

PSYCHOLOGIE • GESELLSCHAFT • POLITIK

2016

ÄLTER WERDEN

GESUND BLEIBEN



Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen

**Berufsverband
Deutscher Psychologinnen
und Psychologen e. V.**
(Hrsg.)

Psychologie • Gesellschaft • Politik 2016
Älter werden – gesund bleiben

Herausgeber

Vorstand des Berufsverbandes

**Deutscher Psychologinnen
und Psychologen e. V. (BDP)**

Bundesgeschäftsstelle

Am Köllnischen Park 2

10179 Berlin

Hauptgeschäftsführerin

Gita Tripathi

Tel.: (030) 20 91 66 600

Fax: (030) 20 91 66 680

www.bdp-verband.de

info@bdp-verband.de

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Prof. Dr. Michael Krämer

Präsident des BDP

Hinweis der Redaktion:

Im Bericht wird im Interesse der Lesbarkeit überwiegend

die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber in jedem Fall

die Vertreter beiderlei Geschlechts.



Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

PSYCHOLOGIE
GESELLSCHAFT • POLITIK • 2016

ÄLTER WERDEN

GESUND BLEIBEN

INHALT

<i>Prof. Dr. Michael Krämer</i>	
1.1	GRUSSWORT 9
<i>Julia Scharnhorst</i>	
1.2	VORWORT 10
2.	THEORETISCHE EINORDNUNG 13
<i>Prof. Dr. Ursula Lehr</i>	
2.1	Gesundheit im Alter: Langlebigkeit verpflichtet zu einem gesunden und kompetenten Älterwerden 13
2.1.1	Zusammenfassung..... 13
2.1.2	Langes Leben in einer alternden Gesellschaft..... 13
2.1.3	Altern ist ein lebenslanger Prozess 14
2.1.4	Gesundheitskosten im Alter..... 14
2.1.5	Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern..... 15
2.1.6	Gesundheitsbewusster Lebensstil: Älter werden – aktiv bleiben 15
2.1.7	Präventive Umweltgestaltung..... 18
2.1.8	Rehabilitation vor Pflege..... 19
2.1.9	Die Bedeutung des „subjektiven Gesundheitszustandes“ 20
2.1.10	Stressbewältigung/Coping-Stile..... 20
2.1.11	Empfehlungen für ein möglichst gesundes Älterwerden..... 21
3.	KONZEPTE UND ANSÄTZE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION BEI ÄLTEREN MENSCHEN 23
<i>Prof. Dr. Michael Falkenstein</i>	
3.1	Konzepte für ältere Menschen zur Gesundheitsförderung und Prävention 23
3.1.1	Zusammenfassung..... 23
3.1.2	Einführung 23
3.1.3	Altersbegleitende körperliche und funktionelle Veränderungen..... 24
3.1.4	Einflussfaktoren auf das funktionelle Altern 24
3.1.5	Verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung..... 26
3.1.5.1	Verhältnisprävention 26
3.1.5.2	Verhaltensprävention 27
3.1.6	Fazit 31
3.1.7	Empfehlungen..... 32

Simone Mouget, Dr. Sibylle Wolff

3.2	Berufliche Leistungsfähigkeit im Alter erhalten und aktiv den Übergang in den Ruhestand gestalten – Ansätze im DB-Konzern	33
3.2.1	Zusammenfassung.....	33
3.2.2	Vorbemerkung	33
3.2.3	Das Programm „CLARA“	33
3.2.4	Aktive Begleitung von Arbeitenden beim Übergang in den Ruhestand	35
3.2.4.1	<i>Leitfadengestützte Beratung</i>	35
3.2.5	Empfehlungen	36

Susanne Brose, Inka Wilhelm & Prof. Dr. Susanne Zank

3.3	Der Einfluss von Pflegebelastung auf die physische und psychische Gesundheit pflegender Angehöriger	38
3.3.1	Zusammenfassung.....	38
3.3.2	Einleitung	38
3.3.3	Pflegende Angehörige	38
3.3.3.1	<i>Um wen handelt es sich eigentlich bei „pflegenden Angehörigen“</i>	<i>38</i>
3.3.4	Gesundheitliche Aspekte	39
3.3.4.1	<i>Wie steht es um die Gesundheit von pflegenden Angehörigen?</i>	<i>39</i>
3.3.4.2	<i>Ressourcen und positive Seiten der Pflege</i>	<i>40</i>
3.3.5	Entlastung pflegender Angehöriger	40
3.3.5.1	<i>Entlastung durch teilstationäre Angebote</i>	<i>41</i>
3.3.5.2	<i>Entlastung durch ambulante Angebote</i>	<i>41</i>
3.3.6	Fazit	43
3.3.7	Praxisempfehlungen	43

Dr. Claudia Freund

3.4	Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen bei demenziellem Abbau der kognitiven Funktionen	45
3.4.1	Zusammenfassung	45
3.4.2	Theoretische Einordnung der Themenaspekte	45
3.4.2.1	<i>Organische Veränderungen – ein kurzer Überblick</i>	<i>45</i>
3.4.2.2	<i>Die psychischen Folgen</i>	<i>45</i>
3.4.3	Konzepte und Theorien für die Praxis	47
3.4.3.1	<i>Kommunikation mit Demenzkranken</i>	<i>47</i>
3.4.3.2	<i>Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen</i>	<i>48</i>
3.4.4	Empfehlungen	50

4.	PRAXISBEISPIELE	51
	<i>Christian Schulze, Agnes Bergmann</i>	
4.1	Gesund alt werden –	
	Unterstützung durch flexible, individualisierte Service-Netzwerke	51
4.1.1	Zusammenfassung.....	51
4.1.2	Was ist FISnet, und was leistet es?	51
4.1.3	Warum wird FISnet gebraucht?	52
4.1.4	Was leistet FISnet?.....	53
4.1.5	Konkretes Vorgehen	54
4.1.6	Empfehlungen	56
	<i>Gudrun Halbrock</i>	
4.2	Ehrenamt und soziales Engagement	58
4.2.1	Zusammenfassung.....	58
4.2.2	Ehrenamtliches soziales Engagement	58
4.2.3	Zehn Thesen.....	58
4.2.4	Erfahrungsberichte	60
4.2.5	Empfehlungen	64
	<i>Jan Gramm</i>	
4.3	Palliativversorgung, Hospiz, Sterben	66
4.3.1	Zusammenfassung.....	66
4.3.2	Einführung	66
4.3.3	Palliative Care – eine Definition	67
4.3.4	Palliativversorgung in Deutschland	67
4.3.5	Palliativversorgung bei alten Menschen	68
4.3.6	Würdezentrierte Therapie als beispielhafte Intervention.....	69
4.3.7	Ausblick.....	70
5.	Empfehlungen	72
6.	Literaturverzeichnis	76
7.	Adressverzeichnis der Autoren	92

1.1 GRUSSWORT

In der persönlichen Werteskala wird „Gesundheit“ zumeist an erster Stelle genannt. Wenn man Gesundheit im persönlichen Gespräch thematisiert, werden jedoch häufig Gesundheitsdefizite berichtet. Das Ideal der Gesundheit gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation, die weit über die Abwesenheit von Krankheit hinausgeht, wird selten erreicht werden.

So wie sich aktuell die Wahrnehmung des Alterns im gesellschaftlichen Kontext verändert und dem biologischen Lebensalter weniger Bedeutung beigemessen wird – verglichen mit einer an der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit orientierten Altersauffassung –, sollte eine psychologische Sichtweise individuell unterschiedliches Gesundheitserleben in verschiedenen Lebensphasen berücksichtigen.

Dazu gehört beispielweise das Nichtbefassen mit dem Thema „Gesundheit“ in einer Lebensphase, in der keine körperlichen Einschränkungen erlebt werden, oder in einer anderen Phase die intensive Auseinandersetzung mit körperlichen Einschränkungen und Defiziten. Das Lebensalter ist dabei nicht der ursächliche Faktor.

Jenseits der Klischees des Alters (z. B. Starrsinn) und unbeeinflusst von gesellschaftlichen Normen (z. B. fixe Grenze des Austritts aus dem Erwerbsleben) sollte die psychologische Sichtweise zu einer individualisierten und differenzierten Betrachtungsweise beitragen. Weder eine Überforderung (z. B. wird ein Achtzigjähriger nicht mehr über die gleiche körperliche Leistungsfähigkeit verfügen wie mit zwanzig Jahren) noch eine Unterforderung (z. B. der Rückzug mit dem Argument: „Da sollen Jüngere ran“) ist gesundheitsförderlich.

Mittlerweile kann die Psychologie als Wissenschaft bereits auf eine lange Tradition der Auseinandersetzung mit dem Thema „Altern“ verweisen. Dennoch werden psychologische Einflussfaktoren auf das Alterserleben noch zu wenig beachtet.

Der vorliegende Bericht will Erkenntnisse zum Themenfeld „Gesundheit und Altern“ vermitteln und kann als Aufforderung aufgefasst werden, psychologische Erkenntnisse zu diesen Themen verstärkt praxiswirksam werden zu lassen.



Prof. Dr. Michael Krämer

Präsident des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)

1.2 VORWORT

Beim Thema „Älterwerden“ denken viele Menschen als Erstes an all das, was im Alter nachlässt und verloren geht: körperliche Beweglichkeit, die Sinneswahrnehmung, geistige Fähigkeiten und vieles mehr. Wir verbinden das Alter also oft mit Krankheit und Defiziten.

Das führt dazu, dass sich viele Menschen mit dem Älterwerden selbst immer weniger zutrauen und gesellschaftlich oft an den Rand gedrängt werden, zum Beispiel in der Arbeitswelt. Menschen über 50 gelten hier als kaum noch vermittelbar, Fortbildung wird für sie nicht mehr für notwendig erachtet.

Dieses Altersbild stimmt schon lange nicht mehr – und wir alle können viel dafür tun, dass spätere Lebensphasen bei gutem Wohlbefinden erlebt werden. Dafür ist es sinnvoll, schon früh mit einem gesunden Lebensstil zu beginnen. Keine bisherige Generation älterer Menschen war besser qualifiziert oder leistungsfähiger als die jetzige. Daher haben wir in diesem Bericht vorwiegend Beiträge aus der Psychologie zusammengestellt, die sich mit dem Schwerpunkt „Gesundheit“ beschäftigen.

Prof. Ursula Lehr regt in ihrem Beitrag dazu an, darüber nachzudenken, wie man alt ist. Sie enttarnt psychologische Mythen und Irrtümer über das Älterwerden.

Ältere Menschen fühlen sich heute im Durchschnitt zehn Jahre jünger, als sie chronologisch wirklich sind. Dazu trägt besonders der Gesundheitszustand bei: Je besser die Gesundheit, desto jünger fühlen sich ältere Menschen. Prof. Michael Falkenstein beschreibt, wie sich mentale und körperliche Fitness auch bis ins hohe Alter erhalten und fördern lassen. Zum Erhalt der Gesundheit gehören auch die Gesundheitskompetenzen, die Selbstverantwortung und Eigenständigkeit ermöglichen.

Viele Senioren nützen dieses Wohlbefinden, um sich ehrenamtlich zu engagieren, ein beeindruckendes Beispiel hierzu findet sich im Beitrag der Psychotherapeutin Gudrun Halbrock. Nicht nur jeder einzelne Mensch kann für sich die Weichen für ein Alter mit hoher Lebensqualität stellen, auch die Gesellschaft und insbesondere die Unternehmen können dazu beitragen. Ein gutes Beispiel aus der Praxis stellt hier das Projekt „CLARA“ der Deutschen Bahn dar.

Trotz alledem gibt es natürlich auch in den späteren Lebensphasen Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Demenz und Tod. Sie gehören zum anderen Ende des Spektrums zwischen Gesundheit und Krankheit. Auch hier sind noch Interventionen möglich, die eine möglichst gute Lebensqualität erlauben. Eine Möglichkeit, wie sich die Versorgung älterer Menschen in einem Versorgungsnetzwerk gestalten lässt, beschreibt Christian Schulze in seinem Bericht über ein aktuelles Forschungsprojekt. Welche Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung und zum Erhalt der Lebensqualität es bei Demenzerkrankungen gibt, stellt Dr. Claudia Freund dar. Mit den psychologischen Aspekten der Palliativ- und Hospizversorgung sowie dem Sterben setzt sich der Psychologe Jan Gramm vom Palliativpsychologischen Institut in Frankfurt auseinander. Krankheit und Sterben sind allerdings Prozesse, die nicht nur die direkt Betroffenen, sondern zum Beispiel auch pflegende

Angehörige stark belasten können. Susanne Brose, Inka Wilhelm und Prof. Dr. Susanne Zank betrachten die gesundheitliche Situation und die psychischen und physischen Belastungen von pflegenden Angehörigen. Sie zeigen auch, welche Maßnahmen und Angebote zur Entlastung hilfreich sein können.

Die Psychologie kann nicht nur dazu beitragen, die psychische Gesundheit und die geistige Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu trainieren. Sie bietet auch viele Erkenntnisse darüber, welcher Lebensstil und welches Gesundheitsverhalten hilfreich sind, um auch mit zunehmendem Alter körperlich fit zu sein.

A handwritten signature in black ink, reading "Julia Scharnhorst". The signature is written in a cursive, flowing style.

Julia Scharnhorst

Leitung Fachbereich Gesundheitspsychologie

im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)

2. THEORETISCHE EINORDNUNG

Ursula Lehr

2.1 GESUNDHEIT IM ALTER: LANGLEBIGKEIT VERPFLICHTET ZU EINEM GESUNDEN UND KOMPETENTEN ÄLTERWERDEN

2.1.1 Zusammenfassung

Der Beitrag gibt einen Überblick über wesentliche gesundheitliche Belastungen bei älteren Menschen und die daraus resultierenden Aufgaben für jeden Einzelnen sowie für Gesellschaft und Politik. Zunächst einmal muss jeder selbst etwas tun, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben. Während früher die Schonungshypothese im Vordergrund auch medizinischer Beratung stand, wissen wir heute, dass körperliches, seelisch-geistiges und soziales Aktivsein und -bleiben eine wichtige Herausforderung für jeden Älterwerdenden ist, dass Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern. Doch auch die Gesellschaft ist gefordert – im Sinne einer stärkeren präventiven Umweltgestaltung, die Barrieren abbaut und zu Aktivitäten ermuntert. Auch der sogenannte „subjektive Gesundheitszustand“, das Sich-Wohlfühlen, mitbedingt durch die Art der Kommunikation der Gesundheitsberufe, spielt eine bedeutende Rolle. Das meistens einseitige Aufzeigen von Grenzen und Verboten führt oft zu einer schlechteren Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und zur Passivität. Die Förderung einer positiven Sichtweise auf die noch vorhandenen eigenen Ressourcen, auf die noch verbliebenen Möglichkeiten hingegen trägt zu einem präventiven Gesundheitsverhalten, zu stärkerer Aktivierung im körperlichen und seelischen Bereich bei.

2.1.2 Langes Leben in einer alternden Gesellschaft

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland – um 1900 bei 45 Jahren – hat sich in den vergangenen 140 Jahren fast verdoppelt und liegt heute für männliche Neugeborene bei 77,7 Jahren, für weibliche bei fast 83 Jahren. Sie steigt pro Jahr um etwa drei Monate. Die Gruppe der über 80-Jährigen ist die weltweit am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe. Der Anteil der „gesunden“ Lebensjahre, die wir in Unabhängigkeit und Selbstständigkeit verbringen dürfen, hat in den letzten Jahren enorm zugenommen. Der amerikanische Mediziner James Fries (1980, 1996) geht von einer „compression of morbidity“ aus, das heißt, dass sich der Beginn ernst zu nehmender Krankheiten in ein immer höheres Lebensalter hinausschieben wird und die Krankheitsdauer auf einen immer kürzeren zeitlichen Abschnitt direkt vor dem Tod begrenzt sein wird. Die Zeit des aktiven, relativ gesunden Alterns nimmt zu und wird weiter zunehmen – vorausgesetzt, eine optimale Prävention und Gesundheitsvorsorge wird ausgebaut.

2.1.3 Altern ist ein lebenslanger Prozess

Alter selbst ist keine Krankheit, aber mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, zu. Die meisten Krankheiten im Alter sind keine Alterskrankheiten, sondern alternde Krankheiten, haben sich im früheren Leben über eine lange Zeit hin aufgebaut. Das gilt besonders für die vier gesundheitlichen Hauptprobleme:

- *kardiovaskuläre Erkrankungen,*
- *Stoffwechselerkrankungen (Diabetes II),*
- *Erkrankungen der Wirbelsäule, Osteoporose, Gelenkprobleme,*
- *einige Tumorerkrankungen.*

Dies sind Krankheiten, die sich weitgehend durch den Lebensstil schon im frühen und mittleren Erwachsenenalter beeinflussen lassen. Hier hat die (betriebliche) Gesundheitsvorsorge anzusetzen: Langlebigkeit verpflichtet.

Victor von Weizsäcker hat einmal gesagt: „Gesundheit baut sich nicht im Laufe des Lebens, des Älterwerdens ab, sondern Gesundheit ist dort vorhanden, wo sie jeden Augenblick des Lebens neu erzeugt wird.“ Auch wenn ein Mensch krank ist, hat er noch viele Elemente von Gesundheit, die es zu erhalten und fördern gilt (durch Sekundär- und Tertiärprävention).

2.1.4 Gesundheitskosten im Alter

„Immer älter – immer kränker – immer teurer?“ Dieser Dreiklang, der zunächst überzeugend klingt, muss der aber doch in Frage gestellt werden. Hilke Brockmann (2002) vom Max-Planck-Institut Rostock hat diese These hinterfragt. Ihre Untersuchungen an über 400.000 AOK-Versicherten zeigten:

- *Wenige Patienten (etwa zehn Prozent) verursachten ungefähr 40 Prozent der gesamten Ausgaben; 50 Prozent der Patienten machten nur bis zu 15 Prozent der Kosten aus.*
- *Es gibt Kostenunterschiede zwischen versterbenden und nicht versterbenden Patienten; versterbende sind im letzten Lebensjahr deutlich kostenintensiver; eine 20- bis 50-jährige Frau kostete 1996/97 im letzten Lebensjahr durchschnittlich über 36.000 DM, eine gleichaltrige, nicht versterbende Patientin weniger als 10.000 DM.*
- *Die Kostendifferenz zwischen sterbenden und nicht versterbenden Patienten wird mit zunehmendem Lebensalter geringer. „Die Sterbekosten sind hoch, aber sie sinken kontinuierlich mit dem Alter der Patienten.“ (Brockmann, 2002, S. 9)*
- *Krankenhausbehandlungskosten sinken ungefähr ab dem 80. Lebensjahr auch für den nicht versterbenden Patienten ab.*

„Fasst man diese Ergebnisse zusammen, so ergibt sich, dass nicht das Alter über die Gesundheitskosten entscheidet, sondern die Nähe zum Tod“ (Brockmann, 2002, S. 9) „Über Jahrzehnte kosten Versicherte sehr wenig, aber im letzten Lebensjahr schießen die Kosten in die Höhe. [...] Je näher der Tod rückt, desto rasanter steigen die Gesundheitsausgaben an. Dieser Anstieg fällt jedoch flacher aus, je älter der Patient ist.“ Auch die von Breyer und Ulrich (2000) behaupteten Ausgabensteigerungen untersucht Brockmann (2002) gründlich und stellt zunächst fest, dass die mittlere Krankenhausverweildauer 1960

28,7 Tage betrug, im Jahr 2000 auf durchschnittlich 9,8 Tage gesunken ist; hier wirkt sich medizinischer Fortschritt kostensenkend aus. 2013 betrug die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nur 7,5 Tage, was sicher auch mit dem Abrechnungsmodus „Fallpauschale“ zu tun hat und gerade für ältere Menschen häufig von Nachteil ist.

2.1.5 Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern

Schon heute gilt: Altern muss nicht Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit bedeuten. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit alter Menschen wird oft überschätzt. Es fällt eigentlich erst in der Gruppe der 80- bis 85-Jährigen ins Gewicht und betrifft dort rund 20 Prozent, bei den 80- bis 85-Jährigen 38 Prozent und bei den über 90-Jährigen 57 Prozent. Das heißt aber, dass noch rund 43 von 100 Hochbetagten in der Lage sind, allein kompetent ihren Alltag zu meistern (Statistisches Bundesamt, 2013).

Bei Hochrechnungen des Anteils der Pflegebedürftigen von morgen, wenn ja weit mehr über 80- bis 85-Jährige in unserer Gesellschaft leben werden, sollte man sehr vorsichtig sein. Schon die Älteren von heute sind in einem höheren Alter viel gesünder und kompetenter, als es deren Eltern und Großeltern im gleichen Alter waren – sofern sie dieses überhaupt erreicht hatten. Und dieser Trend wird sich fortsetzen. Aber auch wenn wir den Anteil der Pflegebedürftigen von morgen und übermorgen nicht überschätzen sollten, müssen wir doch feststellen: Die Thematik der Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft wird eine Herausforderung bleiben.

2.1.6 Gesundheitsbewusster Lebensstil: Älter werden – aktiv bleiben

Zunächst gilt es erst einmal, Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden! Und das ist eine Herausforderung für jeden Einzelnen und die Gesellschaft. Präventive Maßnahmen sollten weit stärker verankert werden. Dazu gehören einmal ein entsprechender gesundheitsbewusster Lebensstil (im Hinblick auf Ernährung, Verzicht auf Nikotin, maßvollen Alkoholgenuß und vor allem hinreichende körperliche Bewegung) und eine Förderung der Eigenverantwortung.

Auch der Ausbau medizinischer Vorsorgeuntersuchungen gehört dazu – neben einer präventiven Umweltgestaltung, die Barrieren minimiert oder ausräumt und zu Aktivitäten ermuntert.

Die Bedeutung der Aktivität für ein Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden wurde in der Wissenschaft schon lange erkannt. Spätestens seit Anfang der 1970er-Jahre betonen Mediziner, Psychologen, Sportwissenschaftler und andere Disziplinen: Körperliche, geistige und soziale Aktivität ist den Erkenntnissen der neueren gerontologischen Forschung zufolge die Voraussetzung für ein gesundes und kompetentes Altern.

Doch so neu ist diese Erkenntnis gar nicht. Ein hohes Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden zu erreichen, war von jeher der Wunsch der Menschheit. Schon vor mehr als 2.000 Jahren empfahl bereits Hippokrates (460–377 v. Chr.) folgende Regeln für eine gesunde Lebensführung, die ein hohes Lebensalter garantiere: „Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie mit Maß gebraucht werden und in den Arbeiten, an die jeder Teil gewöhnt ist, geübt werden. Wenn man sie aber nicht braucht, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig“ (Hippokrates, De articulibus reponendis 56, vgl. Müri, 1962, S. 361).

Ähnliche Empfehlungen bezüglich körperlicher Bewegung und Gymnastik finden sich unter anderem bei

Galen von Pergamon (129–199 n. Chr.), van Swieten (1700–1772), Hufeland (1762–1836; Hufeland, 1860) und anderen. Frühe Hinweise auf eine notwendige Aktivität im Alter, eine lebenslange Vorbereitung auf das Alter, eine Geroprophylaxe, die schon in Kindheit und Jugend beginnen sollte und neben dem physischen Bereich auch den geistigen Bereich umfassen muss, findet man auch bei Platon (427–347 v. Chr.) in seiner „Politeia“ (Vretska, 2004) und bei Cicero (106–43 v. Chr.) in seiner Schrift „Cato maior de senectute“ (Merklin, 1998). Sie preisen die lebenslange körperliche Aktivität, die richtige Ernährung, weisen aber auch auf die Notwendigkeit geistiger Aktivität und entsprechender Sozialkontakte hin, die während des ganzen Lebens geübt werden müssten: Nichtaufhören, Weitermachen, ständiges Üben in allem, das sei die Maxime (Cicero).

Doch vorübergehend waren diese alten Ratschläge in Vergessenheit geraten, als eine bestimmte Mediziner-generation die „Wear-and-tear-Theorie“, die „Abnutzungs- oder Aufbrauchstheorie“, predigte und in der Schonung, der Nichtbeanspruchung körperlicher und geistiger Kräfte einen Garant für die Erreichung eines hohen Lebensalters bei guter Gesundheit sah. Diese medizinische Irrlehre, die übrigens auch den „Ruhestand“ begründete, ist von der geriatrischen Forschung in den vergangenen Jahrzehnten eindrucksvoll widerlegt und abgelöst worden durch die Erkenntnis der „Inaktivitätsatrophie“ beziehungsweise der Bestätigung der „Dis-use-Hypothese“ (Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern). Der Volksmund sagt: „Wer rastet, der rostet!“

Heute haben wir durch neuere Forschungen hinreichend Belege für die Richtigkeit dieser alten Einsichten. Spätestens seit Anfang der 1970er-Jahre betonen Mediziner, Psychologen, Sportwissenschaftler und andere Disziplinen aufgrund ihrer Forschungen den Wert körperlichen Trainings, den Wert der Aktivierung körperlicher Kräfte und der Abforderung körperlicher Leistungen sowohl als Prävention beziehungsweise Geroprophylaxe als auch als Therapeutikum.

