestehender Konzepte erfordern. Nach einem kontinuierlichen Ausbau der stationären Versorgungskapazitäten – so ist allein im Zeitraum von 2010 bis 2017 die Zahl der Einrichtungen um + 9,5 Prozent (und die Anzahl der Plätze um + 9,0 Prozent) gestiegen – stagniert der Ausbau seit 2015 bzw. etwa bei der Hälfte der Bundesländer lässt sich ein Rückgang der stationären Versorgungskapazitäten erkennen. In fast allen Bundesländern standen im Jahr 2017 pro 1.000 Pflegebedürftige weniger Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung als noch im Jahr 2010 (Rothgang et al. 2017). Entsprechend ist nach einem Hoch in 2005 der Versorgungsanteil Pflegebedürftiger, die in stationären Einrichtungen leben, trotz Ausbau inzwischen von 31,2 Prozent auf 24,0 Prozent gesunken (Statistisches Bundesamt 2018).

Der Rückgang der stationären Versorgungskapazitäten hat verschiedene Ursachen:

- Politischer Grundsatz „ambulant vor stationär“
- die in den letzten Pflegeversicherungsreformen erfolgte auch finanzielle Stärkung der ambulanten Versorgung (z. B. Wohngruppenpauschale und Tagespflege SGB XI sowie SGB V-Leistungen),
- Ordnungsrechtliche Auflagen für stationäre Einrichtungen wie die Erhöhung der Einzelzimmerquoten in einzelnen Länderheimgesetzgebungen (z. B. 80 Prozent NRW bis 100 Prozent BaWü)
- Qualitätsanforderungen an die stationären Einrichtungen wie die 50 Prozent Fachkraftquote, denen die Einrichtungen angesichts des Pflegegenotstandes immer schwerer gerecht werden können
- Ausbau alternativer Wohnformen – in den vergangenen Jahren sind allein über 3.000 ambulante Pflegewohngemeinschaften entstanden (Klie et al. 2017).

Veränderte Wohn- und Versorgungswünsche

Vor allem aber haben sich die Wohn- und Versorgungswünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verändert. Sie wollen auch bei Hilfe- und Pflegebedarf selbstständig und selbstbestimmt leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des GKV-Modellprogramms „Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“ hat das KDA über 100 Pflegebedürftige mündlich und 400 schriftlich danach befragt, warum sie sich für solche neuen Wohnangebote entschieden haben und was ihnen bei den Wohn- und Versorgungskonzepten wichtig ist. Für die Bewohnerschaft war nicht nur die Gewährleistung einer hohen Versorgungssicherheit bedeutsam. Wichtig war ihnen vor allem auch, dass ihre Privatsphäre gewahrt wird und dass sie Einfluss auf die Leistungsgestaltung haben. Und besonders wichtig war ihnen weiterhin, teilhaben zu können und sozial eingebunden zu bleiben (GKV Spitzenverband 2019). Die Diskussion zur Weiterentwicklung der stationären Pflege

darf daher nicht nur die gesellschaftlichen Herausforderungen – wie demografische (Anstiege der Zahl Pflegebedürftiger, Pflegenotstand), soziale (soziale Differenzierung, Digitalisierung, Einsamkeitsproblematik) und ökonomische (Altersarmut, Belastung sozialer Sicherungssysteme) – in den Blick nehmen, sondern muss auch diese Wohn- und Versorgungswünsche der Pflegebedürftigen berücksichtigen.

Stationäre Hausgemeinschaften – pflegerische Vollversorgung deinstitutionalisieren

Das KDA setzt sich seit Jahren dafür ein, die pflegerische Vollversorgung nutzergerecht weiter zu entwickeln und gleichzeitig die gesellschaftlichen Entwicklungen zu berücksichtigen. Um die Jahrtausendwende hat das KDA die Leitidee der „Stationären Hausgemeinschaften“ als „4. Generation des Altenheimbaus“ entwickelt. Leitprinzip war, die stationäre Pflege zu deinstitutionalisieren und bei der stationären Versorgung das Normalitätsprinzip in den Fokus zu rücken.

Über Jahre galt dieses Modell als bedarfsgerechte Weiterentwicklung der stationären Versorgung. Viel wurde über die Umsetzung diskutiert, Rahmenbedingungen für die Implementierung dieses Versorgungsangebotes erleichtert und die Wohn- und Versorgungssituation in zahlreichen Pflegeheimen nach diesem Konzept gestaltet. Es gibt zwar aktuell keine verlässlichen Zahlen, die sicher belegen, wie viele stationäre Einrichtungen nach dem stationären Hausgemeinschaftskonzept arbeiten. Aktuellere Schätzungen gehen von 2–5 Prozent der bestehenden stationären Versorgungskapazitäten aus (Kruth et al. 2015) (das wären bei aktuell ca. 877.000 stationären Dauerpflegeplätzen [Statistisches Bundesamt 2018] ca. 20.000 bis 40.000 Plätze). Eine konkrete Zahl zu benennen ist vor allem auch deshalb schwer, weil einige Einrichtungen nur einzelne Elemente oder abgewandelte Formen bzw. Mischformen des ursprünglichen KDA-Hausgemeinschaftskonzeptes anwenden.

Seit einiger Zeit ist es um dieses Konzept ruhiger geworden. Auch kritische Stimmen melden sich und fragen sich, ob dieses Konzept heute noch zeitgemäß ist oder favorisieren eine abgewandelte Form der stationären Hausgemeinschaften. Eine Studie des Ev. Johanneswerks Bielefeld hat z. B. festgestellt, dass weder aus Nutzer- noch aus Mitarbeitersicht die dezentrale Organisation der Versorgung als Merkmale der stationären

Aufgaben der Träger in KDA-Hausgemeinschaften

- Sicherung kleinteiliger Versorgungsformen in familienähnlichen Gruppen von 8–14 Bewohner*innen;
- Gewährleistung von Alltagsnormalität, die entsprechend der Biografie der Bewohnerschaft den Alltag strukturiert;
- Präsenzkkräfte, die die rund-um-die-Uhr-Versorgung sichern;
- Gleichwertigkeit von Pflege, Betreuung, Begleitung und Hauswirtschaft;
- dezentrale Leistungsgestaltung, um möglichst viele Kräfte in die Betreuung und Pflege der Bewohnerschaft einzubinden und Alltagsnormalität in der Wohneinheit zu sichern sowie
- Stärkung der Eigenverantwortung der Betroffenen (Winter et al. 2002)

Hausgemeinschaft grundsätzlich Vorteile hat und man daher das Konzept entsprechend abwandeln sollte (GKV Spitzenverband 2018). Ob solche Abwandlungen von dem „reinen“ Hausgemeinschaftskonzept wirklich keinen Einfluss auf eine nutzerorientierte Versorgung haben, kann angesichts der heutigen Datenlagen nicht generell beurteilt werden. Die mangelhafte Wirksamkeit auf die nutzerorientierte Dienstleistungsqualität in der genannten Studie kann auch durch andere Faktoren bedingt sein. Teilhabe und Autonomie für Bewohner*innen werden in diesem Konzept nicht nur durch die Organisationsform, sondern vor allem durch eine andere Haltung gewährleistet, die von den Mitarbeitenden gelebt werden muss. Auch verweist die Studie noch einmal auf die besondere Bedeutung einzelner Elemente dieses Konzeptes – wie z. B. die Kleinteiligkeit – für die Lebensqualität der Bewohnerschaft hin. Eine Gesamtevaluierung zur Umsetzung und bedarfsgerechten Weiterentwicklung dieses Konzeptes ist dringend erforderlich. Vielleicht müssen einzelne Elemente angesichts veränderter Rahmenbedingungen überdacht werden. Zentrale Intention des Konzeptes war jedoch zur Deinstitutionalisierung der stationären Versorgung beizutragen und eine mehr an den Nutzbedarfen orientierte Versorgung zu sichern – dies bleibt eine sehr zeitgemäße Anforderung. Es geht nicht um die Frage „Dezentral oder zentral?“, sondern „Wie gestalten wir Servicequalität aus Nutzersperspektive?“ (GKV 2018, S. 68).

Quartiershäuser – pflegerische Vollversorgung in den Sozialraum integriert

Einen Beitrag zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der stationären Versorgung stellen auch die „Quartiershäuser“ dar, die das KDA

um 2010 als 5. Generation des Altenheimbaus entwickelt hat (Michell-Auli; Sowinski 2013). Die KDA-Quartiershäuser sind eine konsequente Weiterentwicklung der 4. Generation – der KDA-Hausgemeinschaften. Auch sie sind dem Lebensprinzip der Normalität verpflichtet und setzen dieses durch das Prinzip „Leben in Gemeinschaft“ (mit einer Wohnküche und familienähnlichen Strukturen) sowie dem Prinzip „Leben in Privatheit“ (mit Einzelzimmern, individuellen Rückzugsmöglichkeiten und individueller Alltagsgestaltung) um. Der Ansatz der Quartiershäuser geht jedoch durch das Prinzip „Leben in der Öffentlichkeit“ darüber hinaus. Er begreift Einrichtungen nicht als geschlossene Systeme, sondern sieht sie kontextuell eingebunden als mitverantwortlicher Gestalter im Sozialraum. Die demografischen Herausforderungen erfordern andere Lösungen und vor allem, andere Verantwortungsrollen wahrzunehmen. Stationäre Träger sind nicht mehr nur verantwortlich für die Leistungserbringung für ihre Bewohnerschaft, sondern auch Aktivator und Koordinator zur Sicherung der Teilhabe und notwendiger Un-

terstützungsressourcen für *ihre* Bewohnerschaft im Quartier. Gleichzeitig können sie verantwortlich sein für *andere* unterstützungsbedürftige Bewohner*innen im Quartier, sie schaffen Versorgungssicherheit vor Ort, damit Menschen auch mit steigendem Hilfe- und Pflegebedarf länger zu Hause bleiben können:

Bei der Umsetzung dieses Versorgungsmodell ergeben sich vielfältige ordnungs- und leitungswirtschaftliche Herausforderungen, ebenso sind Veränderungen in der Personal- und Organisationsentwicklung erforderlich (Deutscher Verein 2018). Vor allem die Sektorengrenzen machen die Umsetzung solcher Wohnkonzepte schwierig. Gesamtversorgungsverträge sind z. B. erforderlich, um sowohl stationäre als auch ambulante Versorgung im Quartier sichern zu können. Trotz dieser Herausforderungen haben sich mittlerweile viele stationäre Einrichtungsträger auf den Weg gemacht, sich in diese Richtung weiter zu entwickeln und verstehen für sich die „Öffnung ins Quartier“ als zukünftig notwendige Ausrichtung (u. a. Lücke 2017).