Die meisten körperlichen Altersveränderungen (in Bezug auf die Muskulatur, die Atmungsorgane und sonstige Funktionen), die zwar – je nach Individuum – in sehr unterschiedlichem Lebensalter eintreten können, „ähneln denen, die auch ein Mangel an Bewegung im Gefolge hat“ (Schmidt, 1972, S. 191). Die World Health Organization hat festgestellt: Millionen Tote durch zu wenig Bewegung und zu viel Zucker, Fett, Salz! Danach verursacht die Bewegungsarmut

- *jährlich 1,9 Millionen Tote,*
- *zehn bis 16 Prozent mancher Krebserkrankungen,*
- *22 Prozent der ischämischen Herzkrankheiten*
- *und ist auch für Diabetes verantwortlich.*

Weltweit sind 60 Prozent der Erwachsenen nicht bewegungsaktiv genug, und 1,9 Millionen Menschen werden jährlich durch Bewegungsmangel zu Behinderten (World Health Organization, WHO, 2002).

Nun, der Nachweis, dass die für das einzelne Individuum „richtigen“ sportlichen Aktivitäten, in richtiger Dosierung ausgeübt, das psychische Wohlbefinden steigern und die relevanten physiologischen Werte auch beim 40-, 50- und sogar 70-Jährigen noch verbessern können, ist bereits lange und mehrfach seitens der Sportwissenschaft und Sportmedizin erbracht worden (Hollmann, 1965, 1975; Hollmann & De Meirleir, 1988; Hollmann & Liesen, 1985; Mechling, 2003; Meusel, 1996, 1999; Rieder, 1977, 1992, 1999; Werle & Zimmer, 1997).

Ebenso wurde gezeigt, dass körperliche Aktivität, Bewegung und Sport auch auf die kognitiven Fähigkeiten positiv wirken. Schnellere Reaktionszeiten, bessere Gedächtnisleistungen, besseres Abschneiden bei Problemlösungsaufgaben konnten unter anderem Baumann und Leye (1997), Baumann (1999), Birren, McRae und Fisher (1995), Oswald, Gunzelmann, Rupprecht, Lang, Baumann und Stosberg (1992) und Oswald et al. (1996) zeigen. In der Langzeitstudie „SIMA“ haben jene Senioren und Seniorinnen ihre intellektuellen Fähigkeiten, vor allem Gedächtnisleistungen, am stärksten verbessert und über Jahre hinweg gehalten, die neben dem Gedächtnistrainingsprogramm gleichzeitig ein körperliches Aktivierungsprogramm durchgeführt haben (vgl. Baumann, 1997, 1999; Oswald et al., 1996).

Nach einer kritischen Analyse der Literatur zum Zusammenhang von sportlicher Betätigung, Gesundheit und Anpassung an das Alter kommt Meusel (1996) zu dem Schluss, dass bei einer in dieser Hinsicht inaktiven Lebensweise das Leistungsniveau in allen motorischen Fähigkeiten zurückgeht. „Schon geringe Bewegungsaktivität im Alltag, Beruf und Sport wirkt sich – besonders bei sonst bewegungsarmer Lebensweise – positiv im Sinne einer Verzögerung der Rückbildungsprozesse aus. Auch im höheren Alter können durch gezieltes Training noch Anpassungsprozesse in Gang gesetzt werden, die degenerativen Veränderungen entgegenwirken. Ohne Training beginnt der Abfall der Leistungsfähigkeit schon am Ende des zweiten, spätestens im dritten Lebensjahrzehnt. Jede der motorischen Fähigkeiten Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Gelenkigkeit, Gleichgewicht und Koordination hat ihre spezifische Bedeutung für die Erhaltung der allgemeinen motorischen Leistungsfähigkeit im Alter und für die Bewahrung oder Verbesserung einzelner Merkmale der Gesundheit“ (Meusel, 1996, S. 119). Und weiter heißt es bei Meusel: „Was bisher als Alternsprozess verstanden wurde, ist in hohem Maße Auswirkung mangelnden Trainings. Deshalb kann sportliche Betätigung und Bewegungsaktivität überhaupt helfen, die Leistungsfähigkeit in allen motorischen Fähigkeiten bis ins hohe Alter zu erhalten“ (Meusel, 1996, S. 119).

Aber wir brauchen auch geistige Aktivität. Wie die bekannten internationalen Längsschnittstudien übereinstimmend feststellen, erreichen geistig aktivere Menschen, Personen mit einem höheren Intelligenzquotienten, einem größeren Interessenradius, einem weitreichenderen Zukunftsbezug ein höheres Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden als jene, die weniger Interessen verfolgen, geistig weniger aktiv sind. Größere Aktivität und Aufgeschlossenheit sorgen für geistige Anregungen und Stimulation und trainieren somit die geistigen Fähigkeiten zusehends und steigern diese. Bei geistig mehr passiven Menschen ist eine geringere Suche nach Anregungen und neuen Interessen feststellbar, sodass die vorhandenen geistigen Kräfte im Laufe der Zeit mehr und mehr verkümmerten. Auch hier bestätigt sich die Inaktivitätstheorie beziehungsweise die „Dis-use-Hypothese“.

Über die Familie hinaus soziale Aktivitäten und den Kontakt zu anderen Menschen zu pflegen, ist wichtig für ein Wohlergehen im Alter. Auch der alte Mensch braucht eine Aufgabe, die er als sinnvoll erlebt. Die Bereitschaft, sich zu engagieren, Mitverantwortung zu übernehmen, sich für andere Menschen einzusetzen, ist ebenfalls im hohen Alter noch gegeben, wie Andreas Kruse, unter anderem in der Hochaltrigenstudie 2014, immer wieder nachgewiesen hat (Generali Deutschland Holding AG, 2014). Allerdings führt ein negativ verzerrtes Altersbild oft dazu, ältere Menschen eher zu „schonen“ und ihre Hilfsangebote nicht anzunehmen.

2.1.7 Präventive Umweltgestaltung

Stürze sind oft die Ursache von Pflegebedürftigkeit. Neben intrinsischen Faktoren (verschiedene ursächliche Krankheiten) sind es oft extrinsische Faktoren (Umweltgegebenheiten), die zu vermeidbaren Stürzen führen.

Wir leben heute in einer alternden Menschheit, in der einem über 75-Jährigen noch 9,8 Menschen, die jünger als 75 sind, gegenüberstehen. Im Jahr 2040 werden es bereits nur noch 4,4 sein – eine Tatsache, die offenbar oft verdrängt wird.

Wenn wir diese Entwicklung ins Auge fassen, dann sind auch die Gesellschaft, die Kommune, aber auch die Wirtschaft und die Industrie gefordert, zu einem gesunden und kompetenten Älterwerden beizutragen, für Barrierefreiheit oder wenigstens Barrierearmut zu sorgen und zudem eine Umwelt zu schaffen, die zu körperlicher, geistiger und sozialer Aktivität anregt.

75-Jährige sind noch lange nicht pflegebedürftig, aber die einen oder anderen kleinen Hemmnisse im Hinblick auf die Mobilität (eingeschränkte Beweglichkeit, Probleme beim Treppensteigen, Schwierigkeiten, sich zu bücken, Gleichgewichtsstörungen, Arthritis, rheumatische Finger) sowie Seh- und Hörprobleme treten schon auf und können zu einer Einschränkung des Lebensraumes führen.

Tatsache ist: Je gesunder und kompetenter ein Mensch ist, umso weniger beeinflusst die dinglich-sachliche Umwelt sein Verhalten. Je stärker er allerdings beeinträchtigt ist, umso mehr bestimmt diese Umwelt sein Verhalten. Sei es, dass sie im negativen Fall zu Unselbstständigkeit und Abhängigkeit und zur Verengung seines Lebensraumes beiträgt, was dann zu einem weiteren Abbau der an sich noch vorhandenen Fähigkeiten führt: Man geht weniger zu Veranstaltungen, erhält weniger Anregung, zieht sich zurück und stellt körperliche, geistige und soziale Aktivitäten weitgehend ein. Im positiven Fall regt diese Umwelt zu Aktivitäten an und erhält oder steigert damit die vorhandenen Fähigkeiten. So kann beispielsweise ein Aufzug einen mobil eingeschränkten Menschen unternehmungsfreudiger machen, während die für ihn schwer zu bewältigende Treppe in den zweiten Stock ihn dazu führt, Aktivitäten einzustellen. Freilich, für einen Gesunden ist das Treppensteigen ein gutes Aktivitätstraining.

In einer zukünftigen Welt der vorwiegend älteren Bevölkerung haben wir die Konzepte der Stadtentwicklung zu überdenken, von der Verkehrsplanung bis hin zu mehr Sportstätten und Sportmöglichkeiten auch für Ältere: Warmbadetage in Schwimmbädern werden immer notwendiger. Museen könnten zum Beispiel seniorengerechter werden (Sitzmöglichkeiten in den großen Sälen; lesbare, deutlichere Legenden zu den Exponaten, in einer Höhe angebracht, bei der man sich nicht bücken muss).

Wir müssen uns aber auch Gedanken zur besseren Erreichbarkeit von Schwimmbädern, Sportstätten, Arztpraxen und auch von Einkaufsmöglichkeiten machen. Mobilitätsfördernde Strukturen sind eine Voraussetzung für soziale Teilhabe, für das Aufsuchen von kulturellen oder sportlichen Angeboten, für ein so notwendiges „Aktivbleiben“. Manch älterer Mensch ist durchaus noch fähig, sicher Auto zu fahren, auch wenn ihm das Zu-Fuß-Gehen in den sich mehr und mehr ausdehnenden Fußgängerzonen größere Schwierigkeiten bereitet. Wie viele Parkhäuser oder auch Tiefgaragen sind jedoch nur über Treppen zu erreichen? Parkhäuser ohne Aufzüge gehören in einer alternden Gesellschaft verboten, aber sie sind sogar für junge Eltern mit Kinderwagen ein Problem! Wie wird es zukünftig mit dem öffentlichen Nahverkehr, mit der Parkplatzfrage vor Behörden, Hotels und Restaurants aussehen? Wie viele Arztpraxen haben wir in der Fußgängerzone, ohne Parkraum, nur anfahrbar von Taxen, sodass Nachbar, Sohn oder Tochter

einen nicht einmal schnell vor die Praxistür fahren können? Das macht Krankheit für viele teuer! Die oft leeren Innenstädte und das Schließen bekannter Geschäfte sind nicht nur mit den zunehmenden Internetbestellungen zu erklären, sondern vielfach mit der Tatsache, dass ältere Menschen, die nicht gut zu Fuß sind, nicht näher an die Geschäfte in der Fußgängerzone heranfahren können, dass die Wege zum nächsten Parkplatz zu weit sind und dass auch notwendige Sitzbänke in der Fußgängerzone fehlen! Außerdem erhöht Kopfsteinpflaster zusätzlich die Gehunsicherheit; Gehstöcke bleiben stecken, und Rollatoren, aber auch Kinderwagen rütteln zu sehr!

Eine Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) hat deutlich gemacht, dass zu kurze Ampelphasen, verbunden mit fehlenden akustischen Signalen, an bestimmten Straßenübergängen die Mobilität einschränken. Außerdem erschweren zu kleine, kaum lesbare Straßenschilder und fehlende beziehungsweise nicht sichtbare Hausnummern die Orientierung (Kaiser, 2012).

Wie sieht es auf vielen unserer Bahnhöfe aus: nicht funktionierende Rolltreppen, fehlende Aufzüge: Treppensteigen ist angesagt! Für eine immer größer werdende Bevölkerungsgruppe eine Last! Und dann die oft unverständlichen Informationen, die schwer zu bedienenden Fahrkartenautomaten, die selbst Jüngeren zu schaffen machen! Die Konstruktion unserer Busse könnte in mancher Beziehung „senioren-gerechter“ und damit „menschengerechter“ sein. Niedrigflurbusse werden nicht nur von älteren Menschen mit einem Rollator oder gar von Rollstuhlfahrern geschätzt, auch für Kinderwagen- und Fahrradmitnahme sind sie geeigneter.

Und: Wie viele Veranstaltungen werden nicht besucht, weil man abends nicht mehr nach Hause kommt? Ältere Autofahrer scheuen oft das Fahren bei Dunkelheit, sie fühlen sich dann unsicher, weil die Adaptationsfähigkeit des Auges nachgelassen hat. Zweifelsohne würden ältere Menschen Veranstaltungen am Abend auch gern besuchen, wenn sichere und bezahlbare Transportmöglichkeiten angeboten würden. In unserer Gesellschaft des langen Lebens sollte alles dafür getan werden, um gesund und kompetent, das heißt bei großer Selbständigkeit, ein hohes Alter zu erreichen. Dazu muss der Einzelne selbst etwas im Hinblick auf körperliche, geistige und soziale Aktivitäten tun. Aber auch die Gesellschaft und insbesondere die Kommunen sind gefordert, diese präventiven Aktivitäten zu ermöglichen. Dazu gehören ein Abbau von Barrieren und eine Förderung der Motivation durch entsprechende Anreize, eine „umweltbezogene Prävention“. WHO-Programme einer „age-friendly city“ beziehungsweise einer „healthy city“ greifen diese Herausforderungen auf. Preisausschreiben wie „Gesunde Städte“ versuchen neuerdings auch in Deutschland, die Verantwortlichen zum Nachdenken zu bringen.

2.1.8 Rehabilitation vor Pflege

Der im Pflegegesetz seit 1995 verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist bisher leider nur in sehr engen Grenzen realisiert worden, was sicherlich mehrere Gründe hat. Zum einen ist es sicher die Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger bei der Finanzierung der Pflege und der Rehabilitation, zum anderen das bei manchen Mediziner*innen vorherrschende negative Altersbild, das von Skepsis gegenüber Interventionsmöglichkeiten geprägt ist. Darüber hinaus findet man bei den betroffenen Pflegebedürftigen manchmal eine gewisse Scheu vor anstrengenden Rehabilitationsmaßnahmen; man hat sich mit seinem Schicksal abgefunden und möchte endlich „seine Ruhe“ haben. Und oft kann man auch bei den pflegenden Angehörigen eine gewisse Skepsis oder Zurückhaltung beobachten.

2.1.9 Die Bedeutung des „subjektiven Gesundheitszustandes“

Die zahlreichen empirischen Befunde über die Bedeutung des „subjektiven Gesundheitszustandes“ für ein Altwerden bei Wohlbefinden werden seitens der Ärzte und des medizinischen Personals oft nicht hinreichend gewürdigt. Für den „subjektiven Gesundheitszustand“ ist wiederum das Verhalten des Arztes, zum Beispiel seine Erklärungsbereitschaft, seine Überzeugungskunst, seine Fähigkeit, nicht nur auf gegebene Grenzen, sondern auch auf die noch verbliebenen Möglichkeiten hinzuweisen und zu deren Nutzung zu motivieren, von größter Bedeutung. Oft ist nicht Schonung und Ruhigstellung angebracht, sondern frühestmöglich Aktivierung und Mobilisierung.

Viele Studien belegen: Der Mensch verhält sich nicht entsprechend der objektiven Situation, sondern danach, wie er diese subjektiv erlebt (Thomae, 1970). Dies gilt auch im Hinblick auf die gesundheitliche Situation. Oft erlebt und deutet ein Patient das Verhalten des Arztes oder der Pflegenden anders, als es gemeint war, und reagiert entsprechend, fühlt sich kränker, als er ist. Oft besteht eine Scheu, unverständene Diagnosen nachzufragen. Unklare Informationen führen häufig zu einer schlechteren Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Der von Fachausdrücken wimmelnde Beipackzettel der verschriebenen Medikamente mit der Aufzählung möglicher Nebenwirkungen trägt zusätzlich zu einer schlechteren Einschätzung und Missbefinden bei.

In der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (Lehr & Thomae, 1987; Thomae, 1976, 1983) zeigte sich, dass die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes die engste Korrelation zu Langlebigkeit und Wohlbefinden im hohen Alter hat – nicht aber der objektive, durch den Arzt festgestellte Gesundheitszustand. Fühlte man sich relativ gesund (auch wenn andere Diagnosen durch den Arzt gestellt wurden), dann war man aktiver, unternahm mehr, interessierte sich für mehr, setzte sich auch aktiver mit Problemen auseinander – und zählte dann auch eher zu den Überlebenden. Fühlte man sich hingegen krank (auch bei anderslautendem Arzturteil), dann neigte man eher zu „doctor hopping“ und „clinic hopping“, rannte zwar von Arzt zu Arzt, war aber sonst insgesamt passiver, ließ sich eher hängen, unternahm nichts, resignierte schneller, gab sich selbst eher auf – und geriet in die Gruppe der „non-survivors“.

2.1.10 Stressbewältigung/Coping-Stile

Viele Untersuchungen zu den verschiedensten Krankheitsbildern (Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Niereninsuffizienz u. a.) weisen auf die Bedeutung der Auseinandersetzungsformen oder Reaktionsformen für die Krankheitsbewältigung beziehungsweise weitere Lebensgestaltung hin (vgl. Meyer-Baumgartner, Nerenheim-Duscha & Görres, 1992; Thomae, 1987, 1993). Meyer-Baumgartner et al. (1992, S. 101) stellen fest: „Für den Erfolg des Rehabilitationsprozesses ist von Belang, dass die emotionale beziehungsweise kognitive Krankheitsverarbeitung und -bewältigung durch den Patienten ebenso hoch einzustufen ist wie die Besserung des funktionellen Status.“ Als gesundheitsfördernd erwiesen sich dabei jene Reaktionsweisen oder Coping-Stile, die zunächst einmal die Erkrankung beziehungsweise Behinderung akzeptierten, dann aber in Auseinandersetzungsformen einmündeten, die mit „make the best of it“ zusammenzufassen wären, nämlich „sachliche Leistung“, „Aufgreifen von Chancen“, „Anpassung an die Gegebenheiten der Situation“ und „Hoffnung auf Wende“. Als hemmend mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit hingegen erwiesen sich Reaktionsformen wie „nicht wahrhaben wollen“, „verdrängen“, „evasive Reaktionen“, „Niedergeschlagenheit und Depression“

oder auch „Widerstand“ und „aggressive Durchsetzung eigener Bedürfnisse“ („jetzt erst recht; es nutzt doch alles sowieso nichts“). Diese letztgenannten, gesundheitsschädigend wirkenden Reaktionsformen fanden sich vorwiegend dann, wenn der Patient von der Unveränderbarkeit seiner Situation überzeugt war, wenn er die Kontrolle und Beeinflussbarkeit völlig verloren zu haben glaubte.

Ärzte, therapeutisches Team und Pflegekräfte sollten den Erlebens- und Reaktionsweisen der Patienten viel Aufmerksamkeit schenken. Es gilt, dem Patienten neben den notwendig werdenden Begrenzungen auch die noch verbliebenen Möglichkeiten aufzuzeigen und ihn zu ermuntern, diese zu nutzen. Es gilt, ihn auf die Möglichkeiten der Veränderung seiner Situation durch sein eigenes Zutun (und sei es auch nur in kleinsten Teilbereichen) hinzuweisen. Man sollte sich nicht nur fragen, was der Patient in einer spezifischen Situation (z. B. nach einem Schlaganfall) nicht mehr kann, sondern was er noch kann. Man sollte die noch vorhandenen Fähigkeiten stärken und abrufen sowie dann gezielt die verlorenen herausfordern und fördern.

2.1.11 Empfehlungen für ein möglichst gesundes Älterwerden

- **An jeden Einzelnen**

Aktiv bleiben! Bewegung, sportliche Betätigung, tägliche Gymnastik und gesunde Ernährung sind notwendig, um die Funktionsfähigkeit möglichst lange zu erhalten und gegen manche Krankheiten geschützt zu sein!

Auch kognitive Fähigkeiten wollen gefordert werden! Auch Neuem gegenüber aufgeschlossen und interessiert bleiben; bereit sein, Neues zu lernen. Sich eine Aufgabe suchen, die einem Spaß macht, die einen das Leben auch im hohen Alter als sinnvoll erleben lässt. „Der Mensch, der keine Aufgabe hat, gibt sich auf.“ Aktiv sein, Sozialkontakte pflegen!

Sich über etwaige Krankheiten und Einschränkungen informieren, sich nicht mit unklar erscheinenden Diagnosen abfinden.

Alle Rehabilitationsmöglichkeiten ausschöpfen. Wirklich irreversible Einschränkungen hinnehmen, aber gleichzeitig nach den noch verbliebenen Möglichkeiten suchen und diese nutzen und entwickeln.

- **An die soziale Umwelt**

Sich um ein realitätsbezogenes, positives Altersbild bemühen; Erwartungen an Ältere nicht aufgrund des Lebensalters herunterschrauben.

Älteren Menschen keine Aufgaben abnehmen, die sie noch selber machen können, auch wenn sie ihnen vielleicht schwerfallen, aber dort helfend eingreifen, wo sie Hilfe brauchen: Hilfe zur Selbsthilfe geben. Eine „Overprotection-Haltung“ schadet dem Älteren genau wie dem Kleinkind: Fähigkeiten, die nicht geübt werden, verkümmern.

Zu Aktivitäten ermuntern, zu Unternehmungen motivieren.

- **An die Gesellschaft, Kommunen und Produktgestalter**

Dazu beizutragen, dass der ältere Mensch lange selbstständig und selbstbestimmt leben kann, zum Beispiel durch eine entsprechende Umweltgestaltung, durch mobilitätsfördernde Strukturen und Angebote, durch bauliche Maßnahmen.

Ein „universal design“ oder auch „design for all“ sollte selbstverständlich sein.

Förderung der sozialen Teilhabe, unter anderem Schaffung und Förderung von Begegnungsstätten.

- **An das Gesundheitswesen**

Förderung präventiver Maßnahmen: Wenn es möglich ist, der Aktivierung den Vorzug vor Schonung und Ruhigstellung geben.

Hinreichende medizinische Versorgung ohne Altersbeschränkungen, auch bei bereits Pflegebedürftigen und in Heimen.

Fortbildung aller Medizinberufe in Gerontologie/Geriatrie: Schulung im Umgang mit hochaltrigen Patienten; überzeugen statt anordnen; dem „subjektiven Gesundheitszustand“ mehr Beachtung schenken; nicht nur Grenzen und Begrenzungen, sondern auch noch verbliebene Möglichkeiten nennen und ermuntern, diese zu nutzen.

Erkennung und Ausschöpfung des Rehabilitationspotenzials.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. hc. mult. Dipl.-Psych. Ursula Lehr

Bundesministerin a. D.

Stellvertretende Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)

Am Büchel 53 b

53173 Bonn

Tel.: (0228) 35 28 49

Fax: (0228) 35 27 41

E-Mail: ursula.lehr@t-online.de

3. KONZEPTE UND ANSÄTZE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION BEI ÄLTEREN MENSCHEN

Prof. Dr. Michael Falkenstein

3.1 KONZEPTE FÜR ÄLTERE MENSCHEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

„Ich altere wohl, doch täglich lerne ich etwas dazu.“

Solon (640–558 v. Chr.)

3.1.1 Zusammenfassung

Mit zunehmendem Alter kommt es zu körperlichen und funktionellen Veränderungen, die individuell höchst unterschiedlich verlaufen. Der funktionelle Altersverlauf ist durch viele Faktoren bedingt, welche prinzipiell beeinflussbar sind. Hieraus ergeben sich gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen für ältere Menschen, die zum einen am Lebensumfeld (Verhältnisprävention), zum anderen am Individuum selbst (Verhaltensprävention) ansetzen. Wichtige verhältnispräventive Maßnahmen sind eine altersfreundliche Arbeit, die Wohn- und die Mobilitätsumwelt. Zentrale verhaltenspräventive Maßnahmen sind eine gesunde Ernährung, das Erlernen des Umgangs mit Stressoren sowie körperliche und kognitive Aktivitäten. Die präventive Wirkung dieser Maßnahmen für das Alter wird dadurch gefördert, dass sie bereits im mittleren Alter erfolgen. Dies unterstreicht die Bedeutung der Prävention für das Alter und nicht erst im Alter.

3.1.2 Einführung

Die weltweite demografische Entwicklung macht die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und der Lebensqualität für Ältere immer wichtiger. Immer mehr ältere Menschen werden und wollen im Alltag und im Berufsleben aktiv sein. In den entwickelten Gesellschaften leiden Ältere zunehmend unter chronisch degenerativen Erkrankungen (Walter & Schneider, 2008). Solche altersbegleitenden Erkrankungen werden zu einem erheblichen Teil durch umwelt- und verhaltensbezogene Faktoren beeinflusst (GBD 2013 Risk Factors Collaborators, 2015), die prinzipiell veränderbar sind.

Das Anliegen dieses Kapitels ist es, Menschen verschiedenen Alters über präventive und gesundheitsförderliche Konzepte und Maßnahmen zu informieren. Diese Konzepte setzen sowohl an der Umwelt als auch am eigenen Verhalten und an eigenen Fähigkeiten an. Wichtig erscheint hier insbesondere,

mit der Prävention für das Alter nicht erst im Alter, sondern bereits in jungen Jahren zu beginnen (Franzkowiak, 2010). Die meisten Maßnahmen, die die körperliche Gesundheit fördern, wie zum Beispiel sportliche Aktivität, haben auch günstige Wirkungen auf das Gehirn und damit auf die mentale Fitness und Gesundheit. Solche Wirkungen sind weniger bekannt und daher Schwerpunkt des Kapitels. Die Wirkung von Einflussfaktoren und der daraus abgeleiteten Präventionsmaßnahmen sollte mit möglichst vielschichtigen und objektiven Methoden untersucht werden, was im Folgenden auf der Basis internationaler Literatur aus dem Bereich Medizin und Psychologie berücksichtigt wird.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung älterer Menschen sollten bestimmte Prinzipien beherzigen. Hierzu wurden in dem Projekt „Health Pro Elderly“ (Lis et al., 2010) Leitlinien entwickelt. Besonders wichtig dabei sind die Einbindung von Akteuren aus verschiedenen Disziplinen, von Freiwilligen und auch von Älteren selbst, die Berücksichtigung der Verschiedenheit Älterer sowie die Evaluation und die Sicherung der Nachhaltigkeit der Maßnahmen.

3.1.3 Altersbegleitende körperliche und funktionelle Veränderungen

Auch das gesunde Altern geht mit einer Veränderung der meisten körperlichen Strukturen und Prozesse einher, die sich natürlich auch in einer Veränderung körperlicher und geistiger Funktionen widerspiegeln (Rensing & Rippe, 2014; Aleman, 2016). Solche Veränderungen sind für körperliche und sensorische Funktionen generell negativ, bei den mentalen Funktionen zeigen sich hingegen sowohl negative als auch positive Veränderungen mit zunehmendem Alter. Die emotionalen und sozialen Kompetenzen verbessern sich in der Regel. Die sogenannte kristalline Intelligenz, das heißt vor allem Sachwissen, Erfahrung und sprachliche Kompetenz, bleibt konstant oder kann sogar noch steigen. Viele Veränderungen entwickeln sich in der Regel eher negativ, wie Sinnesleistungen, Muskelkraft, Handgeschicklichkeit und bestimmte kognitive Funktionen. Besonders betroffen hiervon sind die kognitiven Kontrollfunktionen, wie zum Beispiel die Aktualisierung von Gedächtnisinhalten oder der Wechsel von Aufmerksamkeit (Wild-Wall et al., 2009, 2010). Diese Leistungseinbußen Älterer zeigen sich meist unter Laborbedingungen oder unter Zeitdruck, während sie im Alltag weniger auffallen. Dies liegt zum einen daran, dass Alltag und Arbeit meist durch Routinehandlungen geprägt sind, für die Kontrollfunktionen weniger wichtig sind. In neuen, unerwarteten oder komplexen Situationen beziehungsweise Aufgaben sind sie jedoch unerlässlich, und ihr altersbedingtes Nachlassen kann daher zu Problemen und Fehlern führen. Zum anderen haben viele Ältere im Lauf der Zeit bewusste oder unbewusste Strategien gelernt, um mit körperlichen und mentalen Veränderungen umzugehen (Freund & Baltes, 1998). Ältere Menschen handeln zumeist langsamer, um Fehler zu vermeiden, oder sie bereiten sich auf schwierige Aufgaben stärker vor (Wild-Wall et al., 2011). Diese Bewältigungsstrategien sind oft mit erhöhter Anstrengung verbunden, und die Art und Ausprägung solcher Strategien ist bei älteren Menschen sehr unterschiedlich. Insofern erscheint es für Gesundheitsförderung und Prävention von großer Bedeutung, sowohl Kompensationsstrategien Älterer zu fördern als auch ihre funktionellen Einschränkungen selbst zu verringern.

3.1.4 Einflussfaktoren auf das funktionelle Altern

Die genannten Veränderungen treten im Mittel auf, verlaufen jedoch individuell höchst unterschiedlich. Das trifft insbesondere auf die körperlichen und kognitiven Funktionen zu. Dies zeigt, dass

es Faktoren geben muss, die das funktionelle Altern individuell stark beeinflussen, was die Bedeutung präventiver Maßnahmen hervorhebt. Sowohl biologische als auch umwelt- und verhaltensbezogene Faktoren können bei Älteren die mentale Fitness und sogar demenzielle Entwicklungen beeinflussen (Plassman et al., 2010). Ein zentraler biologischer Faktor ist die genetische Ausstattung (z. B. Gajewski et al., 2012), deren Wirkung wird jedoch durch Umwelt- und Lebensstil-Einflüsse moduliert. Eine ungünstige genetische Prädisposition kann so zum Beispiel durch günstige Bedingungen in der Kindheit abgemildert oder gar aufgehoben werden (z. B. Slavich & Cole, 2013).

Die wesentlichen Faktoren, die das Altern beeinflussen, sind umweltbezogen, wie die soziale Schicht und das Umfeld, Bildung und Arbeit, oder sie resultieren aus dem Lebensstil, wie Ernährung und körperliche Aktivität. Umweltbezogene Faktoren sind prinzipiell beeinflussbar und bieten damit einen Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen.

Der sozioökonomische Status hat einen starken Einfluss auf Körper und Gehirn und damit auf die physische und mentale Gesundheit (z. B. Strand et al., 2011; Mani et al., 2013). Höhere Bildung führt im Alter zu besserer körperlicher und mentaler Fitness (White et al., 1994). Die zunehmend höhere Bildung wird deswegen auch als eine Ursache für die rückläufige Inzidenz von Demenzerkrankungen in den vergangenen Jahrzehnten diskutiert (Satizabay et al., 2016).

Arbeit kann zu vorzeitigem Altern führen, wenn über viele Jahre monotone und geistig wenig anregende Arbeit ausgeführt werden muss (Hacker, 2004). Andererseits zeigen ältere Beschäftigte mit langjähriger flexibler und geistig anspruchsvoller Arbeit kaum kognitive Leistungseinbußen, auch nicht bei der Bearbeitung schwieriger neuer Aufgaben (Marquié et al., 2010; Gajewski et al., 2010a). In einer Analyse an über 1.000 Personen zeigte sich, dass Senioren im Alter von 70 Jahren geistig fitter waren, wenn ihre frühere berufliche Tätigkeit komplex war (Smart et al., 2014).

Ein ähnlich gewichtiger Einflussfaktor, der sich vor allem auf den körperlichen und kognitiven Altersverlauf auswirkt, ist chronischer Stress. Stress ist bekanntlich die individuelle Bewertung einer Situation (Stressor) als besonders schwierig oder unangenehm. Chronischer Stress begünstigt nicht nur körperliche Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Depressionen, sondern beeinträchtigt auch wichtige Hirnstrukturen und damit mentale Funktionen (Lupien et al., 2009) und kann sogar das Risiko für demenzielle Entwicklungen erhöhen (Wang et al., 2012). Ältere zeigen häufig stärkere Körperreaktionen auf Stressoren als Jüngere, zum Beispiel einen höheren Anstieg des Blutdrucks (Uchino et al., 2006).

Andere Einflussfaktoren betreffen das eigene Verhalten, wie zum Beispiel die Art der Ernährung, den Umgang mit Stressoren sowie die eigene körperliche und geistige Aktivität. Hiervon wird im Folgenden ausführlicher die Rede sein.

Funktionelle Einschränkungen Älterer werden zusätzlich durch fremde oder eigene negative Vorurteile (sogenannte Stereotype) über das Alter verstärkt. Durch negative Stereotype sinkt die eigene Leistung deutlich ab (z. B. Hess et al., 2003). Viele Ältere haben dementsprechend wenig Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der funktionelle Altersverlauf, insbesondere hinsichtlich körperlicher und kognitiver Funktionen, weitgehend das Ergebnis von lang einwirkenden Einflussfaktoren ist, wie Lebensstil, Arbeit und Stress. Selbst eine ungünstige genetische Veranlagung wirkt sich meist nur dann ungünstig auf die körperliche und mentale Entwicklung im höheren Alter aus, wenn ungünstige

Umwelteinflüsse oder Lebensstile hinzukommen. Funktionelle Einschränkungen können durch Strategien vermindert werden, über die aber nicht alle Älteren verfügen.

Der Ansatz an den genannten Faktoren ist die Basis für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen.

3.1.5 Verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Ganzheitliche gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen zielen zum einen auf das Lebensumfeld (Verhältnisprävention), zum anderen auf das Individuum selbst ab (Verhaltensprävention). Der Schwerpunkt des Kapitels liegt auf der Verhaltensprävention.

3.1.5.1 Verhältnisprävention

Verhältnispräventive Maßnahmen sollten sich an den Stärken und Schwächen sowie an der besonderen Vulnerabilität Älterer gegenüber bestimmten Einflussfaktoren orientieren. Sie sollten an den wesentlichen Umwelten und Situationen Älterer ansetzen, wie Wohnquartier und Mobilität, und bei noch Berufstätigen an der Arbeit. Altersunfreundliche Umwelten können zu Stress und vorzeitigem körperlichem und geistigem Altern führen.

- *Altersfreundliche Arbeitsgestaltung*

Im Alter kommt es zu Einschränkungen von Körperfunktionen und Sensorik, die eine altersfreundliche Arbeitsgestaltung berücksichtigen muss. Hierbei reicht es nicht nur, die Beleuchtung für ältere Beschäftigte zu optimieren und Überkopfarbeiten sowie das Heben großer Lasten zu vermeiden. Vielmehr müssen auch subtilere sensorische, motorische und vor allem kognitive Einbußen Älterer bei der Arbeitsplatzgestaltung Berücksichtigung finden. Ältere sind durch Störreize ablenkbarer als Jüngere, weswegen sie eine bessere Abschirmung benötigen. Zudem sollten Ältere Doppeltätigkeiten vermeiden. Da Schicht- und insbesondere Nachtarbeit zu kognitiven Einbußen führen (Rouch et al., 2005), sollten sie für Ältere reduziert werden. Eine möglichst vielseitige Tätigkeit, Tätigkeitswechsel und Handlungsspielräume sind besonders für Ältere wichtig, um ihre kognitiven Kompetenzen auf hohem Niveau zu halten (Marquié et al., 2010; Gajewski et al., 2010a). Insbesondere sollten Stressoren wie Zeitdruck und Doppeltätigkeit reduziert werden. Führungskräfte sollten zum Thema „gesundheitsförderliche und altersngerechte Führung“ geschult werden. Kurz gefasste Empfehlungen zur altersngerechten Arbeitsgestaltung finden sich zum Beispiel bei Falkenstein (2013) sowie Wegge und Schmidt (2016).

- *Altersfreundliche Umweltgestaltung*

Ältere sind ablenkbarer als Jüngere und haben Probleme in unerwarteten und komplexen Situationen, zum Beispiel bei der räumlichen Orientierung und Suche. Die Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfelds muss hierauf Rücksicht nehmen. Hierzu gehören eine klare, auch farblich differenzierte Strukturierung von Wohngebäuden mit Landmarken, ein einheitliches Design und eine gute Sichtbarkeit von wichtigen Schildern und Fahrkartenautomaten und vor allem eine Reduzierung von Ablenkreizen. Diese beispielhafte Aufzählung zeigt, dass die Umsetzung diesen Empfehlungen stark hinterherhinkt und oft sogar eher gegenläufig ist. Beispiele hierfür sind Hausnummern, die sehr unterschiedlich gestaltet sind,

sich an unklaren Positionen befinden oder gar nicht vorhanden sind, oder Fahrkartenautomaten, die sehr unterschiedlich und für Ältere meist schwer bedienbar sind, vor allem unter Zeitdruck. In gleicher Weise haben ältere Autofahrer, insbesondere solche mit manifesten Erkrankungen, Probleme in komplexen Verkehrssituationen und verursachen hier häufiger Unfälle als jüngere (Falkenstein et al., 2014). Dem sollte durch übersichtliche Gestaltung von Verkehrsknotenpunkten und eine übersichtliche Beschilderung entgegengewirkt werden. Auch durch Fahrassistenzsysteme und hier insbesondere Navigationssysteme können Ältere wirksam unterstützt werden. Informationen zum Thema „ältere Verkehrsteilnehmer“ finden sich bei Falkenstein et al. (2014) sowie Karthaus und Falkenstein (im Druck).

3.1.5.2 Verhaltensprävention

Die zweite Säule der Prävention sind Maßnahmen, die am Individuum, seinem Lebensstil, seinem Verhalten und seinen Kompetenzen ansetzen (Verhaltensprävention). Diese Maßnahmen sollten sich an den Faktoren orientieren, die die körperliche und mentale Gesundheit und Fitness beeinflussen, wie vor allem Ernährung, Stress, körperliche Aktivität und geistige Aktivität (Freude et al., 2008).

- *Genussmittel und Ernährung*

Eine gesunde Ernährung im mittleren Lebensalter führt zu besserer Gesundheit und Lebensqualität im Alter (Samieri et al., 2013). Auch bei Älteren haben bestimmte Nahrungsmittel einen günstigen Einfluss auf Körper und Geist. Insbesondere Gemüse, vor allem grünes oder karotinreiches Blattgemüse, wirkt protektiv gegen Herz- und Kreislauferkrankungen (Joshi et al., 2009). Eine mediterrane Diät ist offenbar präventiv gegen Erkrankungen, die im Alter gehäuft auftreten, wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Typ-2-Diabetes. Zudem wirkt sie günstig auf Hirnstrukturen und kann dadurch kognitive Funktionen bei Älteren fördern und sogar präventiv gegen demenzielle Entwicklungen wirken (Huhn et al., 2015). Die wirksamen Inhaltsstoffe gesunder Nahrungsmittel sind vor allem ungesättigte Fettsäuren (wie Omega-3-Fettsäuren in Seefisch und Nüssen) und Polyphenole (in dunklen Gemüsesorten, Früchten und Rotwein). Omega-3-Fettsäuren verbessern bei Älteren sowohl die Gesundheit des Blutgefäßsystems als auch verschiedene Hirnstrukturen und damit die mentale Leistung (Witte et al., 2014). Kaffee enthält besonders viele Polyphenole. In einer Studie mit älteren Männern ging regelmäßiger Kaffeekonsum mit einer Verringerung des kognitiven Leistungsabfalls über zehn Jahre einher (Van Gelder et al., 2007). Kaffee wirkt offenbar sogar protektiv gegen die Alzheimer-Demenz (Eskelinen & Kivipelto, 2010). Kaffeegenuss ist insgesamt mit einer verringerten Mortalität assoziiert (Je & Giovannucci, 2014). Im Gegensatz zu starkem Alkoholkonsum scheint mäßiger Alkoholkonsum ein protektiver Faktor gegen kognitiven Abfall zu sein (Stampfer et al., 2005; Peters et al., 2008). Ungünstige Nahrungsmittel, die Krankheiten begünstigen und zum Teil die Mortalität erhöhen, sind hingegen rotes (v. a. stark verarbeitetes) Fleisch (Pan et al., 2012) und Produkte, die bestimmte gehärtete Fette (Transfettsäuren) enthalten, wie zum Beispiel manche haltbare Gebäcksorten (Sun et al., 2007). Die international führenden Ernährungsforscher Willett und Stampfer (2013) empfehlen zusammenfassend den Verzehr von Obst und vor allem Gemüse, Fisch und Nüssen, die Reduktion des Verzehrs von rotem, vor allem verarbeitetem Fleisch und die Vermeidung gehärteter Fette. Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung beinhalten zum einen Informationsveranstaltungen für Menschen aller Altersgruppen zur gesundheitsförderlichen oder -abträglichen Wirkung bestimmter

Genuss- oder Nahrungsmittel auf Körper und Gehirn. Diese können zum Beispiel im Rahmen von betrieblichen Weiterbildungsmaßnahmen beziehungsweise von Vorträgen und Kursen in Volkshochschulen oder Senioreneinrichtungen erfolgen. Solche Maßnahmen sollten verhältnispräventiv durch eine Verbesserung des Angebots an gesunden und zugleich schmackhaften Gerichten in Kantinen sowie durch Kochkurse in Volkshochschulen und Senioreneinrichtungen ergänzt werden.

- *Stressmanagement*

Stressoren im betrieblichen und im Alltagskontext sind auch durch verhältnispräventive Maßnahmen wie Reduktion des Zeitdrucks nie ganz zu vermeiden. Als verhaltenspräventive Maßnahmen sollten Ältere daher im Rahmen von Stressmanagementtrainings lernen, mit konkreten Stressoren (wie z.B. widerspenstigen Fahrkartenautomaten) oder stressfördernden Gedanken besser umzugehen. Stressmanagement beinhaltet zudem Entspannungselemente. Darüber hinaus sollte Achtsamkeit trainiert werden, da diese die schädlichen Effekte von Stress auf Körper und Geist auch bei Älteren vermindert (de Frias & Whyne, 2015). Aktuelle Forschungen zeigen zudem positive Effekte von Achtsamkeitstrainings auf körperliche und mentale Strukturen und Funktionen und somit auf die körperliche und mentale Fitness und Gesundheit (Gard et al., 2014). Stressmanagementtrainings sollten in Gruppen stattfinden und von professionellen Trainern geleitet werden.

- *Körperliche Aktivität und Training*

Körperliche Fitness geht mit besserer körperlicher Gesundheit und einem niedrigeren Mortalitätsrisiko einher (z. B. Brandes, 2012). Körperliche Fitness wird durch körperliche Aktivität bewirkt und aufrechterhalten. In einer großen Kohortenstudie mit über 400.000 Teilnehmern zeigte sich, dass schon mäßige körperliche Aktivität von 15 Minuten pro Tag die Mortalität um 14 Prozent senkt und das Leben im Schnitt um drei Jahre verlängert, wobei jede zusätzlichen 15 Minuten pro Tag die Mortalität um weitere vier Prozent senken (Wen et al., 2011). Körperliche Aktivität verbessert nicht nur die körperliche, sondern auch die geistige Fitness und schützt vermutlich sogar vor Demenz (Radak et al., 2010). In einer Metaanalyse zeigten körperlich sehr aktive Ältere einen stark verringerten kognitiven Leistungsabfall über die Zeit. Selbst bei geringer körperlicher Aktivität zeigte sich noch eine deutliche Schutzwirkung gegenüber kognitiven Beeinträchtigungen (Sofi et al., 2011). Hohe körperliche Fitness ist mit einem größeren Volumen und einer besseren Funktion verschiedener Hirnareale assoziiert (Kramer & Erickson, 2007), was wiederum eine bessere kognitive Fitness bedingt. Gajewski und Falkenstein (2015a) verglichen die kognitive Leistungsfähigkeit und die elektrische Hirnaktivität zwischen langjährig körperlich aktiven und inaktiven älteren Männern bei der Ausführung verschiedener kognitiver Testaufgaben. Die aktiven Senioren zeigten vor allem bei schwierigen Aufgaben bessere Leistungen als die inaktiven. Zudem zeigten sie bei der Aufgabenbearbeitung eine ähnliche Hirnaktivität wie Jüngere. Langjähriger Sport scheint also eine „jugendliche“ Hirnaktivität zu fördern.

Interventionsmaßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität können bei zuvor passiven älteren Menschen zu einer massiven Verbesserung ihrer kognitiven Fitness führen. In einer viel zitierten Metaanalyse zeigten Colcombe und Kramer (2003) positive Effekte von einfachem körperlichem Training bei zuvor passiven Senioren auf verschiedene kognitive Funktionen, vor allem auf die Kontrollfunktionen. Die Effekte

waren stärker, wenn das Training mit Kraft- und Flexibilitätstraining kombiniert wurde und hinreichend lange dauerte (wenigstens sechs Monate). Auch in einer neueren Metaanalyse (Smith et al., 2010) zeigten sich Verbesserungen von Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit und Kontrollfunktionen durch körperliches Training bei Senioren. Andere Studien zeigten auch eine Verbesserung des Gedächtnisses durch ein sechs- bis zwölfmonatiges aerobes Training bei zuvor passiven Senioren, was sich im Gehirn in einer Vergrößerung des Gedächtniszentrums (Hippocampus) widerspiegelte (Erickson et al., 2011). Kürzere sportliche Interventionsprogramme bewirken zwar Verbesserungen der körperlichen, aber nur geringe Verbesserungen der mentalen Fitness (Gajewski & Falkenstein, 2010b). Regelmäßige Bewegung fördert offenbar auch die günstigen Effekte von Omega-3-Fettsäuren (Muldoon et al., 2013), was die Bedeutung der Kombination von präventiven Maßnahmen unterstreicht.

Alltagsnahe körperliche Aktivitäten wie Tanzen fördern ebenfalls körperliche und mentale Fitness (Kattenstroth et al., 2013). Zudem wirkt Tanzen präventiv gegen Stürze, die eine wesentliche Ursache von Krankheit und Tod bei Älteren darstellen (Merom et al., 2013).

Eine aktuelle Übersicht zur Wirkung von körperlicher Aktivität auf körperliche und mentale Fitness findet sich bei Gajewski und Falkenstein (2016).

- *Wie gelingt ein körperlich aktiver Lebensstil?*

Aus diesen Ergebnissen lassen sich Leitlinien für Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität ableiten. Ein Problem ist hierbei die Motivation bewegungsentwöhnter Senioren. Der Begriff „Sport“ löst bei vielen Älteren negative Erinnerungen an ihren leistungsorientierten Sportunterricht in der Schule aus und sollte daher vermieden werden. Es sollten verschiedene Angebote zur Auswahl stehen. Aktivitäten sollten regelmäßig, moderat, individuell zugeschnitten und nicht leistungsorientiert sein. Um günstige Wirkungen auch auf die mentale Fitness zu entfalten, sollte körperliche Aktivität hinreichend lange und idealerweise täglich und lebenslang erfolgen. Jede Aktivität ist besser als keine, wobei 30 Minuten körperliche Aktivität pro Tag besser sind als 15 Minuten. Alltagsnahe und ganzheitliche Aktivitäten, welche auch koordinative Anteile enthalten, sind zu bevorzugen, wie zum Beispiel Tanzen. Solche Programme benötigen allerdings auch viel Motivation bei den Teilnehmern und eine behutsame Steigerung der Schwierigkeit durch die Trainer beziehungsweise Lehrer. Durch Bonussysteme sollte angestrebt werden, dass vor allem diejenigen in Bewegung kommen, die bisher passiv waren. Dies könnte im betrieblichen Kontext durch finanzielle und Freizeitanreize und allgemein durch Prämienreduktion bei den Krankenkassen erfolgen.

- *Kognitive Aktivität und Training*

Kognitive Funktionen lassen sich am direktesten durch kognitiv anspruchsvolle Aktivitäten bei der Arbeit und im Alltag fördern, getreu dem Prinzip: „Use it or lose it.“ Die günstigen Effekte anspruchsvoller und flexibler Arbeit auf die mentale Fitness wurden bereits berichtet. Im Alltag mildert ein Lebensstil mit intellektuellen Aktivitäten wie Lesen, Gesellschaftsspielen und Musizieren offenbar das altersbegleitende Nachlassen kognitiver Funktionen ab und scheint sogar das Risiko demenzieller Entwicklungen zu verringern (Singh-Manoux et al., 2003; Verghese et al., 2003; Plassman et al., 2010). Mental anspruchsvolle Aktivitäten im Erwachsenenalter sind wichtiger als eine gute Ausbildung, um eine kognitive Reserve

auszubauen, wodurch dann im Alter die kognitiven Fähigkeiten länger auf gutem Niveau gehalten werden können (Reed et al., 2011). Ihle et al. (2015) konnten in einer Studie mit über 2.800 Hochaltrigen zeigen, dass nicht nur die aktuelle kognitive Aktivität, sondern auch die kognitive Aktivität im mittleren Alter die kognitive Fitness im Alter fördert. Dieser Zusammenhang war stärker für Menschen mit niedrigem Bildungsstand. Ungünstige frühe Einflüsse wie eine unzureichende Ausbildung in der Jugend können also durch kognitiv anspruchsvolle Aktivitäten im mittleren Alter abgemildert werden. Dies zeigt erneut die Bedeutung der Prävention für das Alter. Kognitive Aktivitäten sollten immer wieder neu und herausfordernd sein, um die mentale Fitness zu steigern. In dem Projekt „SYNAPSE“ (Park et al., 2014) erlernten Ältere über drei Monate neue komplexe Fähigkeiten wie digitale Fotografie oder den Umgang mit Tablet-PCs. Dies führte nicht nur zu einer Verbesserung der trainierten Fähigkeiten, sondern auch zu einer schnelleren Informationsverarbeitung und einer Verbesserung des Gedächtnisses für kürzlich erlebte Episoden.