Fazit: Wie soll sich pflegerische Vollversorgung in Zukunft weiterentwickeln?

Es stellt sich die Frage, wie die pflegerische Vollversorgung in Zukunft weiter zu entwickeln ist, um einerseits den gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen begegnen zu können und andererseits den aktuellen und zukünftigen Wohn- und Versorgungswünschen der pflegebedürftigen Menschen gerecht zu werden. Um dies zu gewährleisten, werden Angebote der pflegerischen Vollversorgung noch flexibler atmende Systeme schaffen müssen. Im Sinne der Betroffenen ist es erforderlich, auch bei Pflegebedarf ein privates Wohnen im vertrauten Wohnumfeld zu ermöglichen; im Wohnquartier eine umfassende pflegerische Versorgung zu sichern, die unabhängig vom Wohnort (zu Hause oder in Einrichtungen) – sektorenübergreifend – abgerufen und flexibel gestaltet werden kann. Gesamtgesellschaftlich ist erforderlich, bei der Umsetzung alle möglichen Ressourcen zu aktivieren und synergetisch in geteilter Verantwortung (im Welfare-Mix Staat, Markt, Bürgergesellschaft, auch mit Technikunterstützung) zusammen zu führen. Die Rolle der Leistungserbringer pflegerischer Vollversorgung wird sich in solchen flexibel atmenden Systemen erweitern müssen. Zur Verantwortung der Träger solcher vollpflegerischen Versorgungsangebote gehört nicht mehr nur die

Rollen der Träger von „Quartiershäusern“

- **Öffnen in das Quartier:** Stationäre Einrichtungen engagieren sich für ihr Klientel, damit sich die umgebenden Lebensräume so weiterentwickeln, dass sich die Lebensqualität für ihre Bewohnerschaft verbessert. Sie können sich so z. B. in lokalen Netzwerken engagieren und in anwaltschaftlicher Funktion die Interessen ihrer Bewohnerschaft bei der allgemeinen Quartiersentwicklung einbringen; sie können Ressourcen im Quartier aktivieren, um die Versorgungsmöglichkeiten für ihr Klientel zu verbessern (z. B. Initiierung Nachbarschaftshilfe); sie können sich für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen einsetzen, sodass ihre Bewohnerschaft am Leben im Quartier besser teilhaben kann (z. B. mehr Sitzbänke im Wohnumfeld der Einrichtung schaffen).
- **Öffnen für das Quartier:** Stationäre Einrichtungen haben nicht nur ihr Klientel im Blick, sondern übernehmen evtl. im Auftrag der Kommune die Funktion der gesamten Quartiersentwicklung und versuchen für möglichst viele Bewohner*innen das Wohnquartier bedarfsgerechter zu gestalten. Sie können so z. B. für alle Quartiersbewohner zum Begegnungszentrum werden; sie können Leistungen der Einrichtung auch für andere Quartiersbewohner zur Verfügung stellen, um damit die Versorgungssicherheit im Quartier zu verbessern (z. B. Mittagstisch, Beratung und ambulanten Pflege, Tage- und Kurzzeitpflege bis hin zu niederschweligen Betreuungsangeboten oder hauswirtschaftlichen Leistungen für Menschen im Quartier); sie können zum Motor werden, die vielen gesundheitlichen Hilfen im Quartier zu vernetzen, um gemeinsam die örtlichen Ressourcen synergetischer zu nutzen (z. B. Gesundheitszentren) (Bertelsmann Stiftung 2018).

Bereitstellung von Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen. Es geht um eine Weiterentwicklung vom reinen Leistungserbringen zum Leistungs koordinieren:

Zusätzliche Anforderungen an Träger pflegerischer Vollversorgung in Zukunft

- Sie müssen mit dazu beitragen, die einzelnen Bedarfe und Selbstverwirklichungschancen der Pflegebedürftigen noch systematischer zu ermitteln und anschließend passgenaue unabhängig vom Wohnort – sektorenübergreifende – Ressourcen für die Unterstützung zu erschließen. Das Case-Management wird hierbei eine zentrale Rolle spielen.
- Zu ihrer Aufgabe wird auch gehören, die, die sich einbringen wollen, zu befähigen, sich verantwortlich einbringen zu können. Es geht um eine Stärkung der Selbstbefähigung der einbezogenen Betroffenen und Akteure. Dies schließt auch eine stärkere Eigenverantwortung des Personals ein, das im Quartier die Leistungen erbringt. Auch dies erfordert professionelle Begleitung.
- Weiterhin müssen die Leistungen, Ressourcen, Potenziale aufeinander abgestimmt werden. Es geht um eine professionelle Steuerung der geteilten Verantwortung im Sinne eines Bürger-Profi-Technik-Mixes im Quartier. Dies erfordert ein hohes Maß an koordinierenden Tätigkeiten auch im Sinne eines Quartiersmanagements.

Erste Einrichtungsträger experimentieren bereits mit solchen Modellen und neuen Trägerrollen. Für die Zukunft sind Erfahrungen zu sammeln, welcher Rahmenbedingungen es für eine solche konsequent an den Nutzerbedarfen orientierte sektorenübergreifende Weiterentwicklung der vollpflegerischen Versorgung in geteilter Verantwortung bedarf. ■

Literatur

Bertelsmann Stiftung (2018): Aufgaben und Rollen in der Quartiersentwicklung, Praxishilfe, Gütersloh.

Deutscher Verein (2018): www.deutscher-verein.de/de/uploads/vam/2018/f-4418-18/f4418_gute-kommunale-strukturen-im-sozialraum_baueroohnesorge-projekt-galinda.pdf [abgerufen am 19.12.2019].

GKV-Spitzenverband (2018): Paradigma Hausgemeinschaft?! Weiterentwicklung der stationären Versorgung im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (PaHaNeu) Laufzeit: Februar 2015 bis September 2017 Projektnummer: A20610, Berlin. Online: www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/a_projekte/pahaneu.jsp [abgerufen am 19.12.2019].

GKV Spitzenverband (2019): Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Online: www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp [abgerufen am 19.12.2019].

Klie et al. (2017): Ambulant betreute Wohngruppen – Bestandsempfehlung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen – Abschlussbericht, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Kruth; Schönberg; Techtman (2015): Paradigma Hausgemeinschaften? – Lebensqualität in Einrichtungen mit Merkmalen des Hausgemeinschaftskonzeptes, Präsentation auf dem DEVAP Bundeskongress 23./24.9.2015.

Lücke (2017): KDA-Quartiershäuser. Höchstmaß an Privatsphäre. In: Die Schwester. Der Pfleger 2/2017. S. 80–82.

Michell-Auli; Sowinski (2013): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Band 6. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.), Köln.

Rothgang et al. (2017): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn.

Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

Winter; Gennrich; Haß (2002): KDA Hausgemeinschaften: Die vierte Generation des Altenpflegeheimbaus. Eine Dokumentation von 34 Projekten. Band 9. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.), Köln.

Autorin

Ursula Kremer-Preiß (Soz.-Wiss.), Fachbereichsleitung „Wohnen und Quartiersgestaltung“, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Schwerpunkte: Wohnen im Alter, Quartiersentwicklung, kommunale Altenhilfeplanung.

Kontakt: ursula.kremer-preiss@kda.de

Unterstützung in der Nachbarschaft

Wie hilft sie alten Menschen?

Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen der Gesellschaft stellt sich die Frage, wie Sorgestrukturen erhalten, gestärkt und entwickelt werden können, die es erlauben, auch im hohen Alter in der vertrauten Umgebung wohnen zu bleiben. Dies ist für die meisten Älteren eine wichtige Quelle von Lebensqualität. Wie nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen im Alltag helfen können, wurde in einer Studie der Technischen Hochschule Nürnberg in Kooperation mit dem Seniorenamt der Stadt Nürnberg untersucht. Es zeigt sich, dass gerade informelle nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen weit verbreitet sind und darüber hinaus ein großes Potenzial dafür existiert. Nachbarschaft kann zwar weder familiäre soziale Netzwerke noch sozialstaatliche Leistungen ersetzen, aber gerade Ältere können davon erheblich profitieren, wenn es gelingt, Rahmenbedingungen von Nachbarschaft zu stärken.

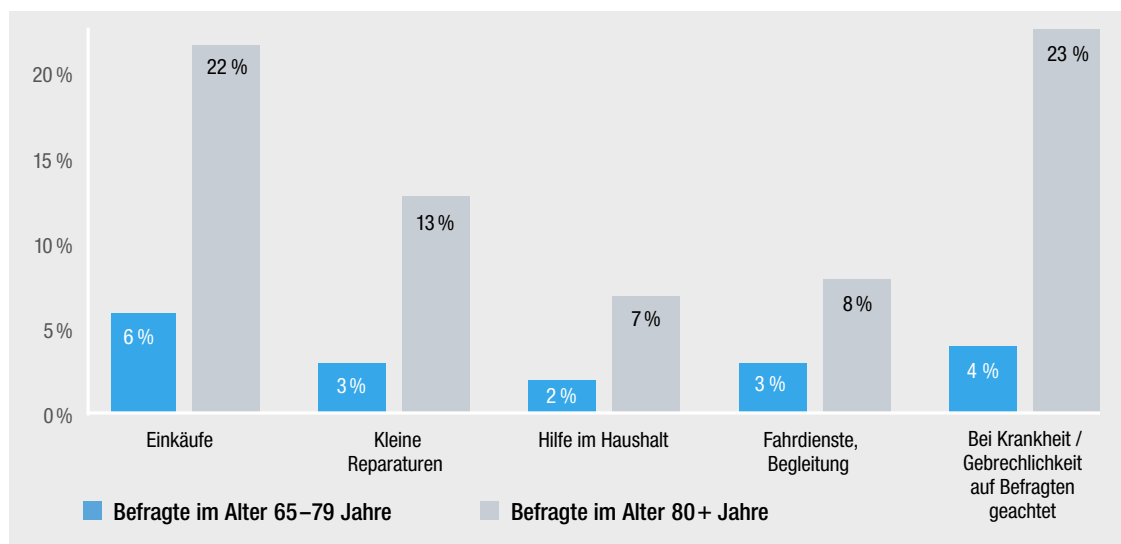
Unterstützung in der Nachbarschaft – die Nürnberger Studie