Da das Erlernen komplexer Alltagstätigkeiten eine hohe Motivation und Kontinuität voraussetzt, besteht auch die Möglichkeit, kognitive Funktionen direkt durch papier- und PC-gestützte Übungen zu trainieren. Vor allem Letzteres hat einige Vorteile gegenüber anspruchsvollen Alltagstätigkeiten: Kürze, Vielfalt, einfacher Einstieg und vor allem Anpassung an die aktuellen Fähigkeiten des Trainierenden (Adaptivität). Kognitives Training kann durch Spiele, „Rätsel“ (wie Sudoku) oder PC-basierte Aufgaben erfolgen. Wichtig ist auch hier die Variabilität (z. B. Gajewski et al., 2015b; Fissler et al., 2013). Mit einem solchen Training kann die geistige Fitness gesunder Senioren deutlich gesteigert werden (Gajewski et al., 2010b; Gajewski & Falkenstein, 2015; Ballesteros et al., 2015). Durch kognitives Training kann zudem die Selbstwirksamkeitserwartung Älterer erheblich gefördert werden: Wer die Erfahrung macht, immer kompliziertere neue Aufgaben am PC erfolgreich absolvieren zu können, steigert dadurch seine Selbstwirksamkeitserwartung und traut sich auch den Umgang mit neuen Herausforderungen bei der Arbeit und im Alltag eher zu. Ein solches Training muss einigen Anforderungen genügen, um Effekte zu erzielen, wie der ständigen Anpassung an den aktuellen Leistungsstand (Adaptivität), der häufigen Leistungsrückmeldung und vor allem einem spielerischen und damit motivationsfördernden Charakter der Übungen. Ohne Letzteres werden Trainings selten kontinuierlich fortgesetzt, was eine Bedingung für ihre langfristige Wirksamkeit ist. Kognitives Training sollte am besten in Gruppen stattfinden und durch einen erfahrenen Trainer angeleitet werden. Durch ein solches Training konnten zum Beispiel ältere Beschäftigte mit jahrelanger monotoner Arbeit ihre mentale Fitness in eingeschränkten Bereichen nachhaltig verbessern, was sich sogar in einer verbesserten Hirnstromaktivität zeigte (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2012). Kognitive Aktivitäten sollten mit körperlichen Aktivitäten kombiniert werden, um eine möglichst große Verbesserung der mentalen Fitness zu erzielen (z. B. Theill et al., 2013).

Zusammenfassend sind kognitiv anspruchsvolle und vielgestaltige Arbeiten und Freizeitaktivitäten ideal, um die mentale Fitness im Alter aufrechtzuerhalten und zu fördern. Dazu gehören neben dem Tanzen und komplexen Spielen auch Hobbys wie Handwerken. Hier sollte eine möglichst große Vielfalt angestrebt werden, da auf diese Weise eine Vielzahl kognitiver Funktionen und Problemlösefähigkeiten trainiert wird. Anspruchsvolle Tätigkeiten, deren Ergebnisse nützlich für den Alltag sind, sind auch besonders motivierend; allerdings erfordern sie größere Anstrengung und Durchhaltevermögen. Alternativ kommen daher kognitive Trainings in Frage, die den Vorteil des leichten Einstiegs und der häufigen Erfolgsrückmeldung

haben und für ältere Menschen mit sehr unterschiedlicher Fitness geeignet sind. Solche Trainings müssen sorgfältig im Hinblick auf Sinn und Motivationsförderung zusammengestellt und durch einen Trainer (zumindest initial) geleitet werden. Wie bei der körperlichen Aktivität ist auch hier das Ziel, dass ältere Menschen kontinuierlich weiter trainieren und somit kognitiv aktiv bleiben. Kognitive Aktivitäten sollten neben (und idealerweise in Kombination mit) körperlichen Aktivitäten kontinuierlich ausgeübt werden, da sich beide Aktivitäten im Hinblick auf die körperliche und geistige Fitness ergänzen. Eine Übersicht zur Wirkung von kognitiver Aktivität und kognitivem Training auf die mentale Fitness findet sich bei Gajewski und Falkenstein (2015b).

- *Soziale Interaktionen*

Soziale Interaktionen sind gesundheitsfördernd und verlängern das Leben. In einer Metaanalyse an über 30.000 Senioren zeigten Ältere mit starken sozialen Beziehungen, vor allem guter sozialer Integration, eine um rund 50 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, zirka die nächsten acht Jahre zu überleben, unabhängig von ihrem ursprünglichen Gesundheitsstatus (Holt-Lunstadt et al., 2010). Soziale Interaktionen verbessern auch kognitive Funktionen, aber offenbar nur dann, wenn sie mental anspruchsvoll sind (Plassman et al., 2010; Park et al., 2014; Gajewski et al., 2010 b). Große soziale Netzwerke mildern den Einfluss pathologischer Hirnveränderungen auf den Abfall mentaler Funktionen (Bennett et al., 2006). Die Förderung sozialer Interaktionen und sozialer Netzwerke allgemein ist daher ein essenzieller Bestandteil von Präventionsmaßnahmen. Soziale Interaktionen können im Rahmen der bisher genannten Maßnahmen stattfinden, aber natürlich auch in vielen anderen Situationen. Wichtig erscheinen hierbei die Vielfältigkeit und die hinreichende Komplexität der sozialen Interaktionen, um deutliche Wirkungen auf Körper und Geist zu haben. Auch ehrenamtliche Tätigkeiten haben günstige Effekte auf die subjektive und objektive Gesundheit und verringern das Mortalitätsrisiko, wenn sie hinreichend mit sozialer, körperlicher und kognitiver Aktivität verbunden sind (Anderson et al., 2014).

3.1.6 Fazit

Mit zunehmendem Alter kommt es zu positiven und negativen körperlichen und funktionellen Veränderungen, die individuell höchst unterschiedlich verlaufen. Der Altersverlauf ist durch viele Faktoren bedingt, wie soziale Umwelt, Arbeit und Lebensstil, welche prinzipiell beeinflussbar sind. Hieraus ergeben sich gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen für ältere Menschen, die zum einen am Lebensumfeld (Verhältnisprävention), zum anderen am Individuum selbst (Verhaltensprävention) ansetzen. Wichtige verhältnispräventive Maßnahmen sind altersfreundliche Arbeit, Wohn- und Mobilitäts-umwelten. Zentrale verhaltenspräventive Maßnahmen sind eine gesunde Ernährung, das Erlernen des rechten Umgangs mit Stressoren sowie körperliche und kognitive Aktivität. Letztere können sowohl in Form von körperlich beziehungsweise kognitiv anspruchsvollen Freizeitaktivitäten erfolgen, wie zum Beispiel Tanzen oder Heimwerken, oder als formale Trainings, beispielsweise am PC. Anspruchsvolle Freizeitaktivitäten machen oft mehr Spaß und fördern soziale Interaktionen, benötigen aber auch eine hohe Motivation und Durchhaltevermögen. Formale körperliche und kognitive Trainings sind meist niederschwelliger und können gut an einzelne Teilnehmer adaptiert werden. Körperliche Aktivität sollte nach individuellen Vorlieben gewählt werden und hinreichend lang ausgeübt werden, idealerweise drei

Stunden pro Woche. Alle Aktivitäten sollten vorzugsweise im Rahmen von Gruppen stattfinden. Darüber hinaus sollten weitere soziale Netzwerke aufgebaut und gepflegt werden. Formale wie informale Aktivitäten sollten möglichst vielfältig und komplex sein. Die präventive Wirkung der genannten Maßnahmen für das Alter wird gefördert, wenn sie bereits im mittleren Alter erfolgen. Dies unterstreicht die Bedeutung der Prävention für das Alter und nicht erst im Alter. Durch die Kombination möglichst vieler dieser Maßnahmen lässt sich erreichen, dass ältere Menschen bis zum Tod körperlich und mental möglichst gesund und fit bleiben.

3.1.7 Empfehlungen

- Altersfreundliche Gestaltung von Arbeit und Umwelt.
- Gesunde Ernährung, Stressbewältigung sowie körperliche und kognitive Aktivitäten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Dipl.-Ing. Michael Falkenstein

Institut für Arbeiten, Lernen, Altern (ALA) Bochum

E-Mail: falkenstein@ala-institut.de

Leibniz Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfADo)

E-Mail: falkenstein@ifado.de

3.2 BERUFLICHE LEISTUNGSFÄHIGKEIT IM ALTER ERHALTEN UND AKTIV DEN ÜBERGANG IN DEN RUHESTAND GESTALTEN – ANSÄTZE IM DB-KONZERN

3.2.1 Zusammenfassung

Die Deutsche Bahn (DB) betreibt eine demografiefeste und wertorientierte Personalpolitik, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Perspektiven in verschiedenen Lebensphasen bietet – so auch beim Übergang in den Ruhestand.

Das Programm „CLARA“ (Clever und aktiv in Richtung Alter) wird skizziert. Es zielt auf die Förderung der Selbstwirksamkeit und kombiniert systematisch eine medizinische Statuserhebung mit Gesundheitswissen sowie kognitivem und sportmotorischem Training. Die Pilotphase hat gezeigt, dass die Teilnehmer ihre Beschäftigungsfähigkeit nachweislich verbessern konnten.

Die aktive Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand bildet den zweiten Schwerpunkt dieses Beitrags: Viele verschiedene individuelle Faktoren können ausschlaggebend sein, wenn die Entscheidung für oder gegen eine bezahlte oder ehrenamtliche Tätigkeit im Ruhestand zu treffen ist.

Professionelle Beratung dabei ist ein Betätigungsfeld von Psychologen und kann durch den vorgestellten Interviewleitfaden unterstützt werden. Für BDP-Mitglieder ist er abrufbar unter www.bdponline.de/intern/index.shtml.

3.2.2 Vorbemerkung

Der Deutsche Bahn Konzern ist ein internationaler Anbieter von Mobilitäts- und Logistikdienstleistungen und agiert weltweit in über 130 Ländern mit rund 300.000 Mitarbeitern, davon rund 195.000 in Deutschland. Eines der zentralen Zukunftsthemen für die Deutsche Bahn AG ist der demografische Wandel. Knapp die Hälfte der in Deutschland tätigen Mitarbeiter ist 50 Jahre und älter. Damit ist die Deutsche Bahn (DB) im Hinblick auf die demografische Entwicklung in Deutschland ein Spiegelbild der Gesellschaft.

Die DB reagiert darauf mit einer demografiefesten und wertorientierten Personalpolitik. Im Zentrum steht das Lebensphasenmodell: Die DB will ihren Mitarbeitern Perspektiven für ein gesamtes Berufsleben bieten: vom Einstieg über die Phasen des Berufslebens bis hin zum gleitenden Übergang in den Ruhestand.

3.2.3 Das Programm „CLARA“

Ein wichtiger Baustein ist ein neues, innovatives Programm mit Namen „CLARA“ (Clever und aktiv in Richtung Alter), mit dem die DB die Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter unterstützt, insbesondere der lebensälteren aus Berufen mit hoher Belastung. Darin werden die Bereiche „Gesundheitsförderung“, „lebenslanges Lernen“ und „Förderung der Altersvielfalt“ konsequent miteinander verbunden.

CLARA wurde gemeinsam mit dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg unter Leitung von Dr. Dr. Andreas Kruse speziell für die DB entwickelt. In Qualifizierungs- und Gesundheitskursen lernen die Mitarbeiter, wie sie ihre geistige und körperliche Fitness verbessern und ihr Älterwerden aktiv

„CLARA – Clever und Aktiv in Richtung Alter“

*Angebot von Gesundheitskursen zur körperlichen und geistigen Fitness,
zu Gesundheitswissen und Medizin*

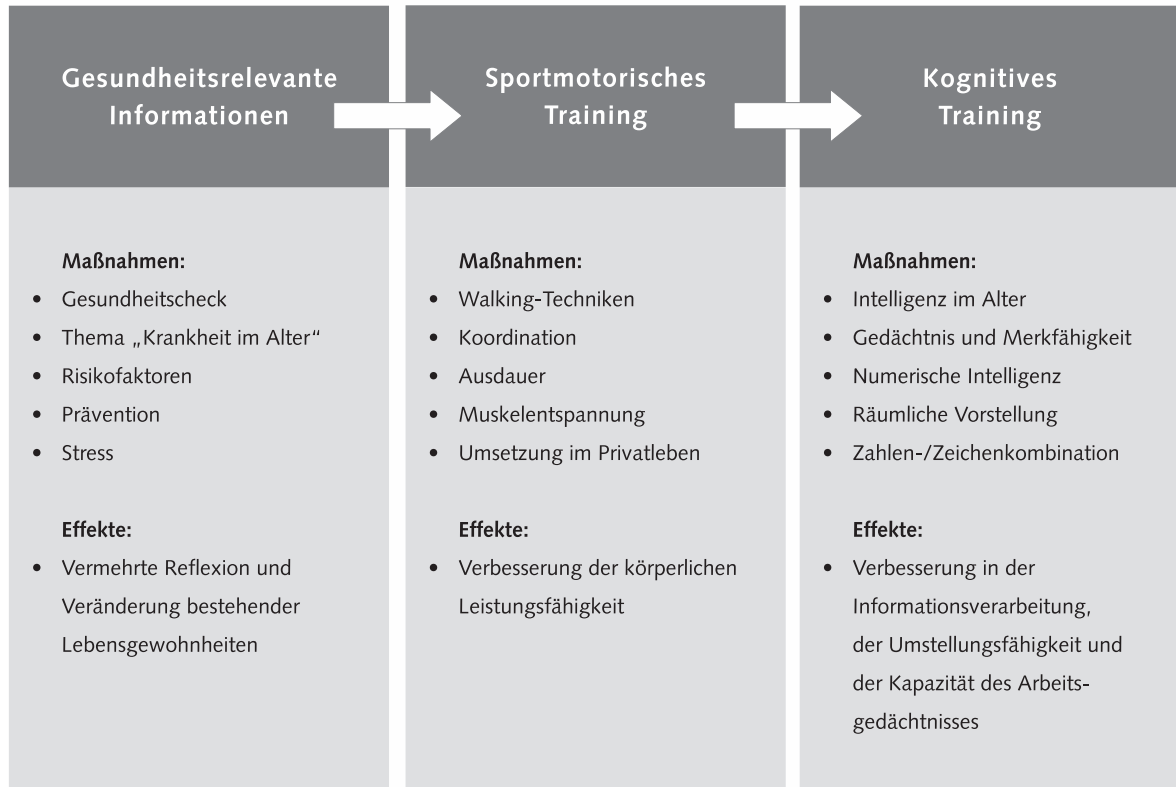


Abbildung 1:

Das DB-Präventionsprogramm „CLARA“

Quelle: DB AG / Gesundheitsmanagement (HBG)

gestalten können. Die Basis dazu bilden Schulungseinheiten, praktische Übungen und eine auf die individuelle Lebenssituation abgestimmte Beratung. Voraussetzung zur Teilnahme am Programm ist eine medizinische Untersuchung, die auf Wunsch beim Betriebsarzt absolviert werden kann. Zudem erfolgt zu Anfang und am Ende des Programms eine umfangreiche Testung der individuellen körperlichen und geistigen Fitness. So erhalten die Teilnehmer unmittelbares und konkretes Feedback zu den eigenen Potenzialen und den erzielten Erfolgen. Das sechstägige Programm verteilt sich auf vier bis sechs Monate. Die Teilnahme ist freiwillig und findet – mit Ausnahme der medizinischen Eingangsuntersuchung – vollständig während der Arbeitszeit statt. Wie die Ergebnisse zeigen, erreicht die DB damit auch die Mitarbeiter, die bislang noch zu wenig aus Eigeninitiative für ihre Gesundheit tun.

CLARA wurde zunächst für 250 Mitarbeiter im Rahmen eines Pilotprojektes umgesetzt. Die Ergebnisse der Pilotstudie belegen, dass sich die Beschäftigungsfähigkeit der Teilnehmer deutlich verbessert hat: Die Indikatoren in den Bereichen der geistigen (Arbeitsgedächtnis, Umstellungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit) sowie der körperlichen Fitness (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit) weisen deutliche Steige-

rungen auf, auch in den Zeiten ohne Trainingsangebote während der Arbeitszeit. In den medizinischen Abschlussuntersuchungen wurden durchweg bessere Untersuchungsergebnisse erreicht (Senkung Blutzucker, Senkung erhöhter Blutdruck, Erhöhung des HDL-Cholesterins).

Im Zentrum der Teilnehmerrückmeldungen standen die erlebte Wertschätzung durch den Arbeitgeber, die Vermittlung von neuem Wissen, eine höhere Beachtung der eigenen Gesundheit und das Erleben, die eigene Leistungsfähigkeit auch im Alter selbst mitgestalten zu können.

Die DB hat von Beginn an das Programm für alle interessierten Mitarbeiter zugänglich gemacht. Damit setzt die DB ein Zeichen für eine lebenszyklusorientierte Bildungskonzeption. Im Fokus stehen die gezielte Beeinflussung kollektiver und individueller Altersbilder, die Kombination von körperlichem und kognitivem Training sowie die gezielte Thematisierung der Selbstgestaltung von Alternsprozessen. Gerade diese Orientierung fand größte Resonanz unter den Mitarbeitern, die am Programm teilgenommen haben.

3.2.4 Aktive Begleitung von Arbeitenden beim Übergang in den Ruhestand

Wie auch in der DB erreichen insgesamt immer mehr Arbeitende mit guter mentaler und physischer Fitness zum Beispiel die Regelaltersgrenze zum Erwerb der gesetzlichen Altersrente. Fast jeder von ihnen steht vor der Frage, wie er seine „dritte Lebenshälfte“ gestalten will. Die Entscheidung hängt von vielen individuellen Faktoren ab, und jeder muss sie für sich selbst treffen. Professionelle Gesprächsbeziehungsweise Sparringspartner zur Unterstützung gibt es kaum – für Psychologen eröffnet sich hier ein breites Betätigungsfeld.

Zumeist sind Wirtschaftspsychologen und klinische Psychologen gefordert, im Rahmen von Einzelberatungen tätig zu werden. Die Klientel kann vielfältig sein: zum Beispiel Selbstständige, Angestellte, Voll- oder Teilzeitbeschäftigte, Geringverdiener, Nicht-mehr-Verdiener sowie Menschen, die zeitweise aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind (z. B. wegen der Betreuung von Angehörigen, längerer Krankheit o. Ä.). Sie alle werden im Folgenden zusammenfassend als „Arbeitende“ bezeichnet.

Im Rahmen solcher Beratungsgespräche hat es sich bewährt, einen Interviewleitfaden zugrunde zu legen. Der nachfolgend vorgestellte wurde vom BDP gemeinsam mit der Leuphana Universität Lüneburg erarbeitet und wird bereits seit einigen Jahren erfolgreich angewandt, sowohl in der operativen Personalentwicklung als auch in der klinischen Beratung. Für Mitglieder des BDP ist er abrufbar unter www.bdponline.de/intern/index.shtml. Die Fragen sollen den Arbeitenden anregen, seine individuelle Situation, seine Bedürfnisse und Möglichkeiten sowie seine persönlichen Ziele für eine Tätigkeit im Ruhestand systematisch zu reflektieren und praktische Ansatzpunkte abzuleiten. Erfolgreich ist eine solche Beratung dann, wenn der Arbeitende aktiv einen Lösungsweg für sich finden und umsetzen kann.

3.2.4.1 Leitfadengestützte Beratung

1. In einem ersten Teil werden soziodemografische Daten und der aktuelle Status (z. B. Erwerbstätigkeit, Ehrenamt, Rente) erhoben.
2. Anschließend wird im zweiten Teil auf verschiedene Aspekte der eigenen Planung nach Erreichen des Ruhestandes eingegangen, zum Beispiel: „Wie schätze ich meine Chancen ein, eine passende Tätigkeit zu finden? Welche Art von Tätigkeit möchte ich ausüben? Welche Angebote zur Vorbereitung auf den Ruhestand wünsche ich mir?“

3. Ein dritter Teil beinhaltet die Analyse des aktuellen (bzw. des zuletzt erlebten) Arbeitsumfeldes, zum Beispiel: Führungs- oder Fachaufgaben, individueller Handlungsspielraum, Anregungen aus der Tätigkeit, gesundheitsgefährdende Bedingungen, gesundheitsfördernde Bedingungen, erlebte Wertschätzung und Anerkennung, Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitssituation.
4. In der vierten Interviewphase wird der eigene Umgang mit Herausforderungen diskutiert, zum Beispiel: Verantwortung übernehmen, Gestaltungsspielräume nutzen, Ziele aktiv verfolgen, Ideen umsetzen.
5. Anschließend werden mit dem Arbeitenden verschiedene Facetten der individuellen Bedeutung von Arbeit betrachtet, zum Beispiel: der erlebte Wert bezahlter Arbeit, die allgemeine (Arbeits-) Lebenszufriedenheit.
6. Im nächsten Teil des Beratungsgespräches beschreibt der Arbeitende seine konkreten Vorstellungen und Wünsche für eine Tätigkeit im Ruhestand, zum Beispiel: im erlernten/ausgeübten Beruf oder in einer völlig anderen Aufgabe, selbstständig oder angestellt, entgeltlich oder ehrenamtlich, beim früheren/bisherigen oder einem anderen Arbeitgeber, zeitlicher Umfang und zeitliche Lage, Arbeitsort (stationär oder mobil/Geschäftsreisen, In- oder Ausland, Homeoffice/ eigene Werkstatt oder externer Arbeitsplatz etc.).
7. Im Ergebnis werden konkrete Suchoptionen abgeleitet beziehungsweise geeignete Ansprechpartner/Institutionen identifiziert, um die gewünschte Tätigkeit zu finden.

Sinnvollerweise sollte dem Arbeitenden die Option eines Folgeberatungsgespräches nahegelegt werden, um bei eventuellen Umsetzungsschwierigkeiten einen bereits vertrauten professionellen Sparringspartner zu haben.

Wie die DB sehen auch viele andere Unternehmen ältere Mitarbeiter sowie deren Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft als ein wichtiges Potenzial an. Denn viele Tätigkeiten verlangen ein besonderes Maß an Erfahrung und Know-how, welches im Hinblick auf die Zukunftsfähigkeit des Unternehmens von elementarer Bedeutung ist und an jüngere Mitarbeiter weitergegeben werden muss.

3.2.5 Empfehlungen

1. Aus volkswirtschaftlicher Sicht sollten die vorhandenen Ressourcen von Beschäftigten möglichst lange erhalten und genutzt werden, sowohl bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters als auch bei der selbstbestimmten Gestaltung eines aktiven Ruhestands.
2. In mit CLARA vergleichbaren Angeboten sollte auch in anderen Großunternehmen die komplexe Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter mittels Veränderungsmessungen erhoben und für die Förderung des individuellen Entwicklungspotenzials genutzt werden.
3. Eine vorrangige Aufgabe von Psychologen dabei ist es, das Individuum in seiner konkreten Arbeits- und Lebenssituation zu unterstützen und seine Selbstwirksamkeit zu stärken.

Korrespondenzadressen

Dipl.-Päd. Simone Mouget

Teamleiterin Gesundheitsmanagement
Deutsche Bahn AG
Potsdamer Platz 2
10785 Berlin
Tel.: (030) 297 623 24
E-Mail: simone.mouget@deutschebahn.com

Dr. Dipl.-Psych. Sibylle Wolff

Personalentwicklung Konzernleitung
Deutsche Bahn AG
Potsdamer Platz 2
10785 Berlin
Tel.: (030) 297 613 33
E-Mail: sibylle.wolff@deutschebahn.com

3.3 DER EINFLUSS VON PFLEGEBELASTUNG AUF DIE PHYSISCHE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

3.3.1 Zusammenfassung

Der folgende Beitrag betrachtet die gesundheitliche Situation pflegender Angehöriger vor dem Hintergrund von pflegebedingter psychischer und physischer Belastung. Darüber hinaus werden Maßnahmen und Angebote zur Entlastung vorgestellt und reflektiert.

3.3.2 Einleitung

Der Terminus „Gesundheit“ bezogen auf die Situation pflegender Angehöriger impliziert gleichzeitig auch den Aspekt „Krankheit“, da der Gesundheitszustand pflegender Angehöriger sehr häufig durch die Anstrengungen der Pflege beeinträchtigt ist. In diesem Beitrag sollen beide Aspekte berücksichtigt werden. Die gesundheitliche Situation pflegender Angehöriger soll einerseits mit Blick auf die möglichen physischen und psychischen Konsequenzen beschrieben werden, gleichzeitig sollen die positiven Seiten, die Pflege mit sich bringen kann, benannt werden. Zur Entlastung pflegender Angehöriger existieren vielfältige Angebote, die im Beitrag überblicksartig dargestellt werden.

3.3.3 Pflegende Angehörige

3.3.3.1 Um wen handelt es sich eigentlich bei „pflegenden Angehörigen“?

Exakte Zahlen dazu, wie groß die Gruppe derer ist, die eine pflegebedürftige Person zu Hause betreuen und versorgen, existieren nicht. Zieht man die Daten der Pflegeversicherung für die Berechnung heran, ergibt sich laut Statistischem Bundesamt (2015) folgendes Bild: Ende 2013 hatten rund 2,6 Millionen Menschen einen Anspruch auf Pflegeleistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen des SGB XI, von diesen wurden etwa 1,8 Millionen Pflegebedürftige zu Hause gepflegt. 1,25 Millionen Pflegebedürftige wurden allein durch Angehörige und 616.000 Pflegebedürftige ausschließlich oder zusätzlich zur Angehörigenpflege durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt (Statistisches Bundesamt, 2015). Die Statistiken aus der Pflegeversicherung spiegeln jedoch nur diejenigen Personen wider, deren Hilfe- und Unterstützungsbedarf die Einstufungskriterien erfüllen. Schätzungen zufolge liegt die Zahl der hilfebedürftigen Personen mit rund 4,5 Millionen Menschen jedoch weitaus höher (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ, 2010). Ausgehend von dieser Größenordnung kann angenommen werden, dass zwischen vier und fünf Millionen pflegende Angehörige an der häuslichen Versorgung und Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Personen beteiligt sind (Wetzstein, Rommel & Lange, 2015). Pflegebedürftige Personen in Privathaushalten werden zu rund zwei Dritteln von engen Familienangehörigen gepflegt. Dabei übernehmen in der Gruppe der pflegenden Angehörigen in Privathaushalten weit überwiegend Frauen die Pflege und Betreuung (Bundesministerium für Gesundheit, BMG, 2011), allerdings nimmt die Zahl männlicher Pflegenden kontinuierlich zu. Rund 60 Prozent der pflegenden Angehörigen sind über 55 Jahre alt (BMG, 2011). Bezogen auf den Bildungsstand fällt

auf, dass Pflegende, die einen hohen Betreuungsumfang leisten, häufiger niedrigere Bildungsabschlüsse haben (Wetzstein et al., 2015).

Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Pflege und Betreuung wird mit 37,5 Stunden pro Woche angegeben und erreicht damit nahezu den Umfang einer Vollzeitbeschäftigung (BMG, 2011). Exakte Daten zur durchschnittlichen Dauer häuslicher Pflegesituationen liegen nur vereinzelt vor und weisen eine sehr große Spannbreite von zwei (Rothgang, Kulik, Müller & Unger, 2009) bis über acht Jahren (Schneekloth & Wahl, 2005) auf. Mit einer Neuberechnung bestehender Daten unter Berücksichtigung sogenannter typischer Pflegeverläufe haben Müller, Unger und Rothgang (2010) eine durchschnittliche Pflegedauer von 2,1 Jahren für pflegende Männer und 2,9 Jahren für Frauen ermittelt.

3.3.4 Gesundheitliche Aspekte

3.3.4.1 Wie steht es um die Gesundheit von pflegenden Angehörigen?

Pflege ist anstrengend und belastend, zumal die Mehrheit pflegender Angehöriger keine Möglichkeit hatte, sich auf diese Aufgabe vorzubereiten. „Man rutscht da irgendwie so rein“, ist eine Aussage, die die Wirklichkeit vieler Pflegepersonen widerspiegelt. Belastungen für pflegende Angehörige können auf unterschiedlichen Ebenen auftreten und sind in der Literatur vielfach beschrieben worden (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion & Lachs, 2014). Neben den Belastungsfaktoren, die beispielsweise durch den Grad der Pflegebedürftigkeit und die zugrunde liegende Erkrankung existieren (sogenannte objektive Stressoren), sind weitere Faktoren, wie etwa Beziehungsverlust zur erkrankten Person, Konflikte, die Berufstätigkeit mit der Pflege zu vereinbaren, finanzielle Sorgen, mangelnde soziale Unterstützung (sogenannte subjektive Stressoren), wichtige Indikatoren für die Entwicklung von pflegebedingter Belastung. Studien zum Belastungserleben pflegender Angehöriger dokumentieren eine signifikant höhere Belastung für Angehörige von demenziell Erkrankten (Bertrand, Fredman & Saczynski, 2006), was vor allem mit den kognitiven Einschränkungen der demenziell erkrankten Person erklärt wird. Die Pflegepersonen demenziell erkrankter Menschen müssen sich zusätzlich zu den Anstrengungen der pflegerischen Versorgung in besonderem Maße mit Gefühlen des Abschiednehmens mit der einst vertrauten Person auseinandersetzen. Neben einer höheren Belastung bei Pflegenden demenziell Erkrankter gilt auch der physische Gesundheitszustand dieser Gruppe als schlechter im Vergleich zu Pflegenden von nicht demenziell erkrankten Patienten (Bertrand et al., 2006). Als ein wichtiger Risikofaktor für pflegebedingte Belastung wird die Wohnsituation von Pflegeperson und zu pflegender Person eingeschätzt. Studien konnten zeigen, dass pflegende Angehörige, die im selben Haushalt mit der pflegebedürftigen Person leben, höhere Belastungswerte aufweisen als pflegende Angehörige, die getrennt von der zu pflegenden Person wohnen (Gibbons, Creese, Tran, Brazil, Chambers, Weaver & Bedard, 2014; Pinquart & Sörensen, 2007; Zank & Schacke, 2007). Obwohl der gemeinsame Haushalt zu höherer Belastung bei den Pflegenden führt, entscheiden diese sich signifikant seltener für die Überführung der pflegebedürftigen Person in eine stationäre Pflegeeinrichtung (Oliva y Hausmann, Schacke & Zank, 2012).

Bleiben die Belastungsfaktoren über längere Zeit bestehen, hat dies negative Folgen für das physische und psychische Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen. Dabei sind Depressionen die häufigste Erkrankung, unter der pflegende Angehörige leiden. Obgleich die genauen Zusammenhänge nicht geklärt sind, werden depressive Symptome bei pflegenden Angehörigen insbesondere mit dem mentalen

Zustand der pflegebedürftigen Person in Verbindung gebracht (Sherwood, Given, Given & Von Eye, 2005). Frauen in der Pflege sind häufiger von depressiven Symptomen betroffen als Männer. Sowohl Depressionen bei Angehörigen als auch nächtliche Pflegezeiten und ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus bei Pflegebedürftigen sind Ursachen für das Auftreten von Schlafstörungen bei Pflegepersonen. Schätzungsweise sind bis zu zwei Drittel aller Pflegenden von demenziell Erkrankten davon betroffen (Creese, Bedard, Brazil & Chambers, 2008; Kochar, Fredman, Stone & Cauley, 2007). Insbesondere Frauen, die täglich zwei Stunden und mehr pflegen, haben ein höheres Risiko für gesundheitliche Einschränkungen, für höhere Belastungen und hinsichtlich eines schlechten allgemeinen Gesundheitszustands (Wetzstein et al., 2015). Bei der Betrachtung pflegebedingter psychischer und physischer Einschränkungen spielt auch das Alter der Pflegeperson eine Rolle. Jüngere pflegende Angehörige (also Kinder oder Schwiegerkinder) sind weniger durch eigene körperliche Einschränkungen oder Erkrankungen belastet als pflegende Ehepartner (Kofahl, Arlt & Mnich, 2007). Für hoch belastete pflegende Ehepartner konnte gezeigt werden, dass die Pflege das Mortalitätsrisiko innerhalb der nächsten vier Jahre um über 60 Prozent erhöht (Schulz & Beach, 1999).

Eine hohe Belastung kann darüber hinaus innerhalb der häuslichen Pflegesituation zu Aggression und Gewalt gegenüber der pflegebedürftigen Person führen (Bonillo, Heidenblut, Philipp-Metzen, Schacke, Saxl, Steinhusen & Zank, 2013).

3.3.4.2 Ressourcen und positive Seiten der Pflege

Neben den beschriebenen Belastungen und gesundheitlichen Einschränkungen, die mit der Pflege eines Angehörigen einhergehen können, kann eine Pflegesituation auch positive Aspekte beinhalten. So berichten viele Pflegende, dass sie sich durch die Pflege in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestärkt sehen (Zank & Schacke, 2007) und Wertschätzung in ihrer Pflegeaufgabe empfinden (Kofahl et al., 2007). Es konnte gezeigt werden, dass ein hohes Maß an Pflegeaufgaben und eine lange Pflegedauer in engem Zusammenhang mit der Entwicklung von persönlichem Wachstum stehen. Dabei tritt jedoch nach einigen Jahren der Pflege ein stabiles Niveau im persönlichen Wachstum ein (Leipold, Schacke & Zank, 2008). Neuere Bestrebungen gehen dahin, spezifische Ressourcen bei pflegenden Angehörigen zu erfassen und entsprechende auf diese Ressourcen (und Risikoprofile) abgestimmte Unterstützungsangebote zu entwickeln (Budnick, Kummer, Blüher & Dräger, 2012). Forschungsergebnisse sind in diesem Kontext jedoch noch rar.

3.3.5 Entlastung pflegender Angehöriger

Es gibt eine Vielzahl konkreter Unterstützungsangebote in Deutschland, um die Belastungen pflegender Angehöriger zu reduzieren. Im Vordergrund stehen dabei Angebote, die durch die Pflegeversicherung oder die Hilfen zur Pflege (Sozialhilfe) finanziert werden (Isfort, 2013).

Um einen Rahmen zu schaffen, in dem die Pflege auch von berufstätigen Angehörigen durchgeführt werden kann, existieren verschiedene gesetzliche Leistungen (kurzfristige Auszeit bei akut auftretender Pflegesituation, Pflegezeit, Familienpflegezeit) (BMFSFJ, 2015). Neben der Sicherung des Lebensunterhalts kann es auf pflegende Angehörige auch entlastend wirken, die Berufstätigkeit aufrechtzuerhalten. Von besonderer Bedeutung scheinen dabei die Kontinuität sozialer Kontakte, die Anerkennung durch

die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, der Arbeitsplatz als Rückzugsort und berufliche Zufriedenheit als entlastende Elemente zu sein (Söhngen, Ruppert & Schnepf, 2015).

Wird Pflege im familiären Rahmen durchgeführt, können verschiedene Entlastungsdienste in Anspruch genommen werden. Da gesetzlich der Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären Unterbringung gefordert ist (SGB IX, § 3), werden die teilstationären und ambulanten Entlastungsangebote besonders gefördert.

3.3.5.1 Entlastung durch teilstationäre Angebote

Als teilstationäres Angebot bietet die Tages- und Nachtpflege die Möglichkeit, Pflegebedürftige im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung zu betreuen (SGB XI, §41). Allerdings ist die Anzahl der Nachtpflegeplätze, die die Versorgung von Pflegebedürftigen in den Abend- und Nachtstunden leisten sollen, deutschlandweit verschwindend gering. So standen laut aktueller Pflegestatistik am Ende des Jahres 2013 43.562 Tagespflegeplätze, jedoch lediglich 564 Nachtpflegeplätze zur Verfügung (Statistisches Bundesamt, 2015). Ein Grund für dieses Ungleichgewicht könnten die hohen Kosten für Betreiber und Kunden sein. Außerdem scheint die Nachtpflege in der Bevölkerung im Vergleich zur Tagespflege relativ unbekannt zu sein (Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA, 2008b).

Für die Tagespflege konnten Zank, Schacke und Leipold zeigen, dass dieses Angebot die Belastung für pflegende Angehörige dementer Menschen in bestimmten Bereichen signifikant reduzieren kann (Zank, Schacke & Leipold 2007).

3.3.5.2 Entlastung durch ambulante Angebote

- *Unterstützung durch Beratung*

Die Entlastungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich sind bei Weitem die vielfältigsten. Um den Betroffenen hier einen Überblick zu verschaffen und eine bedürfnisgerechte Versorgung auf den Weg zu bringen, sind die Pflegekassen dazu verpflichtet, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine Pflegeberatung anzubieten (BMG, 2014). Im Rahmen der Pflegereform 2008 haben sich fast alle Bundesländer entschieden, sogenannte Pflegestützpunkte einzurichten, um allgemeine Informationen und individuelle Unterstützung quartiersnah zu vermitteln (KDA, 2008a; Tebest, Mehnert, Nordmann & Stock, 2015). Ein weiteres Angebot sind Pflegekurse für Angehörige, die Beratung und Praxistipps zur Pflege kombinieren (BMG, 2014). Für Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige haben sich außerdem die bundesweit arbeitenden Alzheimer Gesellschaften als Beratungsstellen etabliert.

- *Entlastung durch Kurzzeit- und Verhinderungspflege*

Die sogenannte Kurzzeitpflege kann in Anspruch genommen werden, wenn der pflegebedürftige Mensch eine begrenzte Zeit vollstationär untergebracht werden muss (z. B. bei einer Krisensituation in der häuslichen Pflege).

Außerdem kann stundenweise die sogenannte Verhinderungspflege genutzt werden. Diese greift beispielsweise, wenn die pflegende Person erkrankt ist oder in den Urlaub fährt. In diesen Fällen kann eine Ersatzpflegekraft organisiert und durch das von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellte Geld finanziert werden (BMG, 2015).

- *Entlastung durch zusätzliche Betreuungsleistungen*

Als zusätzliche Betreuungsleistungen werden Angebote der Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung verstanden (SGB XI, § 45b). Angeboten werden diese Leistungen von ambulanten Pflegediensten oder anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsdiensten. Die konkreten Angebote können nach Zielgruppen (Menschen mit und ohne Demenz) unterschieden werden.

Für Menschen ohne demenzielle Veränderung werden vor allem Unterstützung im Haushalt, organisatorische Hilfestellungen und die Unterstützung und Entlastung der Pflegenden im Pflegealltag zur Verfügung gestellt (SGB XI, § 45c). Konkret kann dies beispielsweise dadurch geschehen, dass Einkaufen oder andere Alltagstätigkeiten von ehrenamtlichen Helfern gemeinsam mit den Pflegebedürftigen gestaltet werden (GKV-Spitzenverband der Pflegekassen, 2008). Auch eine Beratung vor Ort bei Problemen in der familiären Pflege oder zur Bedarfsbestimmung durch ehrenamtlich tätige Pflegebegleiter ist möglich (Kiefer, 2011). Unter niedrigschwelligen Angeboten für Menschen mit Demenz werden Gruppen- oder Einzelangebote gefasst, die der Entlastung von Pflegepersonen in diesen besonders herausfordernden Pflegesettings dienen (SGB XI, § 45c). Das Angebotsspektrum ist vielseitig und reicht von häuslichen Besuchsdiensten über stundenweise Betreuung, zum Beispiel in Form eines Demenzcafés, bis hin zu Tagesbetreuung in Kleingruppen (Ministerium für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen, 2016).

- *Entlastung durch psychotherapeutische Angebote*

Für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz haben Studien der vergangenen Jahre gezeigt, dass Entlastungs- oder Unterstützungsmaßnahmen besonders erfolgreich waren, wenn sie soziale und kognitiv-behaviorale sowie problemlösungsorientierte Komponenten enthielten. Das Wohlbefinden der Pflegepersonen konnte dann in besonderem Maße gesteigert werden beziehungsweise die Pflegebelastung konnte verringert werden (Wilz, Schinköthe & Soellner, 2011). Allerdings werden psychotherapeutische Angebote für Pflegende nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt und müssen in der Regel eigenständig organisiert werden.

Im Rahmen von Modellprojekten („Tele.TAnDem“, „Tele.TAnDem.Online“) wurde auch geprüft, ob ein telefon- oder internetbasiertes Angebot durch qualifizierte Psychologinnen und Psychologen als Entlastungsangebot wirksam sein kann. In Bezug auf dieses telefonische Angebot konnten eine bedeutsame Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität sowie eine Entlastung der pflegenden Angehörigen bestätigt werden (Wilz et al., 2011).

- *Entlastung durch Selbsthilfe*

Eine weitere Entlastungshilfe können Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen sein, in denen der Erfahrungsaustausch im Vordergrund steht (Kurz, Hallauer, Jansen & Diehl, 2005). Das Wissen um die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen ist dabei bisher gering. In Bezug auf Gruppen für Angehörige von demenzkranken Menschen zeigte sich, dass die Teilnahme emotionalen Rückhalt und ein stärkeres Gefühl der Kontrolle über die eigene Lebenssituation vermittelt sowie sozialer Isolation entgegenwirkt. Gleichzeitig gibt es nur wenige Hinweise darauf, dass so Belastung und depressive Symptomatik reduziert werden können (Kurz et al., 2005). Die Teilnehmenden selbst beschreiben die Gruppentreffen meist als hilfreich (Riedel, Wittchen & IDEA-Studiengruppe, 2015).

3.3.6 Fazit

Bei pflegenden Angehörigen handelt es sich um eine oftmals (hoch) belastete Gruppe. Dabei kann die Pflegebelastung sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit stark beeinträchtigen. Gleichzeitig fühlen sich viele Angehörige durch die Pflege bereichert und in ihrem persönlichen Wachstum gestärkt.

Trotz der konkreten Entlastung, die die oben beschriebenen Maßnahmen für pflegende Angehörige leisten können, sind auch einige Kritikpunkte zu nennen. So kann die Pflegeübernahme berufstätige Angehörige (insbesondere Frauen) trotz gesetzlicher Maßnahmen immer noch in finanziell prekäre Lebenssituationen bringen.

Ein weiteres Problem ist der Angebotszugang. Die Angebotsstruktur für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist vielfältig, allerdings auch schwer zu durchblicken. Die Bürokratie und Komplexität des Versorgungssystems können es Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ausgesprochen schwer machen, die entsprechenden Angebote sowie ihre rechtlichen Ansprüche zu kennen und umzusetzen (Isfort, 2013). Zudem findet eine konsequente Weitergabe der Informationen durch den Gesetzgeber und die Pflegekassen in der Praxis bisher nur bedingt statt.

Dabei kann sich eine transparente Angebotsstruktur durch die einfache Vermittlung bedürfnisgerechter Hilfen auf verschiedenen Wegen positiv auf die Pflegesituation auswirken. Zum einen kann sie zu einer Steigerung des Wohlbefindens und zur Verringerung belastungsbedingter Beschwerden bei pflegenden Angehörigen führen. Zum anderen kann so die Lebensqualität des pflegebedürftigen Menschen erhöht und die Wahrscheinlichkeit einer kontinuierlichen Versorgung im häuslichen Setting gesteigert werden (Oliva y Hausmann, Schacke & Zank, 2012). Gesetzgeber und Pflegekassen sollten vor diesem Hintergrund auch in finanzieller Hinsicht daran interessiert sein, den Zugang zu und die Vermittlung von bestehenden Angeboten zu vereinfachen und diese lückenlos zu gewährleisten. Besonders problematisch ist dies im ländlichen Raum. Hier werden Angebote nicht so flächendeckend zur Verfügung gestellt, wie es in städtischen Ballungsgebieten der Fall ist.

3.3.7 Praxisempfehlungen

Die folgenden Empfehlungen an die Praxis stützen sich auf Empfehlungen, die im Rahmen eines Projektes zur Gesamtsituation pflegender Angehöriger in Nordrhein-Westfalen entwickelt wurden (nachzulesen bei Schnepf, 2015):

- *Stärkung psychologischer und psychotherapeutischer Angebote, insbesondere als Regelangebot der Pflegekassen.*
- *Fortbildungsangebote für Psychotherapeuten in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung von Depressionen bei Pflegenden.*
- *Prävention von Überlastung bei pflegenden Angehörigen, um das Auftreten von psychischen und physischen Erkrankungen der Angehörigen oder Gewalt in der Pflege zu verhindern.*
- *Dabei bewährte Konzepte nutzen und Praxisakteure zu den entsprechenden Themen weiterbilden.*
- *Förderung der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege von Angehörigen, beispielsweise durch flexiblere Arbeitsmodelle.*
- *Verbesserte Information und größere Transparenz der Unterstützungsangebote.*
- *Die Förderung wissenschaftlich begleiteter Interventionsprojekte (Zank, 2015).*

Korrespondenzadresse

Susanne Brose, Inka Wilhelm & Prof. Dr. Dipl.-Psych. Susanne Zank

Universität zu Köln

Humanwissenschaftliche Fakultät

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie

Herbert-Lewin-Str. 2

50931 Köln

3.4 UMGANG MIT PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNGEN BEI DEMENZIELLEM ABBAU DER KOGNITIVEN FUNKTIONEN

3.4.1 Zusammenfassung

Der Artikel zeigt einige der wesentlichen psychologischen Folgen der organischen Veränderungen bei einer Erkrankung an Alzheimer-Demenz auf. Direkte Folgen des demenziellen Abbaus – wie zum Beispiel verringerte verbale und visuelle Gedächtnisfähigkeit sowie eingeschränkte sprachliche Fähigkeiten – werden erläutert sowie auch die indirekten Folgen, die sich vorwiegend auf der emotionalen und der Verhaltensebene widerspiegeln. Beispiele hierfür sind depressive Verstimmungen, eine zunehmende Verringerung des Selbstwertgefühls und häufige Stimmungswechsel. Abschließend werden konkrete Praxisbeispiele diskutiert, wie die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden kann: Aufbau positiver Erlebniswelten, Erhöhung der Motivation, Training kognitiver Kompetenzen, Erhalt der physischen Unabhängigkeit und Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation. Am Ende des Artikels werden Konzepte für die Psychologie in der Praxis beleuchtet und Empfehlungen formuliert.

3.4.2 Theoretische Einordnung der Themenaspekte

3.4.2.1 Organische Veränderungen – ein kurzer Überblick

Die mit zirka 70 Prozent am häufigsten angetroffenen Demenzerkrankungen sind sogenannte „degenerative Demenzen“ (Maier, Schulz, Weggen & Wolf, 2011, S. 23), welche von den als Folge einer Grunderkrankung (zum Beispiel Alkoholismus) entstehenden „sekundären Demenzen“ (ebenda, S. 28) unterschieden werden müssen. Die am häufigsten auftretende degenerative Demenzerkrankung ist die Demenz vom Alzheimer-Typ, um welche es in dem nachfolgenden Artikel gehen wird.

Eine der zentralen Regionen des Gehirns, die bei der Alzheimer-Demenz schon sehr früh von degenerativen Veränderungen betroffen wird, ist der Hippocampus. Dieser spielt für das menschliche Gedächtnis bei der Neuformierung von Erinnerungen eine zentrale Rolle. Es bilden sich erstens unlösliche Proteineaggregate, Amyloidplaques (Maier et al., 2011, S. 67), die zum Untergang der benachbarten Nervenzellen führen; zweitens werden für die Zellfunktion wesentliche Proteinstrukturen durch ein Zusammendrehen zu Faserbündeln, Neurofibrillen (ebenda, S. 66), funktionsunfähig und bewirken das Absterben der betroffenen Nervenzelle. Die oben genannten Autoren erläutern auch, dass es durch die Verluste an Nervenzellen im Temporal- und Parietallappen insbesondere zu einem Mangel des zwischen Nervenzellen und Synapsen verwendeten Botenstoffes Acetylcholin komme, was teilweise auch die Störungen des Lern- und Erinnerungsvermögens erklären könne (ebenda, S. 68).