Der Siebte Altenbericht hebt die Bedeutung des unmittelbaren Wohnumfeldes bzw. lokaler Strukturen für alte Menschen hervor. Kritisch wird hier angemerkt, dass zwar nachbarschaftliche Strukturen gerade für Ältere besonders bedeutsam sind, dass diese häufig informell erbrachten Unterstützungsleistungen in der Engagementberichterstattung jedoch kaum systematisch erfasst werden (BMFSFJ 2016: 80–81). Eine von den Verfasserinnen dieses Beitrags in Kooperation mit dem Seniorenamt der Stadt Nürnberg durchgeführte Studie will dazu beitragen, diese Forschungslücke zu schließen (Fromm/Rosenkranz 2019): Im Rahmen einer repräsentativen standardisierten Befragung im Frühjahr 2017 wurden Ausmaß, Formen, Bedingungen, (sozial-)räumliche Verteilung und Potenzial für nachbarschaftliche Hilfen detailliert untersucht. Dazu wurde eine nach sozialräumlichen Teilgebieten geschichtete Zufallsstichprobe der Nürnberger Wohnbevölkerung ab 18 Jahren realisiert (n = 10.000; Ausschöpfungsquote: 22 Prozent). Im Mittelpunkt des Interesses standen informelle Unterstützungsleistungen zwischen Nachbar*in-

nen, also solche, die privat und unentgeltlich von und für Nachbar*innen erbracht werden und die nicht durch Dritte organisiert bzw. an Organisationen angeschlossen sind.

Um Umfang und Struktur informeller nachbarschaftlicher Unterstützung zu messen, wurde ein breites Spektrum von insgesamt 15 Formen nachbarschaftlicher Unterstützung abgefragt, die in den zwölf Monaten vor der Befragung erbracht oder erhalten wurden. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die meisten Befragten Unterstützung durch Familie oder Freund*innen erhalten und nachbarschaftlicher Hilfe vorziehen (siehe unten) und dass die erbrachten und angenommenen Hilfen nicht nur die Hilfsbereitschaft unter Nachbarn spiegeln, sondern auch die Gelegenheitsstruktur für nachbarschaftliche Hilfen: Hilfebedarfe unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens, der zeitlichen und sozialen Intensität, der Verbindlichkeit und der Reziprozität der Hilfeleistungen. Auch das soziale und bauliche Setting beeinflusst Nachbarschaftshilfen: Hilfe bei der Gartenarbeit kann zum Beispiel überhaupt nur dort geleistet werden – unabhängig von der Bereitschaft dazu – wo es Gärten gibt,

Abb. 1: Nachbarschaftliche Hilfen, die ältere Menschen mindestens einmal im Monat erhalten haben



Quelle: Datensatz
„Nachbarschaftshilfe
in Nürnberg“
© Fromm & Rosenkranz,
TH Nürnberg 2017
(n = 1.962–1.979)

Paketbot*innen werden dort häufiger bei Nachbar*innen klingeln, wo es viele Erwerbstätigenhaushalte gibt, usw.

Wunsch nach Anonymität (12 Prozent) zu tun, sondern eher mit einem Mangel an Zeit und Gelegenheit, Nachbarn zu begegnen.

Lange Wohndauer, hohe Zufriedenheit und engere nachbarschaftliche Kontaktdichte bei Älteren

Die Ergebnisse bestätigen zunächst die Bedeutung des unmittelbaren Wohnumfeldes für Ältere: Etwa 90 Prozent der hochaltrigen Befragten (80 Jahre und älter) leben seit mindestens zehn Jahren in ihrer jeweiligen Nachbarschaft. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die „sehr gerne“ in ihrer Nachbarschaft leben, in dieser Altersgruppe mit 81 Prozent am höchsten. Dass sich die Befragten in ihrer jeweiligen Nachbarschaft wohlfühlen, bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass sie auch enge nachbarschaftliche Kontakte pflegen. Lediglich 46 Prozent aller Befragten gaben an, zumindest zu einigen Nachbar*innen engere Kontakte zu unterhalten. Allerdings gibt es hier große Unterschiede zwischen den Altersgruppen: Während von den unter 40-Jährigen nur etwa ein Drittel engere Kontakte pflegt, sind es bei den Befragten ab 65 Jahren etwa zwei Drittel. Auch bei loserer Formen des Kontakts bestehen erhebliche Unterschiede: 21 Prozent der unter 40-Jährigen geben an, niemanden oder fast niemanden in der Nachbarschaft von gelegentlichen Gesprächen zu kennen; bei den Älteren sinkt dieser Anteil auf nur drei Prozent. Nachbarschaftliche Kontakte spielen also für Ältere eine deutlich größere Rolle.

Wenige Nachbarschaftskontakte haben dabei weniger mit generell geringem Interesse an Nachbarschaftskontakten (19 Prozent) oder dem

Nachbarschaftliche Hilfen richten sich nach dem Lebensalter

Zwischen den Altersgruppen gibt es deutliche Unterschiede sowohl im Hilfebedarf bei alltäglichen Dingen wie auch bezüglich der Muster des Annehmens und Erbringens von informellen Unterstützungsleistungen. Im Folgenden werden ausschließlich Unterstützungsleistungen betrachtet, die sich als insbesondere für Ältere bedeutsam erwiesen (vgl. Abb. 1):

Mehr als jede*r fünfte Befragte im Alter ab 80 Jahren gibt an, dass Nachbar*innen für ihn*sie mindestens einmal im Monat eingekauft haben; bei der Gruppe der 65- bis 79-Jährigen sind dies nur sechs Prozent. Auch mit kleineren Reparaturen oder mit Fahrdiensten bzw. Begleitung, etwa zum Arzt*Ärztin, werden Hochaltrige sehr viel häufiger unterstützt. Weitergehende Hilfen im Haushalt wie Kochen, Putzen oder Wäschepflege werden demgegenüber sehr viel seltener benötigt und von Nachbar*innen angenommen. Bei etwa 90 Prozent der Befragten bis zur Altersgruppe der maximal 79-Jährigen ist kein entsprechender Hilfebedarf gegeben, und weitere sechs bis sieben Prozent wollten keine Nachbar*innen bitten. Dagegen benötigten 81 Prozent der mindestens 80-Jährigen keine Hilfe – der Hilfebedarf ist hier also deutlich höher.

Eine wichtige Rolle für Hochaltrige spielt die Aufmerksamkeit von Nachbar*innen bei Krankheit oder Gebrechlichkeit: Fast ein Viertel der Hochaltrigen geben an, dass Nachbar*innen aus

diesen Gründen mindestens einmal im Monat auf sie geachtet hatten; innerhalb eines Jahres sogar 34 Prozent.

Umgekehrt geben insgesamt 36 Prozent der Befragten an, mindestens einmal im Jahr auf alte, gebrechliche oder kranke Nachbar*innen geachtet zu haben, und 22 Prozent tun dies mindestens einmal im Monat. Die höchsten Monatswerte erreichen hier die beiden ältesten Gruppen mit 27 bzw. 32 Prozent; Ältere und Hochaltrige erhalten also nicht nur Hilfe, sondern sind auch aktiv in Hilfenetzwerke eingebunden. Das gilt sowohl für das Annehmen von Paketen oder die Versorgung von Pflanzen in Abwesenheit wie auch besonders für stärker personenbezogene Hilfen wie das Besuchen von alten, kranken oder einsamen Nachbar*innen oder eine generelle Haltung der Aufmerksamkeit gegenüber alten Menschen in der Nachbarschaft.

Bedingungen informeller nachbarschaftlicher Unterstützung

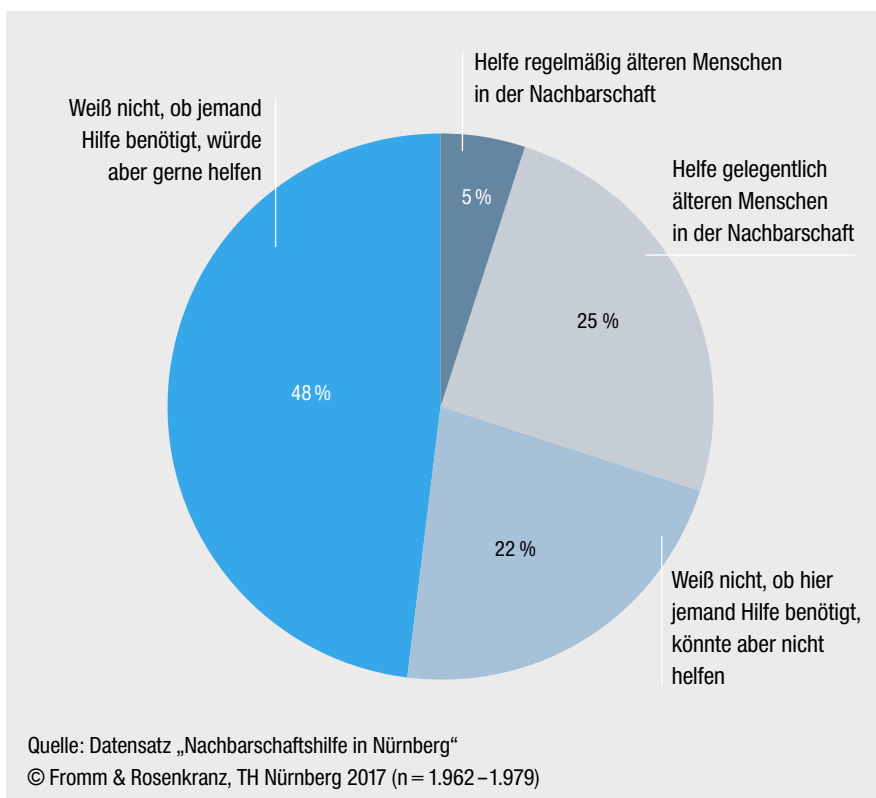
Wichtigste Bedingung, um Nachbar*innen zu helfen, ist für zwei Drittel der Befragten die Überschaubarkeit des zeitlichen Aufwands. Auch der Wunsch, keine dauerhaften Verpflichtungen eingehen zu müssen, spielt eine wichtige Rolle (42 Prozent). Etwa einem Viertel der Befragten

ist es wichtig, nicht für unbeabsichtigt auftretende Schäden aufkommen zu müssen und 16 Prozent hätten gerne eine*n Ansprechpartner*in, wenn ihnen die Nachbarschaftshilfe zu viel wird oder wenn Fragen auftreten. Für das Annehmen von nachbarschaftlicher Hilfe ist es einer großen Mehrheit der Befragten wichtig, den Nachbar*innen keine großen Umstände zu machen. Auch die Wechselseitigkeit der Hilfe ist von Bedeutung: So wollen 47 Prozent den Nachbar*innen im Gegenzug auch helfen können, etwa ein Viertel will sich mit einem kleinen Geschenk oder etwas Geld bedanken können und immerhin ein Drittel möchte Hilfe nur annehmen, wenn sie selbst schon in Vorleistung gegangen sind. Damit ist die Wechselseitigkeit nachbarschaftlicher Unterstützung für das Annehmen von Hilfe sehr viel bedeutsamer als für das Erbringen. Auch die Angst vor Abhängigkeit spielt für etwa ein Viertel der Befragten eine Rolle.

Hilfe durch Familie und Freund*innen ist bedeutsamer – Nachbarschaft kompensiert keine anderen Netzwerke

Auch wenn soziale Netzwerke im höheren Alter schrumpfen (Wrzus et al. 2013), sind die meisten Älteren und auch Hochaltrigen aktuell noch gut in familiäre und andere soziale Netzwerke eingebunden (Generali 2017). Dies bestätigen auch die Ergebnisse der Nürnberger Studie. Gegenwärtig können noch mehr als 70 Prozent aller Befragten auf ein familiäres Netzwerk zurückgreifen, wenn sie Hilfe benötigen. Bei den Hochaltrigen steigt dieser Anteil sogar auf etwas mehr als 80 Prozent. Bei der Unterstützung durch Freund*innen sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen größer: Während die 18- bis 44-Jährigen zu ca. 80 Prozent über Freund*innen verfügen, die helfen können, sind es bei den Hochaltrigen nur noch 33 Prozent. Von Nachbarn erhalten etwas mehr als ein Fünftel der Befragten zumindest gelegentlich Unterstützung, bei den Hochaltrigen sind es etwa ein Drittel. Auch wenn informelle nachbarschaftliche Hilfen weit verbreitet sind, ist für fast alle Befragten Hilfe durch Nachbar*innen nachrangig zur Hilfe durch Familie oder Freund*innen. Dabei gilt: Wer gut in soziale Netzwerke aus Familie und Freund*innen eingebunden ist, hat häufig noch zusätzliche Unterstützung durch Nachbar*innen. Personen, die keine Unterstützung durch Freund*innen oder Familie haben, werden auch seltener durch Nachbar*innen unterstützt. Nachbarschaftshil-

Abb. 2: Potenzial für nachbarschaftliche Hilfen, speziell für Ältere



fe hat also insgesamt eher eine ergänzende als eine kompensatorische Funktion. Hilfe durch Familie oder Freund*innen wird auch vorrangig gewünscht: 84 Prozent der Befragten geben an, keine Hilfe von Nachbar*innen annehmen zu wollen, wenn Familie oder Freund*innen helfen könnten.

Informelle Unterstützung in der Nachbarschaft – Umfang und Potenzial

Informelle Hilfen für Nachbar*innen sind weit verbreitet: 71 Prozent der Befragten haben mindestens ein Mal in den letzten 12 Monaten geholfen und etwa 30 Prozent helfen regelmäßig in ihrer Nachbarschaft. In Zukunft würden 44 Prozent gerne helfen – hier gibt es also ein großes Potenzial. Dieses ist noch größer, wenn speziell nach Hilfen für Ältere gefragt wird (Abb. 2).

Wenn sie wüssten, dass jemand Hilfe benötigt, würden 48 Prozent gerne älteren Menschen in der Nachbarschaft helfen; bei der Gruppe der 18- bis 39-Jährigen liegt der Anteil sogar bei fast 60 Prozent. Dabei sind die meisten Befragten (51 Prozent) aber der Auffassung, dass Nachbarschaftshilfe für Ältere nur als zusätzliche Hilfe sinnvoll sein kann; weitere acht Prozent halten eine Organisation durch Dritte für erforderlich.

Wie kann nachbarschaftliche Unterstützung gefördert werden?

Viele Befragte wünschen sich zunächst mehr Gelegenheit, Nachbar*innen kennenzulernen, zum Beispiel im Rahmen von Veranstaltungen oder durch entsprechende Gestaltung öffentlicher Räume. Sinnvoll erscheint also die Stärkung von Rahmenbedingungen, etwa im Rahmen quartiersbezogener Ansätze der kommunalen Altenarbeit, wie dies zum Beispiel in Nürnberg praktiziert wird (Rosner/Schmitz 2019). Weiterhin erscheint der Ausbau institutionalisierter Nachbarschaftshilfen lohnend, um die benötigte Verbindlichkeit bei Unterstützungsbedürftigkeit sicherzustellen. Gerade jüngere Menschen, die bisher eher wenige nachbarschaftliche Beziehungen pflegen, weisen ein großes Potenzial auf – hier lohnt es sich über neue Formen der Gewinnung von Ehrenamtlichen nachzudenken.

Fazit

Informelle nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen sind weit verbreitet und gerade hochaltrige Menschen können davon profitieren. Viele Menschen wären zudem bereit, Nachbarschaftshilfe für Ältere zu leisten, wenn sie von einem Hilfebedarf erfahren würden und wenn die Rahmenbedingungen für sie passend wären. Hier können quartiersbezogene Angebote der Kommunen Gelegenheiten zum Kennenlernen schaffen und Rahmenbedingungen stärken. ■

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2016): Siebter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin.
- Fromm; Rosenkranz (2019): Unterstützung in der Nachbarschaft. Struktur und Potenzial für gesellschaftliche Kohäsion. Springer VS: Wiesbaden.
- Fromm; Rosenkranz; Didyk (2019): Mehr Potenzial im Engagement – Zur Bedeutung informellen Engagements für Wohlfahrt und soziale Kohäsion. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 9/2019, S. 419–424.
- Generali Deutschland AG (Hrsg.) (2017): Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Springer: Berlin.
- Rosner; Schmitz (2019): Nachbarschaft und kommunale Altenhilfe in der Großstadt. In: Fromm, Rosenkranz (Hrsg.): Unterstützung in der Nachbarschaft. Struktur und Potenzial für gesellschaftliche Kohäsion. Springer VS, S. 165–180.
- Seifert (2016): Das Wohnquartier als Ressource im Alter – Nachbarschaftskontakte, Nachbarschaftshilfe und die Verbundenheit mit dem Wohnumfeld. In: Soziale Arbeit 2016/2, S. 42–49.
- Wrzus; Hänel; Wagner; Neyer (2013): Social Network Changes and Life Events Across the Life Span: A Meta-Analysis. In: Psychological Bulletin 139(1)/2013, S. 53–80.

Autorinnen

Prof. Dr. Sabine Fromm, Technische Hochschule Nürnberg. Forschungsgebiete: Quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung, Soziale Ungleichheit, Arbeitsmarkt und Erwerbsteilhabe, Soziale Teilhabe und Kohäsion, Evaluationsforschung, Studienverlaufs-forschung. **Kontakt:** Sabine.Fromm@th-nuernberg.de

Gesa Georgi, B.A. (Soziale Arbeit), Stadtmission Nürnberg. **Kontakt:** Gesa.Georgi@th-nuernberg.de

Prof. Dr. Doris Rosenkranz, Technische Hochschule Nürnberg. Forschungsgebiete: Bürgerschaftliches Engagement, Freiwilligenmanagement, Kohäsion, Seniorenengagements & Nachbarschaftshilfe. **Kontakt:** Doris.Rosenkranz@th-nuernberg.de

Musikgeragogik: Durch Musik neue Wege der Kommunikation zu Menschen mit Demenz finden

Das Ziel musikgeragogischer Arbeit ist es, die Fülle von Bedeutung und Wirkung der Musik gezielt und in vielfältiger Weise in die Lebenswelt von Senior*innen einzubringen. Musikgeragogik kann ein wichtiges Medium sein, um ältere Menschen zu ermutigen, ihre Möglichkeiten, Ressourcen und Kompetenzen zu erkennen, zu entwickeln, einzusetzen und zu nutzen.

Musikgeragogik: für wen?

Altersstereotype haben ihre Bedeutung verloren. Altersbilder als Vorstellungen vom Älterwerden und Altsein befinden sich im Wandel. Die Altersphase ist ein eigenständiger Lebensabschnitt geworden, der mehrere Jahre oder gar Jahrzehnte umspannt. Es gilt, diese Lebensphase, trotz individueller körperlicher, geistiger und sozialer Veränderungen, mit Sinn zu füllen. Es gilt, neue Gestaltungsräume aufzutun und damit neue Perspektiven im Alter zu erkennen, zu entwickeln und zu nutzen. Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, Sinnorientierung sind wesentliche Eckpunkte im Leben eines jeden Menschen, auch im Alter. Defizitorientierte Altersbilder haben ausgedient. Das Altersbild heute, Altern und Alter, ist vieltätig. In unserer Gesellschaft muss es um eine gelebte und gestaltete Inklusion aller älteren Menschen gehen. Da gibt es die „aktiven Alten“, die nach dem Renteneintritt weitgehend autonom ihre Rolle der Partizipation in der Gesellschaft gestalten. Und es gibt die Älteren, die auf Unterstützung, Pflege und Betreuung angewiesen sind. Für beide Gruppen der Senior*innen kann durch die Musikgeragogik ein entscheidender Beitrag für Lebensqualität und Lebenszufriedenheit geleistet werden!

Musikgeragogik als Fachdisziplin

Musikgeragogik ist eine relativ neue Fachdisziplin, die sich aus den Bereichen Musikpädagogik und Geragogik sowie Alterspädagogik zusammensetzt. Sie befasst sich mit der musikalischen Bildung im Alter sowie mit musikbezogenen spezifischen Vermittlungs- und Aneignungsprozessen. In der Ausbildung Musikgeragogik

werden altersspezifisches Basiswissen und musikgeragogische Methoden des Singens und Musizierens mit älteren Menschen vermittelt. Dabei sind musikalische Aktivitäten auf mannigfache Weise möglich: vom Musikhören, über Singen oder Instrumentalspiel bis hin zu Bewegung zu Musik und zum Tanz. Mit Hilfe des musikgeragogischen Wissens können aber auch körperlich oder geistig eingeschränkte Menschen zum Singen und Musizieren, ja, sogar zum Erlernen eines neuen Instruments motiviert werden.