3.4.2.2 Die psychischen Folgen

Pocnet, Rossier, Antonietti und von Gunten (2011, S. 410 ff.) fanden in einer Langzeitstudie durch die Verwendung der revidierten Form des NEO-Fünf-Faktoren-Inventars nach Costa und McCrae (NEO-PI-R), dass mit beginnender Alzheimer-Demenz in den folgenden Dimensionen signifikante Persönlichkeitsveränderungen auftreten: Einerseits kommt es zu einem Anstieg in den Werten der Skala, die den Grad

der gefühlsmäßigen Instabilität wiedergibt („Neurotizismus“), andererseits jedoch zu einer signifikanten Verringerung in den Dimensionen „Extraversion“, „Offenheit für Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“. Die Verringerung des emotionalen Gleichgewichtes resultierte unter anderem aus Anstiegen in depressiver Symptomatik, Impulsivität und Verletzlichkeit. Der Rückgang der Werte im Faktor „Extraversion“ war, so wird in dem Artikel erläutert, unter anderem gekoppelt an geringeres Aktivitätsniveau und Aufsuchen von Situationen, die positives Erleben bieten können, sowie an weniger positive Gefühle. Entsprechend zeigt sich auch eine insgesamt verringerte „Offenheit für neue Erfahrungen“ im Bereich der Außenwelt und der Gefühle. „Gewissenhaftigkeit“ als Persönlichkeitsfaktor verringerte sich laut der Studie signifikant unter anderem auf Basis einer Veränderung der Facetten „Pflichtbewusstsein“, „Selbstdisziplin“, „Ordnung“ und „Erfolgsstreben“. – Die Autoren betonen jedoch, dass sie keinen Hinweis auf eine bestimmte „Alzheimer-Persönlichkeit“ gefunden hätten (ebenda, S. 416), der darauf schließen ließe, dass ganz bestimmte Persönlichkeitsfaktoren und Facetten sich gleichermaßen in allen von Alzheimer betroffenen Personen verändern würden. Der folgende Absatz soll diejenigen Veränderungen der Persönlichkeit beleuchten, die vom Betreuungspersonal und den Angehörigen im Allgemeinen zwar häufig, aber nicht bei jedem Individuum gleichermaßen ausgeprägt beobachtet werden können.

So ist das Einprägen von neuen Inhalten vom Kurzzeitgedächtnis in das Langzeitgedächtnis gestört; später erfolgt auch ein sukzessiver Abbau des Langzeitgedächtnisses. Diese Entwicklung hat gravierende negative Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung und Kommunikationsfähigkeit des Individuums. Diskutiert man den eher vagen Begriff der „Persönlichkeitsveränderungen“ im Kontext demenzieller Erkrankungen, so gibt es solche Veränderungen der Persönlichkeit, die in direktem Zusammenhang mit dem kognitiven Abbau stehen, und andere, die in indirektem Zusammenhang dazu zu sehen sind.

Direkte Folgen eines kognitiven demenziellen Abbaus betreffen die Alltagsbewältigung des Individuums und verwandeln eine vormals unabhängige und alltagstaugliche Person mit stabilen Kommunikationsfertigkeiten in einen hilflosen, abhängigen und desorientiert wirkenden Menschen. Die Veränderungen treten nicht abrupt, sondern schleichend ein, und nicht jede von Demenz betroffene Person entwickelt alle Veränderungen in der gleichen Weise. Unter den direkten Folgen des kognitiven Abbaus sind gemäß Buijssen (1994, S. 8 f.) vor allem die folgenden zu nennen: *verringerte verbale und visuelle Gedächtnisfähigkeit* (Neues wird sofort vergessen), *Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit* und der räumlichen, zeitlichen und objekt-/personenbezogenen *Orientierungsfähigkeit* sowie *eingeschränkte sprachliche Fähigkeiten*.

Die zunehmende Vergesslichkeit beeinträchtigt die Abwicklung der normalen Alltagsorganisation: Man kann sich nicht mehr erinnern, welche Aktivitäten schon erledigt wurden, zum Beispiel Zähneputzen, und was im Kontext einer Aktivitätendimension getan werden muss, zum Beispiel nach dem Kochen den Herd wieder ausschalten. Gegenstände werden ständig verlegt oder verloren (z. B. Geld, Handtasche, Schlüssel). Vergesslichkeit und verminderte Konzentration beeinflussen auch die Erweiterung von kognitiven Fähigkeiten und Handlungskompetenzen negativ (z. B. können keine neuen Inhalte in Bezug auf freudvolle Aktivitäten wie Hobbys etc. mehr gelernt werden.) und beschränken die soziale Kommunikation häufig auf ein Wiederholen desselben Inhaltes oder derselben wenigen Sätze. Die *eingeschränkte Orientierungsfähigkeit* macht Betroffene sehr stark abhängig von der Hilfe anderer, da vertraute Orte oder Personen plötzlich als fremd und unbekannt erscheinen (siehe Buijssen, 1994, S. 39) sowie Tageszeiten völlig durcheinandergebracht werden. Diese Zustände erzeugen nicht nur enorme Ängste, sondern

machen die unabhängige, gesundheitsförderliche Selbstversorgung unmöglich. So werden beispielsweise Mahlzeiten versäumt beziehungsweise unregelmäßig eingenommen, und die zuverlässige Einnahme von Medikamenten muss von den Betreuenden genau überwacht werden. In den späteren Stadien des demenziellen Abbaus wird die *Sprachfähigkeit* zunehmend beeinträchtigt (Wortfindungsstörungen, motorische Sprachfähigkeit), situationsunangemessene Begriffe werden gebraucht, die Inhalte werden zusammenhangslos, die Sprache klingt verwaschen und nuschelnd (siehe Buijssen, 1994, S. 69). Sollten Gesichts- und Gehörsinn zusätzlich beeinträchtigt sein, treten die letztgenannten Veränderungen in noch stärkerer Ausprägung auf.

Die indirekten Folgen des kognitiven demenziellen Abbaus spiegeln sich auf den Ebenen der Emotionen und des Verhaltens des Individuums wider. Die oben beschriebenen Persönlichkeitsveränderungen werden von den Betroffenen besonders in den früheren Stadien des demenziellen Abbaus in ihrer funktionsbeeinträchtigenden Wirkung wahrgenommen: *Ängste* (zum Beispiel im Zustand der Desorientierung) sind beobachtbar sowie *depressive Verstimmungen*, die sich in Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit bezüglich des vorherrschenden veränderten Zustandes äußern. Hinzu kommt eine *zunehmende Verringerung des Selbstwertgefühls* durch Verstärkerverluste, die sich als vermehrte Misserfolgserlebnisse und Wegfall der Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen darstellen. Das sich daraus ergebende negativ gefärbte subjektive Erleben wird häufig selbst dann zum Tagesinhalt gemacht und drückt sich – wenn die Betroffenen sich selbst überlassen bleiben – in automatisierten, ständig wiederkehrenden negativen Gedankenschleifen aus. Bei manchen Individuen herrschen eher ängstlich-depressive Reaktionen vor, bei anderen mehr *aggressive Verhaltensweisen*, welche sich in Schreien, Fremdaggressivität oder verzweifelte Wutausbrüchen entladen können. Infolgedessen ist der Alltag von Demenzkranken aus psychologischer Perspektive oft von *emotionaler Labilität* und *häufigen Stimmungswechseln* überschattet. In Kombination mit der Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und Kommunikation führt dies bei vielen Betroffenen einerseits zum *sozialen Rückzug* und andererseits zum *orientierungslosen Umherwandern* (*motorische Unruhe*), *besonders auch nachts* (siehe auch Buijssen, 1994, S. 95). In diesem Zusammenhang soll nochmals auf die oben beschriebenen Resultate von Pocnet et al. (2011) verwiesen werden, die eben gerade Anstiege im Bereich der gefühlsmäßigen Instabilität fanden, resultierend unter anderem aus Anstiegen in depressiver Symptomatik, Impulsivität und Verletzlichkeit. – Auch Sonya Laputz (Laputz, o. J., S. 1) beschreibt allgemein beobachtbare Persönlichkeitsveränderungen, wie Apathie, Verlust an bisherigen Aktivitäten, unsensibles Verhalten anderen gegenüber, Unfähigkeit, Entscheidungen zu fällen, sozialer Rückzug und Mangel an Initiative.

3.4.3 Konzepte und Theorien für die Praxis

3.4.3.1 Kommunikation mit Demenzkranken

Einige der besonderen Herausforderungen in der Kommunikation gemäß Buijssen (1994, S. 72 ff.) sind die folgenden Merkmale:

- *Häufiges oder ständiges Wiederholen derselben Frage oder desselben Inhaltes.*
- *Beschreibungen und Instruktionen von Bezugspersonen werden nicht verstanden.*
- *Sprunghaftes, oft zusammenhangsloses Denken:*
Ein Gespräch zu beginnen und zu beenden, ist schwierig.
- *Behaupten von falschen Tatsachen.*

Insgesamt gesehen werden einige Aspekte der „klientenzentrierten Gesprächsführung“ mit großem Erfolg in der Kommunikation mit Demenzkranken angewendet. Diese sind Empathie, liebevolles, ruhiges Ansprechen, aktives Zuhören mit Wiederholen von Teilen des gerade Gesagten, vollkommene Akzeptanz der Sichtweise des Betroffenen, Vermeiden von negativen Wertungen (beispielweise hinsichtlich des Denkens oder Verhaltens) und Vermeiden von Beschuldigungen oder konfrontativem Bestehen auf der Einnahme einer realistischen Perspektive. Die Haltung des Demenzkranken ist realitätsfremd, und es ist die Aufgabe der Betreuenden, ihre „realistische“ Erwartungshaltung in den realitätsfremden Handlungsbezug des Betroffenen so geschickt „einzubauen“, dass zugleich ein „Mitspielen“ in der Welt des Demenzkranken und ein Ernstnehmen dieser Welt ermöglicht wird. All diese Vorschläge werden auch von Buijssen (1994, S. 58 ff.) diskutiert. Konkret bedeutet dies, dass Antworten oder Anweisungen kurz, einfach und gegenwartsbezogen sein sollten. Bemerkungen, die Kommunikationsschwächen beim Betroffenen hervorheben, sollten vermieden werden – sie stoßen nur auf Widerstand und erzeugen Angst und Ärger. Demenzkranke leben – zumindest teilweise – kognitiv sozusagen in einer „Parallelwelt“. Diese ist für sie die einzig „richtige“ Perspektive, und Bezugspersonen sollten den notwendigen Realitätsbezug in sinnvoller Weise in diese „Parallelwelt“ kreativ einfügen. Das betonen in ihrem Trainingsmanual für die Optimierung der Kommunikation mit Demenzkranken in ähnlicher Weise auch Spencer, Robinson und Curtin (2015, S. 119): „Remember that our reality is not their reality. Because of changes in the brain, the person with dementia may no longer have the ability to understand what is real or true today and what is not. [...] Keep in mind that arguing or correcting people with dementia often upsets them [...]“. Im Zusammenhang der Kommunikation mit Demenzkranken wird eine derartige wertschätzende Weise des Umgangs auch als „Validation“ bezeichnet (Maier et al., 2011, S. 105). Von Bezugspersonen wird hohe Toleranz erwartet, also dass sie geduldig reagieren und realitätsfremde Reaktionen der Demenzkranken nicht persönlich nehmen.

3.4.3.2 Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen

Im Verlauf einer Demenzerkrankung sollten alle gesundheitsförderlichen Maßnahmen ergriffen werden, um die noch vorhandenen Stärken und Kompetenzen der Betroffenen zu nutzen und die subjektive Wahrnehmung von guter Lebensqualität zu fördern. Der unspezifische Begriff der „Lebensqualität“ kann – aufbauend auf dem bisher Gesagten – aus psychologischer Perspektive an den folgenden Dimensionen und ihrer individuellen Förderung (Praxisbeispiele) festgemacht werden.

Positive Erlebniswelten aufbauen („Happiness“), Freude in den Alltag bringen: kleine, individuell abgestimmte Freuden bereiten; Aktivitäten durchführen, die aus dem Langzeitgedächtnis bekannt sind und positive Erinnerungen wachrufen, zum Beispiel Kuchenbacken, Tanzen, Basteln, Spaziergang im Park, ein Haustier streicheln. Musik mit ihrem therapeutischen Nutzen aufgreifen: Musikveranstaltungen, Musiktherapie, Klangschalen-therapie, regelmäßiges Mitsingen bekannter Volkslieder. Hierzu gehört es auch, jahrzehntelang regelmäßig praktizierte spirituelle und religiöse Rituale und Zeremonien (z. B. Sonntagsmesse) weiterhin lebendig zu erhalten.

Erhöhung der Motivation, am Alltag teilzunehmen, und Verringerung der depressiven Symptomatik. Hier sei daran erinnert, dass dem in der Untersuchung von Pocnet et al. (2011) gezeigten Anstieg im Bereich der emotionalen Instabilität unbedingt entgegengewirkt werden sollte, beispielsweise durch ver-

haltenstherapeutisch orientiertes Training von Alltagskompetenzen, kurzfristige Stressbewältigung, wie zum Beispiel Ablenken durch Vorlesen (kognitiv), positive Gesprächsführung, Entspannungstechniken (wegen der Verringerung der Fähigkeit zur Fokussierung der Aufmerksamkeit müssen diese modifiziert werden), Ablenken durch Bewegungsförderung und Förderung positiven Erlebens. Die als „Milieuthherapie“ (Maier et al., 2011, S. 113) bezeichnete Anpassung im Umgang mit den Betroffenen ebenso wie die Adaptation der materiellen Bestandteile der Umwelt des Demenzkranken an die veränderten Bedürfnisse und Wahrnehmungen, zum Beispiel Anpassung der Beleuchtung und der Möblierung in der Wohnung, zusätzliche Beschilderung von Türen etc., bilden die Basis, um Motivationstechniken erfolgreich anwenden zu können.

Speziell auf Demenzkranke ausgerichtetes Training kognitiver Kompetenzen im Gruppensetting, zum Beispiel auf die Vergangenheit bezogene Bilderquiz und regelmäßiges „Reminiscing“ (Erinnerungsarbeit) anhand von vorgelesenen, einfach verständlichen Kurzgeschichten und bekannten Gegenständen, Einbau lustiger tagesbezogener Themen (z. B. „Chocolate Chip Day“), gemeinsames Singen, Reiseerinnerungen, geschichtliche Aspekte der Kindheit und Jugendzeit der Betroffenen (z. B. Partymode in den 1960er-Jahren). Eine individuell ausgerichtete Erinnerungsarbeit andererseits kann dann mit der sogenannten „Selbsterhaltungstherapie“ (Maier et al., 2011, S. 107) verbunden werden, welche die der neuen Situation angemessenen Fähigkeiten und Aspekte der Selbstwahrnehmung stimuliert, die im Langzeitgedächtnis noch erhalten sind, und dadurch ein positives Selbstbild stärkt.

Erhalt der physischen Unabhängigkeit durch körperliche Fitness und Bewegungsförderung: Auf die geistige Verlangsamung, kurzfristige Aufmerksamkeitsspanne und verminderte kognitive Flexibilität von Demenzkranken abgestimmtes Ausdauer- und Krafttraining, Übungen zum Dehnen und Strecken in Kombination mit vertrauten Gegenständen (z. B. bunte Bälle). Insbesondere hier ist es wichtig, die oben genannten Kommunikationsregeln zu beachten. In den späteren Stadien der Demenz ist es oft nötig, sanft einen Arm oder eine Hand in die gewünschte Richtung zu führen, verbale Instruktionen werden meist nicht mehr verstanden. Am besten eignen sich daher ein individuelles Training und die Verwendung von Kleinsportgeräten aus der zumeist noch (teilweise) erinnerbaren Kindheit (z. B. ein Ball).

Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation: „Bedeutungsvolle Kontakte, die Gefühle der Freude erzeugen“ (Mehl & Glisky, 2014) gehören nach den neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Präventionsmaßnahmen bezüglich demenzieller Veränderungen. Sie sollten auch im Kontext der schon vorhandenen Demenz in den Alltag eingebaut werden, da sie auch der Erinnerung von Aspekten der intakten Persönlichkeit dienen und Gefühle von Wohlbefinden und Freude fördern. Es ist daher ganz wichtig, Demenzkranke in Gruppenaktivitäten wie „Happy Hour“, Tanzcafé, Partys und Feiern (Fasching, Weihnachten etc.), insbesondere Geburtstagsfeiern und Restaurantausflüge, einzubinden. Dies sind wichtige Aktivitäten, um dem in der Studie von Pocnet et al. (2011) berichteten Rückgang der Werte im Faktor „Extraversion“ – der Häufigkeit sozialer Beziehungen – entgegenzuwirken, welcher unter anderem gekoppelt sei an ein geringeres Aktivsein und Aufsuchen von Situationen, die positives Erleben bieten können, sowie weniger positive Gefühle. Werden Demenzkranke vom Betreuungspersonal und den Angehörigen aktiv in die Gruppenerlebnisse eingebunden, könnte vielleicht auch die weiter oben genannte Grundhaltung der verringerten „Offenheit für neue Erfahrungen“ wieder erhöht werden.

3.4.4 Empfehlungen

Da die Kommunikation mit Demenzkranken sowie der Erhalt von einfachen Verhaltensmustern die besonderen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen müssen, ist die Schulung des Betreuungspersonals und der Angehörigen durch spezielle Seminare (Kommunikation, Umgang mit Stimmungsveränderungen, Verständnis von und Umgang mit psychischen Krankheitsbildern, Verhaltenstraining) ein großes Aufgabengebiet für die Psychologie (z. B. in den Schulungen zur „Fachkraft für Betreuung § 87b“).

Im Kontext der Vernetzung „Betroffene – Angehörige – Heimmitarbeiter – Pflegekräfte – Betreuungspersonal“ ist die systemische psychologische Beratung der Angehörigen und des Pflegepersonals sehr bedeutsam.

Der Umgang von Angehörigen mit dem Verlusterlebnis des zunehmenden Verfalles der (gewohnten) Persönlichkeit eines geliebten Menschen und der emotionalen Vorwegnahme des Lebensendes ist eine genuin psychologische, therapeutische oder beraterische Aufgabenstellung.

Im Qualitätsmanagement – speziell bezüglich des Aktivitätenangebotes und der Personalauswahl im Bereich von Seniorenresidenzen und Pflegeheimen – sollte die psychologische Perspektive in Form von Schulungen stärker eingebracht werden. An diesem Schnittpunkt von Theorie und Praxis könnten praktische Erfahrungen und Möglichkeiten im Bereich der sozialen Betreuung unter dem Blickwinkel neuester Forschungsergebnisse in der Psychologie betrachtet und neu organisiert werden.

Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Psych. Claudia Freund

Planegger Str. 3

81241 München

Mobil: (0170) 289 38 64

E-Mail: wellprofdance@gmail.com

4. PRAXISBEISPIELE

Christian Schulze, Agnes Bergmann

4.1 GESUND ALT WERDEN – UNTERSTÜTZUNG DURCH FLEXIBLE, INDIVIDUALISIERTE SERVICE-NETZWERKE

4.1.1 Zusammenfassung

„Flexible, individualisierte Service-Netzwerke (FISnet) in der Region Augsburg/Schwaben“ ist der Titel eines Verbundprojekts, bestehend aus 27 Partnern aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, Verwaltung, Medizin, Bildung und bürgerschaftlichem Engagement.

Ziel des Verbundprojekts ist es, präventive, kooperative Gesundheitsdienstleistungen, die individuell anpassbar sind, zu entwickeln, um auf diese Weise Menschen im Altersübergang (55–75 Jahre) dabei zu unterstützen, möglichst lange ein gesundes, aktives und selbstbestimmtes Leben zu führen. Diese Lösungen werden primär in Werkstätten zu unterschiedlichen Schwerpunkten unter Mitwirkung der teilnehmenden 27 Partner entwickelt, direkt in der Praxis angewendet und evaluiert. Der FISnet zugrunde liegende Gesundheitsbegriff ist dabei sehr weit gefasst. Es geht in dem Projekt nicht nur um den Erhalt körperlicher Gesundheit, sondern auch um die Herstellung und den Erhalt des psychischen und sozialen Wohlbefindens jedes Einzelnen. Die Grundgedanken des FISnet-Projektes sowie die in Netzwerken entwickelten, angewendeten und evaluierten Leistungen und Praxislösungen sollen nach Ende des Projektes auf andere Regionen übertragen werden und allen Unternehmen und Institutionen der jeweiligen Region zur Verfügung stehen.

4.1.2 Was ist FISnet, und was leistet es?

FISnet ist ein integratives Verbundprojekt von Vertretern aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, Verwaltung, Medizin, Bildung und bürgerschaftlichem Engagement. Es repräsentiert eine von bundesweit insgesamt fünf Regionen, die den Wettbewerb im Rahmen des Förderschwerpunkts „Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen“ (GeDiReMo) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gewonnen haben. Neben FISnet, das sich mit individualisierten und kooperativen Gesundheitsdienstleistungen befasst, zählen als weitere Modellregionen Chemnitz+ (Gestaltung des Wohnumfeldes), das Präventionsnetz Ortenaukreis PNO (gesunde Entwicklung von Kindern), das QuartiersNetz (Vernetzung des sozialen Umfeldes und regionaler Dienstleister im Ruhrgebiet) sowie VorteilJena (Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe) zu den Gewinnern des Wettbewerbs. Das Projekt FISnet wird vom BMBF für den Zeitraum vom 1. November 2014 bis zum 31. Oktober 2018 mit einem Volumen von 4,8 Millionen Euro gefördert.

Die Förderung des Verbundes mit öffentlichen Mitteln ist mit dem Ziel verbunden, Praxislösungen zu entwickeln, die ältere Bürger dabei unterstützen, ihr Leben lange aktiv und selbstbestimmt zu gestalten. Damit soll die Lebensqualität für die betroffenen Menschen bis ins hohe Alter gesichert und die gesellschaftliche Teilhabe in allen Lebensbereichen ermöglicht werden. Wenn sich die in FISnet entwickelten Lösungen als fruchtbar erweisen, sollen sie auf weitere Regionen übertragen werden. Mit diesem Vorgehen möchte das Bundesministerium neue und innovative Wege erschließen, den demografischen Wandel aktiv zu gestalten. Die Partner im Verbund FISnet unterteilen sich in Forschungspartner, betriebliche Praxispartner sowie Umsetzungspartner.

Die Forschungspartner sind: Universität Augsburg, Professur für Soziologie und Forschungseinheit Sozioökonomie der Arbeits- und Berufswelt; Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e. V. (ISF); Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie gGmbH (INIFES); Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten, Fakultät für Soziales und Gesundheit; Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, Fakultät für Informationsmanagement.

Zu den betrieblichen Praxispartnern gehören das Amt für Grünordnung, Naturschutz und Friedhofswesen; das Klinikum Augsburg; das Landratsamt Augsburg; Manroland web systems GmbH; die Stadtsparkasse Augsburg. Ferner sind als Umsetzungspartner folgende Partner beteiligt: AOK Bayern (Direktion Augsburg); Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e. V. (AHPV); Berufsbildungszentrum Augsburg & Schwaben gGmbH (BBZ Augsburg); Bezirk Schwaben; Bündnis für Augsburg; Constantin Carl; Caritasverband für die Diözese Augsburg e. V.; Deutsche Rentenversicherung Schwaben; EureCons Förderagentur GmbH; Freiwilligen-Zentrum Augsburg; Gesundheitsamt Augsburg – Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen; Netzwerk Generation 55 plus – Ernährung und Bewegung; Birgit Proske; rh11 Unternehmensberatung GmbH; Dr. Jan Schmitt-Bosslet; Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH (SIC); Volkshochschule Augsburg – Augsburger Akademie e. V.; Volkshochschule Landkreis Aichach-Friedberg e. V.

4.1.3 Warum wird FISnet gebraucht?

Auch für die Region Augsburg/Schwaben wird ein starker Anstieg der Zahl von Einwohnern im höheren (Erwerbs-)Alter prognostiziert. Eine besondere Bedeutung hat dabei die Gruppe im Altersübergang und in der anschließenden dritten Lebensphase (55–75 Jahre), da sie trotz spezifischer Anforderungen und Risiken weiter aktiver Teil der Gesellschaft ist und sein will. Es ist daher von großer Bedeutung, den Zeitraum vor und nach dem Erwerbsaustritt gesundheitserhaltend zu gestalten. Hierdurch sollen der durchschnittlich gute Gesundheitszustand und die aktive gesellschaftliche Teilhabe am Ende des Erwerbslebens bis ins hohe Alter für möglichst viele Menschen erhalten bleiben.

Die Rede von *der* Gruppe im Altersübergang und in der Zeit danach verdeckt allerdings die Individualisierung und Pluralisierung von Lebenssituationen und Problemlagen, also die breite Streuung in den sozialen Lagen, im gesundheitlichen Status, im gesundheitsrelevanten Verhalten und in der Lebenserwartung in der betrachteten Altersphase. Dieser Pluralisierung der Lebenslagen will FISnet mit Hilfe von individualisierten, also auf die jeweils besondere Problemlage des Einzelnen angepassten Angeboten Rechnung tragen.