Musik kann – auf einer neuen, bislang viel zu wenig genutzten Ebene – die Kommunikation der Senior*innen mit ihren Angehörigen und mit ihrem Umfeld deutlich verbessern, ja manchmal überhaupt erst möglich machen. Deshalb sollten wir Musik in Pflege und Betreuung, im Leben, viel mehr wagen! Vieles ist leichter gesungen als gesagt! Zudem ist Musik eine hilfreiche Möglichkeit der Balance, gerade für pflegende Angehörige.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirkung von Musik

Es wäre zu einfach, zu behaupten, Musik mache immer fröhlich, glücklich oder entspannt. Aber sie berührt, aktiviert und verbindet. Sie verändert das Lebensgefühl. Musik entfacht ein Feuerwerk für Gehirn und Gefühl. Es ist egal, in welcher Form sie uns begegnet, ob wir sie hören, singen, fühlen oder ein Instrument spielen. Nicht nur Glücks- und Kuschelhormone werden durch Musik auf den Weg in den Körper geschickt, sogar Hirnstrukturen verändern sich hin zu größerer Vernetzung, Dynamik und Nutzbarkeit. Das belegen inzwischen Studien, die sich auf medizi-

nische Untersuchungen und neuere bildgebende Diagnoseverfahren der Medizin stützen. Die Forschung zur therapeutischen Wirkung von Musik entwickelt sich in den letzten Jahren rasant. In wissenschaftlichen Bereichen wie Psychologie, Medizin, Neurologie, Musik, Musiktherapie und Biologie wird interdisziplinär geforscht. Es wird untersucht, wie Musik wahrgenommen, wie sie im Gehirn verarbeitet wird oder was im Gehirn durch Musik passiert, etwa welche Hirnregionen aktiviert werden und welche musikalischen Aktivitäten bei welchen Krankheiten therapeutisch wirkungsvoll sein können. Musik findet immer mehr Beachtung in der Gesundheitsprävention und bei der Behandlung ganz verschiedener Krankheitsbilder. Sie hilft bei psychischen Erkrankungen, bei Schlaganfall, bei Verlust des Sprachvermögens oder Sprachverstehens infolge der Erkrankung des Sprachzentrums im Gehirn (Aphasie), bei Parkinsonerkrankten, bei chronischen Krankheiten oder bei Demenz.

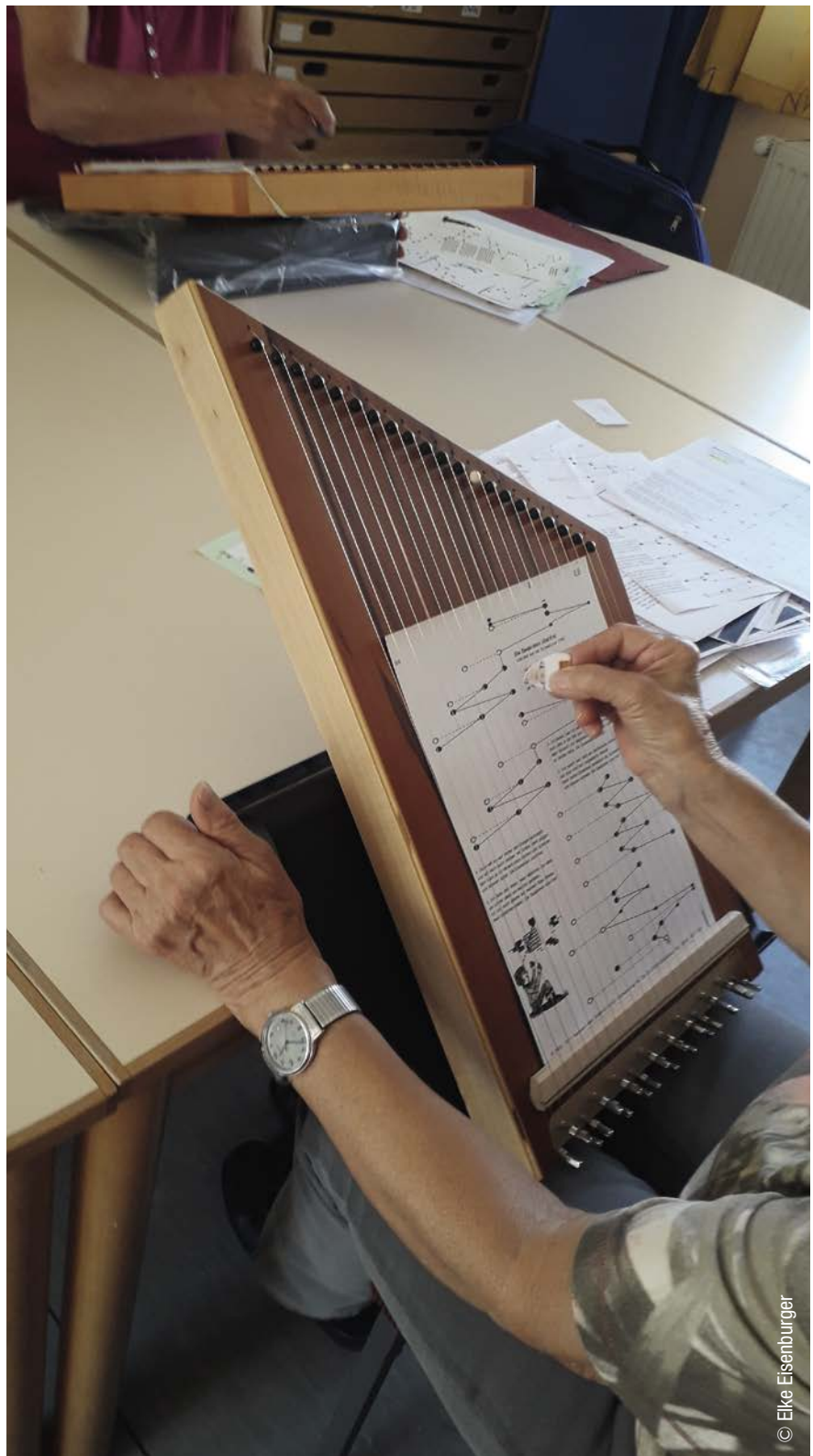
Verschiedene Möglichkeiten musikalischer Aktivitäten: Tischharfe und Generationensingen

„Was Hänschen nicht lernte, lernt Hans nimmermehr“. Die Musikgeragogik belehrt da eines Besseren. So ist die Tischharfe (Foto) ein wunderbares Beispiel dafür, dass ein hochbetagter und auch ein an Demenz erkrankter Mensch unter fachkundiger musikgeragogischer Anleitung noch ein ganz neues Instrument erlernen kann. Musikgeragogik – mit spezifischem Wissen und entsprechender fachlicher Methodik – bietet die Chance, über Generationensingen eine Annäherung zwischen den Generationen zu ermöglichen und in der Begegnung zwischen Senior*innen und Kindern ein Verständnis füreinander zu entwickeln. Neben der musikalischen Komponente wird zudem eine soziale Komponente angesprochen, die für die Entwicklung eines gelingenden Miteinanders in den oft getrennten Lebenswelten von entscheidender Bedeutung sein kann.

Ein Fallbeispiel: Durch Musik finde ich wieder einen Zugang zu meiner Mutter

Meine 87-jährige Mutter ist an Demenz erkrankt. Bisher feste Pfeiler ihres Lebens bekommen Schlagseite und brechen weg. Zunehmend unsicher bewegt sie sich auf diesem Trümmerfeld. Wirbelstürme von angstvollen Gedanken stürzen sie in völlig unaufgeräumte Situationen, sind laut – zu laut! Ich sehe und fühle ihre verzweifeln-

ten Versuche, festen Boden zu orten, sich selbst wieder zu fühlen, Anknüpfungspunkte, Ordnung und Stabilität zu finden. Das ist schwer auszuhalten. Durch ihre Erkrankung entfremden wir uns zunehmend. Manchmal finden wir kaum Zugang zueinander. Langsam frisst sich die Krankheit in das Bild von meiner Mutter als starke, stolze, lebensfrohe Frau ein. Ein Strom von Traurigkeit, Einsamkeit und Verzweiflung auf beiden Seiten.





„*Vieles ist leichter gesungen
als gesagt.*“

Es gibt die Musik!

Musik ist Kommunikation, ja, macht sie manchmal überhaupt erst möglich. In der Kindheit sangen wir viel miteinander, ein Vorteil, keine Voraussetzung, jetzt aber ein Geschenk! Ich spüre, wie die Musik hilft, ja rettet – uns beide. Ich summe die Melodie eines bekannten Volksliedes. Und tatsächlich, Mutter beginnt leise zu singen, kaum verständliche Worte noch, bruchstückhaft. Ich singe den Text leise mit, gebe Anregung, Struktur, Hilfestellung. Die Botschaft kommt an: Wir nehmen einander wieder wahr, hören uns und hören uns zu. Wir ergänzen uns lachend und staunen beide, dass Melodie- und Textpassagen doch so präsent sind. Im Gesicht meiner Mutter spiegelt sich Erleichterung, eine vorsichtige Freude: „Ich kann’s noch!“ Das Langzeitgedächtnis für Musik ist besonders stabil und zuverlässig. Ihre Worte werden lauter, klarer, verständlich. Und als mir bei der zweiten Strophe der Text fehlt, singt sie unbeirrt weiter, fast schon mit einem gewissen Stolz: „Ich weiß, du nicht...“.

Musik ist Struktur, Ordnung und Orientierung

Musik entfacht ein Feuerwerk für Gehirn und Gefühl, dockt an viele Hirnregionen an, die umgehend ihre Botenstoffe für Gefühle, für Erinnerungen und Bilder, für Bewegung und Miteinander losschicken. Ich nehme meine Mutter jetzt ganz anders wahr und bin glücklich. Gestik, Mimik und Körperhaltung zeigen, wie das Gefühl der Verlorenheit schwindet. Wir treffen uns auf Augenhöhe, sie ist nicht mehr hilflos und klein. Sie wippt zur Melodie, gewinnt an Selbstbewusstsein,

sieht mich an, singt mich an, spürt sich wieder und scheint in ihrem Stuhl geradezu zu wachsen. Wir kommen uns immer näher. Sie blättert im Liederbuch mit Großdruck und Bildern. Eine gelbe Postkutsche und schon startet sie mit „Hoch auf dem gelben Wagen“. Musik ist Gedächtniskunst. Wir sind wieder im Kontakt! Der Kreislauf aus Verzweiflung, Unsicherheit und Einsamkeit, ein komplett verwirbeltes Lebensgefühl, ist durchbrochen. Musik, die ordnet und strukturiert, hilft uns beiden. Wir hören aufeinander und wir agieren zusammen. Und wenn wir beide den Text vergessen haben, lachen wir gemeinsam über unser rudimentäres Lalala. Wir haben die gemeinsame Zeit des Glücks wiedergefunden.

Fazit

Die Wirkung von Musik ist vielfach empirisch belegt. Wer mit Menschen Musik macht, weiß um die vielfältige positive Wirkung. Gleichwohl wären weitere wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit von Musik wünschenswert, damit ihre Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden endlich die gebührende Anerkennung findet. Auch für pflegende Angehörige, die in schwierigen Pflege- und Betreuungssituationen oft mit Überforderungen, wachsender Hilflosigkeit und Unsicherheit zu kämpfen haben, kann Musik ein praktikabler und wirkungsvoller Rettungsanker sein: Für unser aller Wohlbefinden sollten wir mehr Musik wagen! ■

Autorin

Elke Eisenburger ist Musikgeragogin (FH), Gesundheitspädagogin (Universität, Sek II) und Krankenschwester. Als pflegende Angehörige berichtet Elke Eisenburger hier unter anderem von ihren persönlichen Erfahrungen zum Musizieren mit ihrer an Demenz erkrankten Mutter und bietet als Musikgeragogin in verschiedenen Bildungseinrichtungen Fortbildungseinheiten zum Thema an. Elke Eisenburger ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Musikgeragogik.

Kontakt: e.eisenburger@teleos-web.de

VERANSTALTUNGSBERICHT

Anders als die vermeintliche Norm?!

Die Pflege von Lesben, Schwulen und Menschen mit HIV im Alter

Die Pflege von Menschen zielt auf eine selbstbestimmte Lebensführung. Eine Wahlfreiheit von Pflegeangeboten, die sich differenziert danach ausrichten, existiert nicht. Studien zeigen auf, dass Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente, intergeschlechtliche und queere Menschen mit und ohne HIV befürchten, ihre Bedürfnisse in der ambulanten und stationären Altenpflege nicht berücksichtigt zu bekommen und Diskriminierungen zu erfahren. Das LSBT*IQ Netzwerk Nordhessen veranstaltete hierzu am 14. Dezember 2019 in den Räumlichkeiten der AIDS-Hilfe Kassel e. V. einen Fachvortrag mit anschließender Diskussion. Es kamen Vertreter*innen von Gewerkschaft, Parteien und Bildungseinrichtungen sowie interessierte Senior*innen. Der Referent Dr. phil. Heiko Gerlach fokussierte den besonderen Pflegebedarf von Menschen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt, zeigte die Anforderungen einer subjektorientierten Pflege auf und stellte dar, was Pflegeeinrichtung und -dienste sowie die LSBT*IQ-Communities dafür tun können.

Was ist das LSBT*IQ Netzwerk Nordhessen?

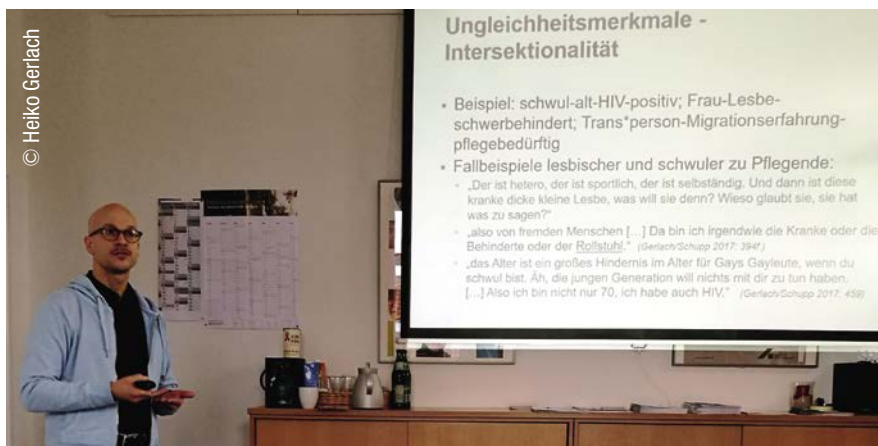
Seit 2018 sensibilisiert die Netzwerkestelle in Kassel die Menschen für die Themen und Anliegen der lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*-, inter- und queeren Personen für die gesamte Region Nordhessen. Die Netzwerkestelle wird gefördert mit Mitteln des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration; Projektträger*innen sind die AKGG gGmbH und die AIDS-Hilfe Kassel e. V. Es gilt spezifische Unterstützungsangebote für

LSBT*IQ zu schaffen, um deren Lebensrealitäten positiv zu stärken und zur Selbstorganisation beizutragen. Die Verbesserung der Situation von älteren LSBT*IQ soll im Jahr 2020 schwerpunktmäßig bearbeitet werden. Dazu zählen Themen wie eine gendersensible Pflege oder die Förderung von alternativen Wohnprojekten.

Zum Thema

Alle Menschen wollen in der Pflege als Subjekt wahrgenommen und entsprechend ihrer Biografie und ihren

individuellen Bedürfnissen gepflegt werden. Eine gleichwertige Pflege für alle Menschen berücksichtigt nun mal die individuellen, also personengebundenen Unterschiede. Hier geht es um Menschen, die anders als die vermeintliche Norm sind. Diese besteht in der Annahme, dass ausschließlich eine Zweigeschlechtlichkeit in der Gesellschaft bestünde und ein Mensch sich in seinem sexuellen Begehren auf das jeweils andere Geschlecht bezöge. Viele Menschen weichen in ihrer Existenz von dieser Annahme ab. Es besteht ein Anderssein in der sexuellen Identität für Lesben, Schwule und Bisexuelle sowie ein Anderssein in der geschlechtlichen Identität für Trans* und intergeschlechtliche Personen. Manche Merkmale eines Menschen werden in der Gesellschaft oder in der sozialen Bezugsgruppe negativ bewertet (= Stigma). Eine HIV-Infektion ist beispielsweise nach wie vor noch mit einem solchen Stigma behaftet und das, obwohl ein*e Betroffene*r mittlerweile aufgrund der modernen



Therapie nicht mehr als infektiös gilt. Die Intersektionalitätsforschung nimmt den Zusammenhang von Ungleichheitsmerkmalen mit den Identitätskonstruktionen von Menschen und den gesellschaftlichen Strukturen und Vorstellungen in den Blick. Für Menschen, die auf sich mehrere Ungleichheitsmerkmale vereinen, kann eine höhere Vulnerabilität in ihrer Pflegesituation bestehen. Gerlach & Schupp führen in ihrer Studie zur Lebenssituation von gleichgeschlechtlich liebenden Frauen und Männern in der Altenpflege auf, dass ihnen aufgrund solcher Ungleichheitskategorien, wie etwa „schwul-alt-HIV-positiv“ oder „Frau-Lesbe-Schwerbehinderung“ und Pflegebedürftigkeit, vergleichsweise weniger oder keine sozialen Ressourcen als Unterstützungspotenzial im Pflegesetting zur Verfügung stehen (vgl. Gerlach/Schupp 2018).

Ein Fallbeispiel

Ein Fallbeispiel handelt von einem offen schwul lebenden, HIV-positiven Heimbewohner, der von extremen Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Heimplatz für sich als HIV-Positiver berichtet. Vorbehalte und irrationale Ängste gegenüber der HIV-Infektion scheinen der Grund für die erfahrene Missachtung. Nachdem er ein Pflegeheim gefunden hat, wird er als schwuler Mann regelmäßig durch Mitbewohnende massiv beleidigt und beschimpft. Die negativen Erfahrungen allerdings veranlassen ihn, sich nicht als HIV-positiv gegenüber seinen Mitbewohnenden zu outen. Das heißt, der Heimbewohner ist von einer permanenten doppelten Informationskontrolle betroffen, wem gegenüber er sich offenbart oder nicht. Er verbleibt trotz der Akzeptanz der Pflegenden hinsichtlich seiner sexuellen Identität und seiner HIV-Infektion in der sozialen Isolation (Gerlach/Schupp 2018: 304, 386).

Besondere Pflegebedarfe

Das Anderssein von LSBT*IQ kennzeichnet ihre Ausgangssituationen,

woraus sich besondere Pflegebedarfe ergeben. Dabei ist zu bedenken, dass Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente, intergeschlechtliche und queere Menschen in sich und zueinander sehr heterogene Gruppen darstellen. Bei den Generationen der älteren LSBT*IQ handelt es sich um Menschen mit Biografien, die von gesellschaftlicher Ächtung, von staatlicher Verfolgung, Ignoranz und Sanktionierung sowie von Pathologisierung betroffen waren und/oder sind. Aufgrund ihres Minderheitenstatus haben sie vielfältige Stigmatisierungen und Diskriminierungen erfahren. Da es einer Person nicht anzusehen ist, ob sie beispielsweise lesbisch oder transident ist, muss sie es explizit offenbaren, wenn sie als solche sichtbar werden will. Die zu pflegenden LSBT*IQ sind damit konfrontiert, dass Pflegenden sie in der Regel als solche nicht wahrnehmen, kein Wissen und keine Kenntnisse über ihre Lebenswelten besitzen und ihnen mancherorts Fremdheitsgefühle gegenübergebracht werden. Es besteht nahezu eine Unsichtbarkeit von älteren zu pflegenden LSBT*IQ. Fehlendes Fachwissen und fehlende Pflegeerfahrung mit LSBT*IQ einhergehend mit der Unsichtbarkeit von ihnen verhindert ein sog. hermeneutisches Fallverstehen von professionell Pflegenden (Gerlach/Schupp 2018: 36). Der Studienlage zufolge besteht für alle LSBT*IQ ein sogenannter Minderheitenstress und dadurch ein erhöhtes Gesundheitsrisiko.