4.1.4 Was leistet FISnet?

In der ersten Projektphase wurden die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen ab 50 Jahren in der Region Schwaben und bei den betrieblichen Praxispartnern (Amt für Grünordnung, Naturschutz und Friedhofswesen der Stadt Augsburg, Klinikum Augsburg, Landratsamt Augsburg, manroland web systems und Stadtsparkasse Augsburg) erhoben. Dies erfolgte zum einen durch eine repräsentative Telefonbefragung in Schwaben sowie zum anderen durch schriftliche Mitarbeiterbefragungen in den fünf Partnerbetrieben (s. o.).

Die empirischen Ergebnisse spiegeln die sehr unterschiedlichen Bedarfs-, Risiko- und Problemlagen der Älteren wider, welche wiederum auch spezifische Angebote präventiver Gesundheitsdienstleistungen erfordern. Die 27 FISnet-Partner entwickeln nun in der Praxisphase des Projekts im Rahmen von sogenannten Werkstätten individualisierte, bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Gesundheitsdienstleistungen für den Altersübergang. Dabei verbinden sie Einzelmaßnahmen durch kooperative Angebotsnetze, um sie zu individualisierten Dienstleistungspäckchen schnüren zu können, die auf jeden Einzelfall und seine Bedarfslage zugeschnitten werden können und müssen (vgl. Abbildung unten).

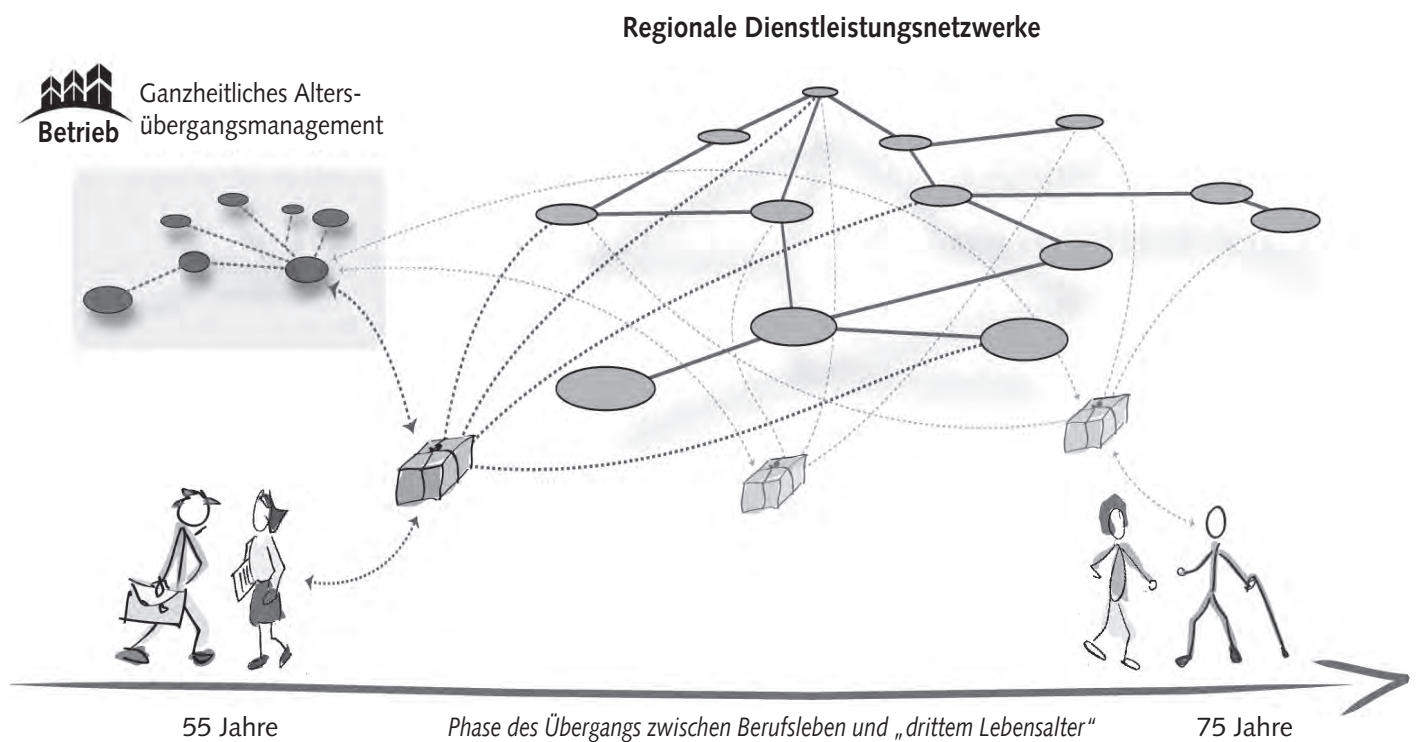


Abbildung 1:

Bevölkerung > 55 Jahre, Deutschland (Quelle: gbe-bund) in Prozent (links), absolute Zahl in Millionen (rechts)

Konkret bedeutet dies, dass sich jeweils auf den Einzelfall und seinen Bedarf abgestimmt unterschiedliche FISnet-Partner zusammenschließen und dem „Kunden“ ein Dienstleistungspaket anbieten wollen, das all seine Bedarfe und Bedürfnisse adressiert. Dies soll zukünftig geschehen, noch bevor die einzelnen Probleme sich zu einer belastenden Lebenslage verbinden und sich dann in gesundheitlichen Beschwerden äußern. Das besondere Merkmal dieser interaktiven Gesundheitsdienstleistungen ist, dass sich das Angebot um den jeweiligen individuellen Bedarfsfall herum immer wieder neu konstituiert. Dementsprechend sollen diese vielfältigen individuellen Bedürfnisse älterer Menschen im Übergang vom Berufsleben in die Altersphase mit innovativen Vernetzungsformen flexibel und den jeweiligen Lebenssituationen angepasst aufgegriffen und bedient werden.

4.1.5 Konkretes Vorgehen

Zu Anfang der Projektlaufzeit lag der Fokus der Arbeiten auf der Erfassung des Ist-Zustandes mit Blick auf die Lebenslagen der Älteren sowie auf bereits vorhandene Angebote und Dienstleistungen, die bereits einzelne Bedarfe der Zielgruppe adressieren. Dies erfolgte zum einen durch eine repräsentative Telefonbefragung in Schwaben, bei der 1.500 Menschen zwischen 55 und 75 Jahren befragt wurden, darunter 729 Beschäftigte, 67 Arbeitslose und 706 Rentner, um herauszufinden, wie sie ihren Altersübergang gestalten und mit welchen Problemen sie dabei eventuell zu kämpfen haben. Auch Mitarbeiter (50 Jahre und älter) der betrieblichen Praxispartner wurden dazu befragt, mit welchen Schwierigkeiten sie derzeit konfrontiert werden und welche Pläne sie für ihren Ruhestand haben.

Die Fragen in den schriftlichen Erhebungen deckten folgende Themenkomplexe ab:

- *Altersübergang,*
- *Rente und Arbeitsbedingungen,*
- *Bekanntheit und Nutzung betrieblicher Angebote,*
- *Nutzung außerbetrieblicher Angebote,*
- *private Aktivitäten und Verpflichtungen,*
- *Hinderungsgründe, Dinge zu tun, die einem wichtig sind,*
- *Gesundheitszustand,*
- *soziodemografische Merkmale.*

Ergänzend zu den schriftlichen Befragungen werden derzeit noch mit ausgewählten Mitarbeitern qualitative Interviews geführt, deren Ziel es ist, die Lebenssituation der Befragten ganzheitlich zu erfassen. Diese Daten dienen im weiteren Verlauf des Projekts einerseits als Basis für innerbetriebliche Maßnahmen, die die aktive Gestaltung des Altersübergangs zum Ziel haben, und andererseits als Grundlage für die Entwicklung bedarfsgerechter, kooperativer Gesundheitsdienstleistungen.

Mit Blick auf die Betriebe werden jene Bedarfe und Bedürfnisse der Mitarbeiter herausgegriffen, auf die der jeweilige Betrieb Einfluss nehmen kann. In enger Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen in den Betrieben werden auf dieser Grundlage Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt, die bereits vorhandene Angebote noch stärker in Richtung eines ganzheitlichen Altersübergangmanagements ausrichten helfen.

Die Entwicklung bedarfsgerechter, kooperativer und präventiver Gesundheitsdienstleistungen erfolgt in und um die sogenannten FISnet-Werkstätten. In diesen Werkstätten werden jene Themen aufgegriffen, die in den empirischen Erhebungen eine besondere Rolle spielen. Hierzu werden sogenannte „komplexe Fälle“ erstellt, die bestimmte typische Lebenssituationen der Menschen abbilden, die von der jeweiligen Problemlage betroffen sind. Im Nachgang zu den Werkstätten bilden sich sogenannte Hilfenetze zu der jeweiligen Problemlage, in denen interessierte Partner ihre Angebote zu den kooperativen Dienstleistungspäckchen schnüren.

So wurde beispielsweise in der ersten FISnet-Werkstatt das Thema „Angehörigenpflege“ aufgegriffen und in seiner Komplexität beleuchtet. Der Fokus lag dabei auf noch erwerbstätigen Personen, die damit konfrontiert sind, die Pflege für einen nahen Angehörigen organisieren zu müssen. Dabei beschränkt sich der FISnet-Blick nicht auf das Engagieren eines Pflegedienstes, sondern betrachtet die gesamte Lebenssituation: angefangen bei den Fragen, welcher Friseur Hausbesuche macht, wer den Einkauf erledigen könnte und wie täglich ein warmes Mittagessen bereitgestellt werden kann, während man selbst noch im Büro ist, bis natürlich hin zu den Fragen, welcher Pflegedienst beauftragt werden soll und wie Arztbesuche organisiert werden können.

Die Idee von FISnet ist es, genau diesen pflegenden Angehörigen ein Dienstleistungspäckchen anbieten zu können, das all diese Leistungen beinhaltet und sie darüber hinaus so aufeinander abstimmt, dass dem Kunden die Aufgabe abgenommen wird, die einzelnen Leistungen und Dienste zu koordinieren und zeitlich und inhaltlich aufeinander abzustimmen. Nach Möglichkeit sollte der Kunde dieses Angebot einsetzen, noch bevor die kumulierten Probleme sich zu einer Belastungslage mit gesundheitlichen Folgen entwickeln. Hierzu ist es erforderlich, dass bestehende Gesundheitsdienstleistungen zu kooperativen Vernetzungsformen verbunden werden. Letztendlich sollen praxistaugliche Modellstrukturen komplexer Dienstleistungsangebote entwickelt und umgesetzt werden, unterstützt durch Gestaltungsmaßnahmen in den Bereichen Organisation, Technik und Qualifikation. Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit sind hierbei ebenso wesentliche zu beachtende Gesichtspunkte.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt des Projektes stellt die wissenschaftliche Erforschung der verschiedenen Netzwerke dar. Wie bilden sich diese Dienstleistungsnetzwerke? Was sind positive, was gegebenenfalls negative Einflussfaktoren bei interaktiven Netzwerken? Wie lässt sich eine erfolgreiche Koordination und Kooperation in Dienstleistungsnetzwerken gestalten? Welche Rolle können die Adressaten als Teil der interaktiven Dienstleistungsnetzwerke spielen? Diese und weitere Fragestellungen werden in den verschiedenen Arbeitstreffen und Foren untersucht und sollen zu einem Gesamtkonzept verdichtet werden.

Allein wenn die möglichen Probleme im Alter betrachtet werden, ergeben sich bereits vielfältige Einsatzmöglichkeiten für Psychologen innerhalb eines interaktiven Dienstleistungsnetzwerkes. Hierzu gehört beispielsweise die Unterstützung der Betroffenen beim Umgang mit nachlassenden körperlichen und geistigen Fähigkeiten, chronischen Schmerzen, eigenen schweren Erkrankungen, eigener Pflegebedürftigkeit oder der Pflegebedürftigkeit der Eltern, Krankheiten oder dem Tod des Lebenspartners beziehungsweise von Freunden. Auch eine Unterstützung bei dem Umgang mit einem negativ erlebten Austritt aus dem Berufsleben, dem anschließenden Fehlen von Aufgaben, Zukunftsplänen und Zielen sowie dem Fehlen des Gefühls, gebraucht zu werden, wichtig zu sein, ist ein potenzieller Ansatzpunkt für die Unterstützung durch Psychologen innerhalb von FISnet. Da sich der Wegfall sozialer Kontakte, der möglicherweise

fehlende Kontakt zu den Kindern und Enkeln und die damit einhergehende Einsamkeit ebenso negativ auf das seelische Wohlbefinden der Betroffenen auswirken können wie eine geringe Rente und damit verbundene Existenzängste sowie ein Umzug in eine kleinere Wohnung, sind auch dies Punkte, an denen ein unterstützendes Eingreifen eines Psychologen im Rahmen von FISnet denkbar ist. Aber auch psychische Erkrankungen bei älteren Menschen wie zum Beispiel Verhaltensstörungen, Altersdepressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Alkoholsucht sowie Medikamentenabhängigkeit können Anlass zur direkten Beteiligung an den vorgesehenen kooperativen Dienstleistungen geben.

Ergänzend zu diesen offensichtlichen Aufgabenbereichen von niedergelassenen Psychologen, die oft im präventiven Bereichen, aber auch in lebensberatenden Funktionen tätig sind, sowie von Psychotherapeuten in den psychotherapeutischen Bereichen ergeben sich auch gute Mitwirkungsmöglichkeiten innerhalb der Netzwerke im Hinblick auf kooperative Dienstleistungsangebote in den bestehenden Tätigkeiten als Angestellte in Unternehmen, zum Beispiel in Personalabteilungen, sowie allen weiteren Bereichen, in denen Psychologen grundsätzlich tätig sein können und sind und welche im weitesten Sinne den Gesundheits- und Dienstleistungsbereichen zugeordnet werden können.

Wichtig bei der Beteiligung an den FISnet-Hilfenetzen ist, dass es dabei nicht primär um das Anbieten von eigenen Einzelleistungen geht, sondern dass diese Leistungen auf die jeweilige Problemlage zugeschnitten sind und in Abstimmung mit den weiteren an dem „Päckchen“ beteiligten Partnern erfolgen. FISnet will durch seine kooperativen Dienstleistungen nicht nur den psychologischen Umgang mit einer schwierigen persönlichen Lage verbessern, sondern auch die Probleme, die die Lebenssituation so schwierig machen, wenn möglich lösen oder zumindest durch Angebote und praktische Hilfen so weit verringern, dass sie sich nicht (mehr) negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Betroffenen auswirken.

Die flexible kooperative Zusammenarbeit in sich immer wieder neu konfigurierenden Netzwerken soll dabei zum Wohle der Adressaten, aber auch zum eigenen Nutzen der Serviceanbieter erfolgen.

4.1.6 Empfehlungen

Kooperative Netzwerke sind nur nachhaltig, wenn sie Strukturen zur Verfügung haben, die ihre Kooperation in inhaltlicher, administrativer und finanzierungstechnischer Hinsicht ermöglichen und fördern. Vor allem mit Blick auf die Finanzierung und Abrechnung kooperativer Angebote braucht es mehr Flexibilität in den bestehenden Strukturen, die zum Beispiel eine „kooperative“ Abrechnung von Leistungen durch die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung in Kombination mit betrieblichen und privaten Leistungen erlaubt.

Korrespondenzadressen

Dipl.-Psych. Christian Schulze

Fachbereichsleiter Gesundheit

Augsburger Volkshochschule – Augsburger Akademie e. V.

Willy-Brandt-Platz 3a

86153 Augsburg

Tel: (0821) 502 65 15

Fax: (0821) 502 65 18

E-Mail: chr.schulze@vhs-augsburg.de

www.vhs-augsburg.de

Agnes Bergmann, M. A.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät

Universitätsstraße 10

86159 Augsburg

Tel.: (0821) 598 52 81

4.2 EHRENAMT UND SOZIALES ENGAGEMENT

4.2.1 Zusammenfassung

Der Artikel wird durch zehn Thesen eingeleitet, die ehrenamtliches soziales Engagement kennzeichnen. Es gibt unterschiedliche Beweggründe für ein soziales Ehrenamt. Diese können individueller Natur sein. Die Motivation kann erworben sein durch Modelllernen in der Kindheit, durch Wertvorstellungen und durch die Unterstützung von Eltern und Bezugspersonen. Auch der intrinsische Belohnungscharakter spielt eine Rolle und die Erfahrung, dass für andere etwas zu tun, Freude bereitet. Andererseits schafft auch ein opportunes gesellschaftliches Handeln eine geeignete Atmosphäre. Das wird momentan besonders an der Willkommenskultur für die Flüchtlinge deutlich. Unterschiedliche Beweggründe und verschiedene Arten für ehrenamtliches soziales Engagement werden durch lebendige Berichte von ehrenamtlich Tätigen belegt. Der Artikel wird ergänzt durch Textausschnitte aus dem von der Verfasserin geschriebenen Buch.

4.2.2 Ehrenamtliches soziales Engagement

Ehrenamtliches soziales Engagement ist eine ausgezeichnete Möglichkeit, die Gesundheit von Engagierten im fortschreitenden Alter durch sinnstiftendes Tun zu unterstützen, ihre Flexibilität und Mobilität zu fördern, sie vor psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, zu schützen und gegebenenfalls sogar heilend zu wirken. Die Tätigkeiten können sich erheblich unterscheiden, dennoch haben sie auch vieles gemeinsam, wie zahlreiche Beispiele deutlich machen sollen.

4.2.3 Zehn Thesen

In zehn Thesen wird zunächst Grundlegendes zum Thema aufgeführt und anschließend durch Erfahrungsberichte belegt.

1. Soziales Eingebundensein ist ein menschliches Grundbedürfnis.

Bereits die Beobachtung von Neugeborenen zeigt, welch entscheidende Bedeutung die soziale Eingebundenheit für Menschen hat. Forschungen wie die Bindungstheorie von Bowlby belegen, dass eine gute Beziehung eines Säuglings zu seinen Bezugspersonen zu den Grundbedürfnissen des Menschen gehört und sein Leben entscheidend prägt (Neumann, 2002).

2. Gute soziale Beziehungen sind der Schlüssel für ein gesundes und glückliches Leben.

Sie beruhen auf Gegenseitigkeit und zeichnen sich aus durch Interesse am anderen, Gemeinsinn und Teilnahme. Wer in eine gute soziale Gemeinschaft eingebunden ist, wird vielfältig gestärkt. Er ist zugehörig und erlebt Freude in der Gemeinschaft, was wiederum seine Motivation anspornt, sich gerne zu engagieren.

3. Das soziale Ehrenamt beinhaltet freiwilliges Engagement ohne Gegenleistungen.

Doch ist es eine erwartete Ehre, die das Engagement attraktiv macht? Wohl kaum, denn Auszeichnungen erhalten nur wenige. Nicht einmal eine Anerkennung des Einsatzes ist selbstverständlich.

Im Gegenteil, man kann sogar in bestimmten Kreisen für dumm gehalten werden, wenn man etwas ohne Gegenleistung tut. Doch das ist eher selten. Vielmehr beweist die Flüchtlingskrise, dass in unserer Gesellschaft sehr viele ehrenamtliche Helfer ungefragt einen erstaunlichen Einsatz zeigen.

4. Ehrenamtlich Tätige haben unterschiedliche Beweggründe für ihr soziales Engagement.

Jeder fällt seine eigene Entscheidung, nicht wenige als Folge ihrer eigenen Erziehung und der Orientierung an Werten und manche aus einem Gefühl der Dankbarkeit für selbst erfahrene Unterstützung. Vorrangig scheinen es der Gemeinsinn und ein Verantwortungsgefühl für diejenigen zu sein, die einer Hilfe bedürfen, und dies verbunden mit Empathie und unterstützt durch das gesellschaftliche Bewusstsein, dass es opportun ist, zu helfen.

5. Länger andauerndes Engagement wird durch unterschiedliche Motivation aufrechterhalten.

Die intrinsische Motivation spielt eine bedeutende Rolle, ebenso das Erlebnis der Selbstwirksamkeit und die Freude an sinnvoller Tätigkeit. Hinzu kommen häufig Möglichkeiten der Kreativität und Selbstgestaltung sowie zeitliche Spielräume.

6. Eine bedeutende Rolle spielen die sozialen Kontakte mit Gleichgesinnten.

In kompetent geleiteten Teams sind diese eine Bereicherung. Konflikten in schwierigen Gruppen können freiwillig Engagierte entgehen, indem sie ihr Tätigkeitsfeld selbst auswählen.

7. Ehrenamtliches Tätigsein für Kinder ist attraktiv und bietet Chancen für besondere Erfolgserlebnisse.

Kinder zeichnen sich durch spontane Kontaktaufnahme und Anhänglichkeit aus. Ihre natürliche Dankbarkeit für Zuwendung sowie ihre Begeisterung für Spaß und Spiel erzeugen Glücksgefühle. Der Umgang mit schwierigen Kindern kann für pädagogisch und psychologisch Erfahrene eine besondere Herausforderung sein.

8. Ehrenamtliches Engagement ermöglicht aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen und gegebenenfalls auch politische Einflussnahme.

Man kann Einfluss auf Politik und Gesellschaft nehmen, wenn die Institution, in der man ehrenamtlich tätig ist, in Netzwerke eingebunden ist und auch politisch tätig ist..

9. Ehrenamtliches soziales Engagement verhindert Einsamkeitsgefühle, Langeweile, Lebenssinnkrisen, Depression und Schlafstörungen, insbesondere bei Ruheständlern.

Es verhilft ihnen zu einem guten Gewissen und entlastet sie von Schuldgefühlen, wenn sie nicht nur Nehmende, sondern auch Gebende sind. Forschungen belegen, dass Menschen, die über längere Zeit nicht mehr ausreichend gefordert sind, gesundheitliche Einbußen erfahren.

10. Soziales Ehrenamt kann ein Beitrag zur Gewaltprävention, zur Völkerverständigung und für den Frieden sein.

Nahezu alle Thesen werden durch die vielfältigen Projekte der Bürgerstiftung Hamburg mit Hunderten von ehrenamtlich Tätigen bestätigt, ferner durch „Seniorpartner in School (SiS)“. SiS, das speziell für ältere sozial Interessierte konzipiert worden ist, wird gleich zu Beginn vorgestellt werden und die Bürgerstiftung Hamburg am Ende des Beitrags.