Inzwischen sind viele Freiheiten erkämpft. Diejenigen LSBT*IQ, die für sich selbstbewusst eine offene Lebensweise leben, wollen es auch im Fall einer Pflegebedürftigkeit fortführen. Zumindest soll niemand Angst vor Repressalien haben müssen, falls es doch offenbar wird. Die Lebenserwartung von Menschen mit HIV ist mittlerweile deutlich gestiegen. Das heißt, die HIV-Positiven werden älter. Erfahrungen der persönlichen Verluste durch die HIV/AIDS-Krise

in den 1980er Jahren, anhaltende gesellschaftliche Stigmatisierungen und mögliche Multiproblemlagen können ihre Biografien prägen. Unzureichendes Wissen, übertriebene Hygienemaßnahmen und irrationale Ängste von Pflegenden befeuern Befürchtungen der Betroffenen, nicht diskriminierungsfrei betreut und gepflegt zu werden. Die im Zusammenhang mit den Ausgangssituationen bestehenden spezifischen Bedürfnisse der zu pflegenden LSBT*IQ wurden exemplarisch erläutert.

Studienergebnis:

Anerkennungstheorie

Gerlach & Schupp (2018) fanden mit ihrer Studie heraus: Wenn zu pflegende LSB(T*IQ) mit oder ohne HIV emotionale Zuwendung im pflegerischen Handeln, rechtliche Gleichstellung in der theoretischen und konzeptionellen Berücksichtigung sowie soziale Wertschätzung erhalten, dann stärkt dies die Identität und Integrität als LSB(T*IQ) Menschen, ihre Sichtbarkeit, ihre soziale Integration und ihr subjektives Wohlbefinden. Das Maß der Anerkennung mit den entsprechenden vorgenannten Konsequenzen ist in Einrichtungen, die speziell für die Zielgruppen konzipiert wurden und die sich proaktiv für die Zielgruppen geöffnet haben, am höchsten.

Handlungsoptionen

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach Handlungsoptionen. Es wurden Wege aufgezeigt, die Anerkennung von LSBT*IQ und von Menschen mit HIV in den verschiedenen Handlungsfeldern umzusetzen. Hierzu gehören u. a. das Vorhalten von speziellen und integrativen Angeboten, die Berücksichtigung der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt im subjektorientierten Pflegeprozess und in Einrichtungs-/Pflegekonzepten, ein Antidiskriminierungsmanagement, eine geschlechtsgewünschte Pflege, Supervision und Zertifizierungen wie etwa der „Regenbogen-

schlüssel“ oder das „Qualitätssiegel des Lebensort Vielfalt“ (siehe Linktipps). Das Pflegeberufegesetz sieht im Rahmencurriculum eine Auseinandersetzung mit dem Themeninhalt der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt sowie der Menschen mit HIV vor.

Diskussion im Plenum

Befürchtungen wurden geäußert, dass die herkömmliche Regelversorgung LSBT*IQ und Menschen mit HIV nicht wahrnimmt, ihre Lebensbezüge und Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden und ungewollt eine beschädigende Pflege die Regel sein wird. Es besteht die Sorge, dass die aktuell defizitäre Lage der pflegerischen Rahmenbedingungen die Situation von LSBT*IQ und von Menschen mit HIV noch negativ verschärft. Eine Zertifizierung einer LSBT*IQ-freundlichen Pflege würde dem Vorschub leisten und begrüßt werden. Zweifel kamen auf, ob eine Zertifizierung jedoch tatsächlichen Schutz im ambulanten Setting bieten könne, wenn doch der Grad des Ausgeliefertseins wohlmöglich höher ist. In dem Zusammenhang wurde nochmals die besondere Rolle von Führungspersonen als Vorbild und des Qualitätsmanagements hervorgehoben. Die weitere Diskussion drehte sich um Marktvorteile und Möglichkeiten der Vernetzung zwischen der Altenhilfe und der Community. Seitens der Lehre wurde die Erfahrung beige-steuert, dass Auszubildende mit Migrationshintergründen insbesondere aus katholischen Gegenden zwar Vorbehalte und Unkenntnisse zum Themenfeld äußerten, aber auch Veränderungsbereitschaft in ihrer Haltung zeigten, da die Motivation besteht, eine gute Pflege anzubieten.

Fazit

Alle drei Themen – sexuelle und geschlechtliche Identität und ein Leben mit HIV – erfordern von den Mitarbeitenden der Regelversorgung eine hohe Sensibilität und Wissen über die Lebenswelt ihrer zu pflegenden Per-

sonen. Hier können sich Einrichtungen sicherlich noch sehr deutlich verbessern, zumal es im nordhessischen Raum bisher keine integrativen oder speziellen Angebote für (zu pflegende) LSBT*IQ-Senior*innen gibt. Da Themen wie Sexualität in der Altenpflege oft tabuisiert werden, findet eine fachliche Auseinandersetzung viel zu wenig statt. Hilfreich sind dafür Sensibilisierungsworkshops mit Pflegenden und ein offenes Gespräch mit den zu Pflegenden. Für die Einrichtungen der pflegerischen Regelversorgung sind AIDS-Hilfen sowie die vier LSBT*IQ Netzwerkstellen in Hessen hierfür kompetente Ansprechpartner*innen. ■

Linktipps

Hilfreiche und weiterführende Informationen zur Thematik bieten bspw. die Hannoveraner Broschüre „Leitfaden für Führungskräfte zum adäquaten Umgang mit LSBTIQ in der Altenpflege“ (<https://seniorenberatung-hannover.de/Aktuelles/Leitfaden-LSBTIQ-Altenpflege/2/556/a=7-a>) oder der „BISS-Index – gute Pflege: Diversity-Merkmale einer ‚guten Pflege‘ für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV“ (<http://schwuleundalter.de/download/biss-index-gute-pflege/>).

Autor

Dr. phil. Heiko Gerlach, Diplom-Pflegewirt, langjährige Leitungskraft in der ambulanten Pflege

Kontakt

AIDS-Hilfe Kassel e. V.
Motzstraße 1, 34117 Kassel
www.aidshilfe-kassel.de
info@kassel.aidshilfe.de

Netzwerk LSBT*IQ Nordhessen
info@lsbtiq-nordhessen.net

Literatur

Gerlach, Heiko/Schupp, Markus (2018): Homosexualitäten in der Langzeitpflege, Bern: Peter Lang Verlag.

IN EIGENER SACHE

KDA-Kongress 2020: Wie radikal müssen Pflegereformen sein?

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. (KDA) hat eine Debatte zur grundlegenden Erneuerung der Pflegeversicherung gestartet. Eine erste Bilanz wurde auf dem KDA-Kongress 2020 „Pflegereform als Gesellschaftsreform?“ am 13. Februar 2020 in Berlin gezogen. Mehr als 180 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben beim KDA-Kongress 2020 im Auditorium Friedrichstraße in Berlin über die gesellschaftspolitischen Perspektiven von Pflegereformen diskutiert. Vorgestellt wurden Ideen zu einer Reform der Pflegepolitik, die die Pflege gesellschaftspolitisch in einen breiteren sozialpolitischen Kontext stellt und fundamentaler und radikaler als sonst üblich diskutiert. Es wurden Impulse für die Zukunft einer gesellschaftspolitisch getragenen Reform der Pflegeversicherung reflektiert. Im Zentrum der Veranstaltung, die von der Journalistin Tina Kraus moderiert wurde, standen dabei die Arbeitsansätze der AG Pflegereform, die das KDA im Frühjahr 2019 gegründet hat.

Hier finden Sie einen Überblick zur Veranstaltung und den zur Diskussion gestellten Ideen und Positionen sowie als Hintergrundinformation für diese komplexe Thematik ein Grundlagentext von Frank Schulz-Nieswandt und einzelne Vorträge und Redebeiträge: <https://kda.de/kda-kongress-2020-wie-radikal-muessen-pflegereformen-sein/>

In der **Herausgeberschaft des Fachmagazins ProAlter** begrüßen wir herzlich *Dr. Miriam Haller*, Mitarbeiterin im kubia – Kompetenzzentrum für Kulturelle Bildung im Alter und Inklusion, Institut für Bildung und Kultur e. V. (Köln) und *Dr. Bernadette Klapper*, Bereichsleiterin Gesundheit in der Robert Bosch Stiftung GmbH, die sich bereit erklärt haben, ihr Wissen, ihre Expertise und ihr Engagement künftig miteinzubringen.

VERANSTALTUNGSBERICHT II

Versorgung noch zu wenig integriert, Patienten nicht im Fokus

Breiter Querschnitt wichtiger Repräsentanten des Gesundheitswesens beleuchtet Zwischenbilanz der Gesundheitsreformen beim 3. Heidelberger Forum

Mehr Mut zur Gestaltung von Versorgung und mehr Kooperation miteinander, Durchlässigkeit und Vernetzung wie die Schaffung einer praktisch tragfähigen sektorenübergreifenden Versorgung sind wichtige Zielstellungen. Wettbewerb müsse auf Qualität, Effektivität, Evidenz und Sicherheit der Versorgung gerichtet sein, Entscheidungen müssten schneller und friktionsfreier getroffen werden und Patienten stärker in den Fokus rücken.

Maßgebliche Akteure des Gesundheitssystems diskutierten am Freitag, den 14.2.2020, auf Einladung des medhochzwei Verlags und der Welt der Krankenversicherung eine Zwischenbilanz der Gesundheitsreformen im Rahmen des 3. Heidelberger Forums Gesundheitsversorgung. Zwanzig Gesetze, die in zwanzig Monaten auf den Weg gebracht worden sind, stünden zwar quantitativ für eine beeindruckende Zahl, sagten aber für sich noch nichts über die Stringenz der Regelungsqualität aus. Eine ordnungspolitische Linie sei weitgehend nicht erkennbar, dennoch würden viele Dinge richtig angeschoben.

Digitalisierung als Lern- und Erprobungsfeld für alle, Qualitätsvergleiche schaffen, das waren wichtige Kernaussagen im Einführungsvortrag von Dr. Hans Unterhuber, Vorstandsvorsitzender der SBK. Herausforderung bleibe aber, dass die elektronische Gesundheitsakte ein nützliches Gesundheitsportal wird. Ein deutliches Bekenntnis zum Qualitätswettbewerb fehle in den Gesetzen. Preiswettbewerb und Wettbewerb um Finanzen dominiere nach wie vor und würde durch den Morbi RSA verschärft. Auch müssten Qualitätsvergleiche von Krankenkassen geschaffen werden.

Eine ordnungspolitische Strategie in den Reformen sei nicht erkennbar, so Dr. Gerald Gaß, Präsident der DKG. Über Regulierungen würde weiter Misstrauen gesät und versucht, einen kalten Strukturwandel durchzusetzen. Scharfe Kritik übte er am bisherigen Konzept der Integrierten Notfallzentren. So würden ambulante Notfälle nicht korrekt erkannt, auch vom Bürger selbst nicht. Das Konzept müsse für den Krankenhausbereich gründlich überarbeitet werden.

Hausärztliche Koordinationsfunktion sei wirkungsvoll vertrat die Hausärztin Marianne Difflipp-Epple aus dem Vorstand des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg eine Gegenposition. Hausärzte könnten beurteilen, was ein Notfall ist und in Baden-Württemberg würden die integrierten Notfallpraxen gut arbeiten.

Koordinierte Komplexversorgung sei wichtig, Apps müssen Qualität nachweisen hebt Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer hervor. Auch die Digitalisierung in der Psychotherapie sieht Munz grundsätzlich positiv, unterstreicht jedoch die Notwendigkeit der Qualität und Evidenz von Apps.





Von links nach rechts:

Markus Nass, Director Market Access, Abbott

Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Andreas Westerfellhaus, Staatssekretär, Pflegebeauftragter der Bundesregierung

Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Marianne Difflipp-Eppele, Vorstand des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg

Solidarische Neuausrichtung der Pflegeversicherung ist erforderlich,

so Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, da die derzeitigen Wirkungen der Pflegeoffensive überwiegend zu finanziellen Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gehen würde.

Neuordnung der Leistungen für häusliche Pflege erleichtert Zugang zu Leistungen,

so der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus. Daher schlägt er eine Neuordnung der Leistungen für die häusliche Pflege vor, um den Zugang zu Leistungen zu vereinfachen und Inanspruchnahme individuell zu flexibilisieren.

Prioritäten und schnellere Entscheidungen im Willensbildungsprozess bei Innovationen

seien für die Perspektive der Industrie nach Auffassung von Markus Nass, Director Market Access bei Abbott, zentral. Es müssten Prioritäten im Willensbildungsprozess bei Innovationen geschaffen werden.

Patienten immer noch nicht im Mittelpunkt.

Die langjährige Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Hedwig François-Kettner, stellte fest, dass die Patienten immer noch nicht im Mittelpunkt stehen würden. Die Pflege-Selbstverwaltung müsse bundesweit etabliert werden. Die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an medizinische und pfle-

gerische Fachpersonen müsse übertragen werden. Gestärkt werden müssten Pflegewissenschaft und -forschung.

Mehr Patientenpartizipation ermöglichen.

Das Denken aus der Patientenperspektive sei unterentwickelt, so Birgit Fischer, ehemalige Gesundheitsministerin aus NRW. Auch das Lernen in Netzwerken müsse befördert werden.

Innovative Gesundheitszentren in Regionen umsetzen,

darauf fokussierte Dr. Bernadette Klapper, Leiterin des Themenbereichs Gesundheit der Robert Bosch Stiftung. Mit PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – werden durch die Stiftung Pioniere gefördert, die genau dies vorhaben.

Neuausrichtung des Medizinischen Dienstes zeitgerecht umsetzen.

Für Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes, weise die Reform des Medizinischen Dienstes in die richtige Richtung, sie werde inhaltlich und im vorgesehenen Zeitrahmen umgesetzt.

Für die Krankenhäuser stehe mehr auf dem Spiel,

meint Prof. Dr. Bernd Halbe. Die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes stehe nur auf dem Papier, die Bürokratie würde zunehmen, die Strafsanktionen seien vergleichsweise überzogen, eine Entlastung der Sozialgerichte sei kurzfristig nicht erreicht und letztlich führe das Ganze seiner Meinung nach zu noch mehr Konfrontation.

Vernetzung muss über Versorgungsprozesse stattfinden.

Das ist eine zentrale Aussage von Dr. Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft. Forschung dürfe nicht nach der Zulassung aufhören, eine wissensgenerierende onkologische Versorgung sei das Ziel von Innovationszentren in der Krebsversorgung.

Vom Ergebnis her denken, Versorgung entlang der Behandlungsketten entwickeln.

Das ist eine der Botschaften, die der Minister für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg, Manne Lucha, in seinem Vortrag aufgegriffen hat. Lucha plädiert für Primärversorgungszentren. Es müsse mehr und bessere Begleitung von Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen geben. Auch sei mehr Transparenz erforderlich. Im Bund müsse mehr und besser koordiniert werden und er wies darauf hin, dass Länder gestalten möchten. ■

Autor

Rolf Stuppardt, seit 1978 im Gesundheitswesen aktiv, von 1992 bis 2008 Vorstandsvorsitzender des IKK Bundesverbandes, 2008 bis 2011 Geschäftsführer des IKK e. V., seit 2012 Herausgeber WELT DER KRANKENVERSICHERUNG, Inhaber des Beratungsnetzwerks STUPPARDTPARTNER.

... auf die nächste Ausgabe



Schwerpunktthema:

Primär- und Langzeitversorgung im Alter

Vorgesehen ist für Heft 2/2020 der Schwerpunkt „Medizinische Primärversorgung“. Das KDA hat den Diskurs zur sozialraumorientierten Pflegepolitikreform mit angetrieben und ist der Meinung, die Reform der SGB V-Landschaften nicht ausklammern zu können. Die Gesellschaft des komplexen Alterns benötigt radikal neue sozialraumorientierte Strukturen der medizinischen Versorgung. Diesen Kulturwandel will das KDA unterstützen.

Weitere Themen:

- Distance Care
- Spiritualität im (hohen) Alter
- „Digitaler Engel“:
Digitalisierung verständlich und vor Ort

Anmerkung der Redaktion:

Mit dem Start der „Zeitreise durch die Geschichte des KDA“ können wir leider nicht wie angekündigt beginnen. Wir hoffen, dies über die nächsten Ausgaben hinweg nachholen zu können.

Das nächste Heft erscheint Anfang Juni 2020.

Impressum

PRO ALTER – Das Fachmagazin für Lebensqualität

ISSN 1430-1911 // 52. Jahrgang

Herausgeberschaft Univ.-Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt (Federführung), Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Dr. Miriam Haller, Dr. Bernadette Klapper, Univ.-Prof. Dr. Frank Oswald

V.i.S.d.P. Frank Schulz-Nieswandt

Redaktionsleitung Dr. Kristina Mann (Betriebswirtschaftslehre)

Redaktionsteam Dr. Johannes Blome-Drees (Betriebswirtschaftslehre), Sarah-Lena Böning, M.A. (Gesundheitsökonomie), Anne Bruns, M.A. (Politikwissenschaft), Benjamin Haas, M.A. (Kulturanthropologie), Dr. Ursula Köstler (Volkswirtschaftslehre), Dr. Ingrid Schmale (Volkswirtschaftslehre), Dipl.-Kff. Petra Stemmer, MBA

E-Mail proalter@kda.de

Verlag medhochzwei Verlag GmbH

Alte Eppelheimer Straße 42/1, 69115 Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Tel. +49 6221 914 96 12, Fax +49 6221 914 96 20

Annette Xandry, Programmleitung

annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

Dr. Nadine Feßler, Lektorat

nadine.fessler@medhochzwei-verlag.de

Covermotiv Susanne Igelmund

Satz Sabine Brand, typeXpress, Köln

Druck Schleunungdruck GmbH, Marktheidenfeld

Anzeigen Sabine Hornig, Tel. +49 6221 914 96 15,

sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de

Erscheinungsweise ProAlter erscheint vier Mal jährlich jeweils am 1. März, 1. Juni, 1. September, 1. Dezember.

Preise:

Einzelheft Print: 19,95 Euro

E-Paper (PDF) 17,95 Euro

Abonnements Probeabo (2 Print-Ausgaben): 25,- Euro inkl.

Versandkosten; **Jahresabo Inland** (4 Print-Ausgaben): 49,- Euro;

Online-Abo: 42,- Euro; **Kombi-Abo Print + Online**: 59,- Euro;

Jahresabo Ausland (4 Print-Ausgaben): 64,- Euro; **Kombi-Abo**

Ausland Print + Online: 74,- Euro. Alle Preise verstehen sich inkl.

MwSt. und Versandkosten.

Bestellungen medhochzwei-verlag.de/shop/

Telefonischer Kundenservice: Tel.: +49 7953 7189076,

Fax: +49 7953 7189082, E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de

Artikel in ProAlter geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangt eingesandte Artikel, Fotos u. Ä. wird keine Haftung übernommen.

Rechte Alle in ProAlter veröffentlichten Beiträge, Fotos, Grafiken etc. sind urheberrechtlich geschützt. Dies gilt auch für Datenbanken und ähnliche Einrichtungen. Die Reproduktion, ganz oder in Teilen, durch Nachdruck, fototechnische Vervielfältigung oder andere Verfahren, auch Auszüge, Abbildungen und Bearbeitungen oder die Übertragung in eine von Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache wie auch die Einspeisung in elektronische Systeme bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Redaktion. Alle übrigen hier nicht aufgeführten Urheber- und Nutzungsrechte bleiben vorbehalten.

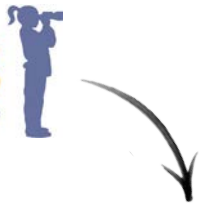
Auf die für den Versand der ProAlter erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice und der Lettershop des Verlages Zugriff.



ALTENPFLEGE vom 24. bis 26. März 2020

 medhochzwei & **PROALTER**
präsentieren

ILSES
WEITE WELT



Filme, Fotokarten und Bücher für Menschen mit Demenz



interaktiver Beschäftigungstisch

Am Stand
testen!



Besuchen Sie uns in Halle 20 an Stand A10!

Sektempfang mit Sophie Rosentreter
24. März 2020 ab 15 Uhr





ProALTER- Newsletter

Alle Vorteile auf einen Blick:

- ✓ kostenlose Anmeldung
- ✓ bequem jederzeit und überall online lesen
- ✓ wichtige News
- ✓ interessante redaktionelle Beiträge
- ✓ wertvolle Tipps

Relevante Informationen zu:

-  Altersforschung
-  Innovationen & Alter
-  Wohnformen & Versorgungskonzepte
-  Nachrichten aus Politik & Gesetzgebung
-  Hilfe & Infos zu Demenz
- ... und vieles mehr

Besondere Zusatzinhalte:

-  Veranstaltungstermine
-  Buchempfehlungen
-  Video- & Hörtipps

Jetzt anmelden!