4.2.4 Erfahrungsberichte

Inge Maria Dinse, die Leiterin des Hamburger Landesverbandes SiS, stellt das Konzept in einen gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang. Sie betont sowohl die Bedeutung des Projektes für die Älteren als auch für die Jungen und nicht zuletzt für die Gesellschaft. Sie berichtet: „Seniorpartner in School (SiS) e. V. ist ein generationsübergreifendes Projekt für Menschen der Generation 55+. Seniorpartner in School e. V. bildet interessierte und geeignete Menschen in der dritten Lebensphase zu ehrenamtlichen Schulmediatoren aus. In Kooperationen mit Schulen helfen wir Schülern, ihre Konflikte einvernehmlich auf der Basis von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung zu lösen. Gegenwärtig sind annähernd 1.000 ehrenamtliche Seniorpartner in etwa 250 Schulen im Bundesgebiet tätig. Mit unserem generationsübergreifenden Projekt leisten wir einen nachhaltigen Beitrag zur Gewaltprävention. Es umfasst zwei globale Lebensalter und kann sich so mittelfristig auf alle Schichten der Bevölkerung auswirken. Für die Jugend ergeben sich Gewinne an sozialen beziehungsweise kommunikativen Kompetenzen, in der Akzeptanz von kulturellen Unterschieden und im Umgang mit Konflikten. Zugleich lernt diese Generation früh freiwilliges soziales Engagement kennen und ansatzweise zu verinnerlichen. Für den einzelnen Senior wird ein höheres Maß an Erfüllung, Vitalität und Gesundheit erreichbar.“

Ähnlich wie die zahlreichen pensionierten Lehrkräfte bei SiS engagieren sich pädagogische „Ruheständler“ auch bei der Bürgerstiftung, wie Birgit Niedlich in dem Newsletter „Rückenwind“ 2/2014 erläutert: „Nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben wollte ich mein Know-how nutzen, um mich für das Gemeinwohl einzusetzen. In meine ehrenamtliche Tätigkeit als Leiterin der AG Freiwilligenmanagement und als Mitglied der AG Evaluation kann ich meine langjährige Berufserfahrung als Schulleiterin bestens einbringen und mich für benachteiligte Kinder und Jugendliche und für Chancengerechtigkeit in Hamburg engagieren.“

Das Gleiche gilt für „STEP“-Trainerinnen und Trainer. „STEP“ (Dinkmeyer, McKay, Dinkmeyer, Dinkmeyer & McKay, 2016), das systematische Training für Eltern und Pädagogen, leistet Bedeutendes für wertschätzende Kommunikation beim Umgang mit Kindern in den Familien, in Kitas und in Schulen. Steffi Schöps, eine ehemalige Kindertagesstättenleiterin, berichtet stellvertretend für viele „STEP“-Kursleiterinnen: „Auch ich habe mir Gedanken darüber gemacht, wie ich wohl nach meiner Erwerbstätigkeit einen Beitrag für Kinder, Eltern und Pädagogen leisten und meine erworbenen Fähigkeiten einbringen kann. Profitieren sollten beide: auf der einen Seite die Erziehenden und Kinder, auf der anderen Seite ich, mit dem Gefühl, dass ich gebraucht werde. Was lag da eigentlich näher, als etwas dort zu tun, wo ich meine Fähigkeiten und mein Wissen einbringen kann? Die Erfahrungen aus meiner Kita-Leiterin-Tätigkeit helfen mir, mich in Eltern hineinzufühlen, sie zu begleiten, damit sie wertschätzend, liebevoll und konsequent mit ihren Kindern umgehen und den Alltag stressfreier gestalten, desgleichen die Erzieherinnen und Erzieher. Die Bestätigung der Erziehenden nach einem Kurs zeigt mir immer wieder, dass mein eingeschlagener Weg der richtige ist. Wichtige Argumente, ehrenamtlich zu arbeiten, sind für mich:

- *Ich habe eine Verpflichtung.*
- *Ich habe ein positives Gefühl, denn ich werde gebraucht.*
- *Ich bekomme Bestätigung für meine Arbeit.*
- *Ich kann mein Wissen und meine Erfahrungen an junge Menschen weitergeben.*
- *Ich trage auch Verantwortung.*

Es spielt für mich keine wesentliche Rolle, ob ich zu viel meiner Zeit investiere. Mir macht es Spaß und Freude, Kinder glücklich zu erleben, indem ich Erwachsene berate, damit sie neue Wege in der Erziehung der Kinder kennenlernen und sie sicher gehen können. Ich bin der Meinung, dass ein Kind es verdient, zufriedene und glückliche Erziehende zu erleben. Erst dann werden die Flügel der Kinder genährt, beginnen, kräftig zu schlagen, und sie beginnen, ihre Welt zu erforschen. Wenn ich durch „STEP“-Kurse und ehrenamtliche Tätigkeit das erreiche, dann weiß ich, dass ich das Richtige tue.“

Auch der Bericht von Maren Kohs über ihre ehrenamtlichen Tätigkeiten vermittelt Herzenswärme: „Ehrenamtlich tätig sein? Ja, natürlich! Schon in der Schule habe ich gerne freiwillig gearbeitet, ob als Klassensprecherin oder als Schulsprecherin. Später war ich jahrelang ehrenamtlich im Vorstand des Kindergartens meiner Söhne tätig. Viele Jahre habe ich aktiv in der Nachbarschaftshilfe mitgearbeitet, für alte und hilfebedürftige Nachbarn eingekauft, geputzt oder nur ein bisschen geklönt, immer mit sehr viel Freude und Engagement. Es macht einfach Spaß, sich einzubringen, etwas zu bewegen und nicht nur zuzuschauen.

Deshalb war es für mich auch Ehrensache, im Frauenhaus zu helfen. Ehrenamtlich habe ich dort einen „STEP“-Elternkurs für die Bewohnerinnen gegeben.

Als ich im November mit dem Kurs begonnen habe, hatte ich eine Vorstellung, wie der Kurs laufen soll. Ich wusste, dass ich auf Mütter treffen werde, die sehr jung sind und schon viele schlechte Erfahrungen in ihrem Leben gemacht haben, Mütter, die sehr oft aus problematischen Ursprungsfamilien stammen, in denen vielleicht schon seit vielen Jahren Familienhilfe seitens des Jugendamtes besteht.

Da ich schon vor ein paar Jahren als Tagesmutter mit dem Frauenhaus zusammengearbeitet hatte, wusste ich auch, dass die Kinder noch sehr jung sein werden, sodass die Probleme mit Fehlverhalten der Kinder noch nicht bestehen. Ich wollte die Mütter für die Zukunft sensibilisieren. Die jungen Mütter wurden mit jedem Treffen offener und interessierter. Sie haben im Laufe des Kurses ihre Einstellung zu ihren Kindern und manchmal auch zu ihren Eltern geändert. Ich glaube, das „STEP“-Elterntraining hat ihnen geholfen, ihre Kinder in Zukunft besser zu verstehen, um eine tragfähige, wertschätzende und liebevolle Beziehung zu ihren Kindern aufbauen zu können. Dieses Elterntraining hat mir sehr viel Spaß gemacht und es mir ermöglicht, meine Perspektive zu ändern und „STEP“ auch auf einem anderen Weg vermitteln zu können.“ Weitere Beispiele sozialen Ehrenamtes finden sich in dem Buch „Seniorenaufbruch – Glück für Alt und Jung – Clubs der Bildungsförderer – Deutschlands Zukunft“ (Halbrock, 2013). Ich habe es eigens geschrieben, um Senioren die vielfältigen Möglichkeiten des sozialen Engagements mit praktischen Beispielen aufzuzeigen. Ein Beitrag mag stellvertretend für viele Projekte stehen. Welches Glück Kinder für Senioren bedeuten, die sich voll und ganz für sie einsetzen, erfahren wir durch die beeindruckende Reportage „Joaquims wilde Reiter“ von Christine von Schwind. Wir lesen die begeisterten Worte des über Siebzigjährigen, von Parkinson geplagten Senior Joaquim: „Wenn du ein Kind glücklich machst, macht es dich glücklich!“ Zusammen mit seiner Gattin gelingt es ihm, über 100 mexikanischen Straßenkindern Vertrauen und Selbstbewusstsein zu geben, indem er jedem Jugendlichen ein eigenes Pferd schenkt, sodass er durch intensives Training Spitzenleistungen vollbringen kann. Auch in Deutschland sind kreativen Ideen keine Grenzen gesetzt, wie die zahlreichen Vorschläge im Seniorenbuch verraten. (Halbrock, 2013, S. 23) Weitere unterschiedliche Berichte belegen die Bedeutung von ehrenamtlichem sozialen Engagement für den Einzelnen und für die Gesellschaft.

Eine 58-jährige Psychotherapeutin erinnert sich: „Meine Geschwister und ich sind mit ehrenamtlichen Tätigkeiten aufgewachsen, wobei unsere Eltern uns Vorbild waren. Wir machten Freiwilligenarbeit beim Babysitten und halfen in der Landwirtschaft bei Nachbarn und Verwandten. In der Jugendarbeit habe ich Gruppen geleitet. Während meines Studiums waren für mich das Leiten von Gruppen für geistig Behinderte sowie das Leiten von Kinder- und Jugendfreizeiten selbstverständlich. Kürzlich hatte ich an einem Sonntag ausnahmsweise freie Zeit und brachte Kleidung von meinem Mann in die Kleiderkammer für Flüchtlinge. Da spürte ich Lust mitzumachen. Die gute Stimmung der ehrenamtlich Tätigen war vielleicht der Auslöser dafür. Alles war in der Kleiderkammer so gut organisiert.

Freundlicher Umgang und sinnvolles Tun ließen die Stunden wie im Fluge verstreichen. Am Abend auf dem Weg nach Hause fühlte ich mich beschwingt und frei von Stress. Ich erlebte ein freudiges Erinnern an meinen Vater und sein fröhliches Pfeifen bei seinen ehrenamtlichen Tätigkeiten.“

Diese lebendige Schilderung zeigt, wie bereichernd ehrenamtliche soziale Tätigkeiten schon für Kinder sind und dass sie im Erwachsenenalter oft wieder aufleben. Dass sie sogar dabei helfen können, Lebenskrisen zu durchstehen, erfahren wir von einer 45-jährige Patientin: „Geholfen hat mir von Kindesbeinen an, dass ehrenamtliches Engagement in unserer Dorfgemeinschaft selbstverständlich war. Jeder vertrauensvolle, ehrbare Bürger, sei es ein Lehrer, Landwirt oder Arzt, übernahm ehrenamtlich Aufgaben. Es galt als Ehre, sich für das Gemeinwohl zu engagieren und spontan dem Nächsten zu helfen. Während meiner psychischen Erkrankung half mir mein Einsatz für andere, nach vorne zu schauen. Die Ablenkung von eigenen Problemen weitet den Blick, Erfolge, die ich für andere erringe, machen mich zuversichtlich. Das freiwillige Engagement für andere fußt auf der eigenen Willensentscheidung und spielt auch heute noch eine Rolle in meinem Leben, welches ich jetzt weitgehend gesund und selbstbestimmt führe. Mein Engagement für andere, hat mir geholfen, in Krisen standzuhalten. Ich bin dadurch gestärkt und bereichert worden.“

Auch der nachfolgende, verkürzte Bericht von Heinz Peper belegt einen frühen Beginn ehrenamtlicher Tätigkeit und beleuchtet viele weitere Aspekte des sozialen Engagements. Peper hat besonders die nächste Generation im Blick. Er verdeutlicht die positive Einflussnahme auf Jugendliche, die sich – dank seines Vorbildes – ehrenamtlich engagieren und mit sozialen Kontakten und neuen Freunden belohnt werden: „Schon während meines Biologiestudiums habe ich ehrenamtlich in einer Umweltschutzgruppe mitgearbeitet. Wir haben uns gemeinsam für den Naturschutz eingesetzt und Einführungsseminare für Studienanfänger in Ökologie und Umweltschutz durchgeführt, was damals noch nicht im Studium angeboten wurde. Das gemeinsame Engagement hat uns damals zusammengeschweißt, und es bestehen bis heute dadurch Freundschaften.

Als ich später eine Stelle in der Umweltbildung beim Naturschutzbund Hamburg erhielt, habe ich unter anderem viele Führungen für Kindergartenkinder und Schüler durchgeführt. Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen hat mir sehr viel Freude bereitet. Deshalb habe ich eine Naturschutzjugend-Kindergruppe gegründet. Diese Gruppe, genannt ‚Die Eisvögel‘, besteht jetzt seit über 15 Jahren. Für den Bestand der Gruppe war es immer von Bedeutung, dass die Kinder und später auch die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mich als Bezugsperson hatten. Wenn ich an die lange Zeit zurückdenke, erfreut es mich immer wieder, wie engagiert sich die Kinder beziehungsweise Jugendlichen trotz knapper Freizeit ehrenamtlich für die Natur eingesetzt haben. Dies zeigt, wie wichtig diese Jugendarbeit ist, nicht nur für die Natur, sondern auch für die Jugendlichen selber. Die soziale Komponente spielt bei dieser Gruppenbetreuung

eine wesentliche Rolle. Es sind im Laufe der Zeit Freundschaften und sogar Beziehungen entstanden, und die Jugendlichen haben sich auch privat getroffen.

Inzwischen bin ich in Rente gegangen, aber ich werde diese Jugendgruppe auch weiterhin ehrenamtlich betreuen. Von diesem Engagement profitieren nicht nur die Umwelt, sondern auch die Jugendlichen und die Betreuer. In der Gruppe sieht man die Erfolge, hat Spaß an Projekten, lernt, kleinere Rückschläge wegzustecken und vor allem dass man gemeinsam mehr erreichen kann. Für mich selber kann ich sagen, dass ich mit den Jugendlichen jung bleibe und sie durch die gemeinsame Arbeit auch viel besser verstehe. Erfreulich ist ebenfalls, dass einige von ihnen inzwischen als Multiplikatoren im Naturschutz tätig sind und auch in anderen Gruppen ehrenamtlich arbeiten.“

Wie sehr Ehrenamt und soziales Engagement miteinander verwoben sind, das Leben bereichern und ihm einen Sinn geben, kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen. Als Hochbetagte muss ich zwar altersbedingte Einschränkungen meiner Leistungsfähigkeit hinnehmen, doch umso dankbarer bin ich, dass ich noch zum Wohle der Kinder und ihrer Bezugspersonen tätig sein kann. Infolge meines Engagements plagen mich weder Verstimmungen noch Schlafprobleme, wie sie unter Senioren verbreitet sind (Hell, 2015). Über Depressionen und Schlafstörungen von Ruheständlern wundere ich mich jedoch nicht, allerdings darüber, dass Ärzte ihnen unbedenklich Antidepressiva und Schlafmittel verschreiben, so die Angaben in der 3Sat-Sendung am 10. März 2016 „Tod auf Rezept“ und in der anschließenden Diskussionsrunde bei Gert Scobel. Weder am 10. März noch bei der Fernsehsendung „Visite“ am 29. April 2016 kamen Experten auf die Idee, den Deprimierten und den nächtlich Ruhelosen ehrenamtliches Tätigsein vorzuschlagen, damit diese ihre brachliegenden Energien tagsüber sinnvoll einsetzen, Freude an Erfolgserlebnissen haben und auf natürliche Weise müde werden.

In meiner Familie war ehrenamtliches soziales Engagement selbstverständlich und wurde von unserer verwitweten Mutter bewusst gefördert. Gemeinsinn wurde uns Kindern als erstrebenswerte Tugend und als ethischer Wert vermittelt. Er hat mich mein ganzes Leben begleitet. Ich erinnere mich an einem eiskalten Winter. Bei Bekannten in unserer Straße war die Wasserleitung eingefroren. Mein Unterricht in der fünften Klasse begann um acht Uhr. Trotzdem bereitete es mir Freude, den älteren Damen noch vor der Schule frisches Wasser mit meinem Schlitten zu bringen.

In meinem späteren Leben war es für mich selbstverständlich, dort anzupacken, wo ich Beiträge leisten konnte, so viele Jahre im Bund für Kinderschutz. Als alleinerziehende Mutter habe ich 1972 den Verband Alleinerziehender Mütter (VAM) mitbegründet und Jahrzehnte als stellvertretende Vorsitzende geleitet. Von Anfang hatte ich vorrangig ein Ziel, das mir bis zum heutigen Tage wichtig ist, nämlich die Alleinerziehenden in Erziehungsfragen zu unterstützen, um ihr Leben und besonders das ihrer Kinder zu erleichtern. Zunächst habe ich Seminare organisiert, später ein Elternkonzept mitentwickelt und unentgeltlich Elternkurse gegeben. Heute favorisiere ich das ausgezeichnete „STEP“-Elterntraining und unterstütze es finanziell über die „Gudrun Halbrock Stiftung zum Wohle der Kinder“.

Auch für politische Einflussnahme in puncto Erziehung engagiere ich mich durch Eingaben, Stellungnahmen, Berichte, Vorträge (Halbrock, 2015) und last not least durch das Schreiben von Büchern (Halbrock, 2013). Bei meinem Engagement geht es mir vor allem um das Wohl der Kinder, die in unserer Gesellschaft noch immer benachteiligt sind und zusätzlich unter inkompetenter Erziehung durch ihre Bezugspersonen leiden müssen.

Darum liegt es mir am Herzen, die Erziehungskompetenz der Eltern, Erzieherinnen, Erzieher und Lehrkräfte zu unterstützen. Diese Ziele meines Engagements bewahren mich bei den dauernden Negativmeldungen durch die Presse vor Hoffnungslosigkeit und Depressionen. Es tröstet mich die Gewissheit, dass zukünftige Politiker und Entscheidungsträger verantwortungsbewusst und friedentiftend handeln werden, wenn sie durch sozial kompetente Bezugspersonen wertschätzend erzogen worden sind und sich den Gemeinnsinn zu eigen gemacht haben. Dass meine Hoffnungen berechtigt sind, erfahre ich immer wieder durch positives Feedback. Sowohl Eltern als auch Erzieherinnen, Erzieher und Lehrkräfte bestätigen mir, wie sehr ihnen ein „STEP“-Trainingskurs geholfen hat, wertschätzende Kommunikation mit ihren Kindern, Partnern und Kollegen zu praktizieren. Klaus Hurrelmann, der das „STEP“-Trainingskonzept im Rahmen der Präventionsforschung für das Bundesministerium für Bildung und Forschung untersucht hat, fordert, dass alle Eltern beim Eintritt ihrer Kinder in die Kita und in die Grundschule zu einem „STEP“-Elterntraining verpflichtet werden (Dinkmeyer, McKay, Dinkmeyer, Dinkmeyer & McKay, 2016). Um seiner Forderung presserwirksam Nachdruck zu verleihen, habe ich, meinen neunzigsten Geburtstag Anfang Juni 2016 mit 90 Kindern gefeiert, deren Eltern, Erzieherinnen und Erzieher das „STEP“-Elterntraining besucht haben und die diese Methoden täglich anwenden.

Zum Abschluss soll die Bürgerstiftung Hamburg zu Wort kommen. In ihrem Jahresbericht bringt die Bürgerstiftung Hamburg (2014, S. 18) zum Ausdruck, was ehrenamtliches soziales Engagement für die Ehrenamtlichen, für die Begünstigten und für unsere Gesellschaft bedeutet. Unter der Überschrift „Schwerpunkt Engagement Mitsprache und Mitwirkung von Ehrenamtlichen“ erfahren wir Folgendes: „Die meisten Engagierten – sowohl Ruheständler als auch Berufstätige – finden sich als die zentralen Akteure in den großen ehrenamtlichen Projekten der Bürgerstiftung Hamburg: als Vorleserinnen für ‚LeseZeit‘ als Mentorinnen für ‚Yoldas‘ oder als Rechtsberaterinnen für ‚Guter Rat vor Ort‘. Dieses Engagement von Hamburgern für Hamburg ist nicht nur Ausdruck gelebter Solidarität, auch die Ehrenamtlichen nehmen dabei immer etwas für sich mit: sinnstiftendes Handeln und Begegnung mit anderen. Die besondere Qualität des Ehrenamtes ist dabei der bereichernde Brückenschlag zwischen Menschen, die sich in ihrem Alltag eher nicht begegnen würden. So entsteht Zusammenarbeit über vorhandene Unterschiede in unserer Gesellschaft hinweg, im Sinne des Leitsatzes der Bürgerstiftung Hamburg: ‚Menschen verbinden – Zukunft stiften‘.“

4.2.5 Empfehlungen

Ehrenamtliches soziales Engagement sollte in unserer Gesellschaft ein nicht zu diskutierender ethischer Wert sein. Bereits in den Familien, Kitas und Schulen sollte es selbstverständlich sein, dass praktizierter Gemeinnsinn bei Kindern und Jugendlichen gefördert wird und so der Ellbogenmentalität, der Genussucht, dem Konsumzwang und der Verschwendung von Ressourcen entgegengesteuert wird. Ruheständler sollten weit mehr als bisher für soziales Ehrenamt gewonnen werden. Noch sind diese Chancen für unsere Gesellschaft nicht wirklich erkannt und noch keine geeigneten Konsequenzen gezogen worden.

Statt lediglich von der Wirtschaft Lösungen zu erwarten, sollte das ehrenamtliche soziale Engagement intensiv gefördert werden und in Zeiten der Ressourcenverknappung und der Globalisierung Fundamente für den Frieden in der Welt und das Fortbestehen unserer Erde gelegt werden.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Gudrun Halbrock

Gustav-Leo-Str. 14

20249 Hamburg

Tel.: (040) 47 85 69

E-Mail: g.halbrock@gmx.de

www.kinder-hh.de

4.3 PALLIATIVVERSORGUNG, HOSPIZ, STERBEN

4.3.1 Zusammenfassung

Während Tod und Sterben durch Palliativ- und Hospizarbeit in der Medizin immer mehr Beachtung finden, wird das Thema in der psychologischen Lehre und Forschung noch vernachlässigt. Demgegenüber lässt sich die Definition der World Health Organization (WHO) von Palliative Care als Psychologisierung der Medizin lesen. Da die Palliativversorgung stark auf onkologische Erkrankungen ausgerichtet ist, braucht es eine Erweiterung für die Belange alter Menschen, etwa hinsichtlich Multimorbidität und Demenz. Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wird insbesondere für Sterbende in Pflegeeinrichtungen bessere Versorgungsbedingungen schaffen. Der Psychologie kommt allerdings nicht der Stellenwert zu, der notwendig wäre. Die Würdezentrierte Therapie (Dignity Therapy) ist ein Beispiel für spezifische psychologische Forschung und Anwendung im Palliativbereich.

4.3.2 Einführung

Das letzte Kapitel dieses Bandes über „Altern und Gesundheit“ widmet sich folgerichtig dem Lebensende, dem Sterben. Denn auch eine gesunde, aktive und ausgefüllte Phase des Alters endet letztlich mit dem Tod. Die Mehrzahl der Sterbenden in Deutschland ist alt – im Jahr 2014 waren 84 Prozent der Verstorbenen über 65 Jahre alt¹ (Statistisches Bundesamt, 2016). Das Sterben, das Sich-Beschäftigen mit dem Tod, das Regeln letzter Dinge ist seit jeher ein Altersthema, und dies ist wohl auch heute noch so. Was sich aber verändert hat, ist der Sterbeort. Während vor 100 Jahren überwiegend zu Hause gestorben wurde², ereignet sich der Tod heute im Pflegeheim (30 bis 40 Prozent) oder im Krankenhaus (ca. 50 Prozent) und eben nicht zu Hause (zehn bis 20 Prozent) (Dasch, Blum, Gude & Bausewein, 2015; George & Banat, 2015), obwohl dies immer noch der Wunsch der meisten ist. Nachdem das Sterben immer mehr aus der Gesellschaft ausgeklammert, dem direkten Erleben der Familie entzogen, aber auch in den Institutionen als unerwünschtes „Versagen“ empfunden wurde, formierten sich Gegenbewegungen. Mit Elisabeth Kübler-Ross (1971) haben Sterbende wieder eine Stimme in der Medizin erhalten, mit Cicely Saunders (1965) wurden entsprechende medizinische Versorgungskonzepte entwickelt – von einer adäquaten Schmerztherapie und Symptomkontrolle über die menschliche Zuwendung bis hin zur strukturellen Verankerung in Form von Hospizen, Hospizdiensten und Palliativstationen.

In der Psychologie werden der Tod und das Sterben allerdings immer noch kaum berücksichtigt. Im Studium kommt das Thema kaum vor, und es gibt auch nur wenig genuin psychologische Forschung, die sich dem Prozess des Sterbens, den damit einhergehenden Dynamiken im Familiensystem oder spezifischen palliativpsychologischen Interventionsmöglichkeiten widmet. Dies ist eigentlich verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die Entwicklungspsychologie den Menschen als stetig im Prozess befindlich begreift, dass die Persönlichkeitspsychologie die Individualität und die Vulnerabilität des Menschen beschreibt und dass die Sozialpsychologie um den Stellenwert des Eingebundenseins in eine Gemeinschaft weiß. All dies hört ja mit dem Altsein nicht auf, die Entwicklung reicht bis in den Tod hinein, das Sterben vollzieht sich höchst individuell, und der Sterbende muss sich von der Familie lösen, die wiederum mit

dem Verlust zurechtkommen muss. Auch Kognitions-, Emotions- und Motivationspsychologie befassen sich mit Prozessen, die beim Sterben einen zentralen Stellenwert innehaben – seien es Entscheidungsfindung, Krankheitsverarbeitung, Umgang mit Einschränkungen oder Trauer.

4.3.3 Palliative Care – eine Definition

Die Definition der WHO von Palliative Care lautet (WHO, 2002):

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene.“³

Die WHO-Definition impliziert eine Menge psychologischer Konzepte: Fördern von Lebensqualität geht mit einer Bedürfnis- und Ressourcenorientierung und einer Ausrichtung auf die Subjektivität des Patienten einher. Die Gleichstellung von Patienten und Angehörigen beschreibt ein systemisches Behandlungsverständnis⁴. Der Fokus auf sorgfältige Symptombehandlung erfordert eine Haltung des Mitgefühls und auch Selbstreflexion seitens der Behandler, denn diese müssen zwischen medizinisch Machbarem und eigenen Wertvorstellungen einerseits und dem Patientenwillen beziehungsweise der Familiendynamik andererseits differenzieren. Das Begleiten von Entscheidungsfindungsprozessen erhält hierbei ein großes Gewicht. Das Einbeziehen der psychosozialen und spirituellen Dimension führt zu einem bio-psycho-sozio-spirituellen Ansatz, der sowohl Introspektion als auch die Fähigkeit zur Arbeit im multiprofessionellen Kontext erfordert. In der gesamten Definition kommt der zentrale Stellenwert von Kommunikation zum Ausdruck, denn diese ist Voraussetzung für eine patienten- und angehörigenorientierte Behandlung sowie für eine funktionierende Teamarbeit.

In Anbetracht der Fülle psychologischer Konzepte könnte man die Entwicklung von Palliative Care auch als „Psychologisierung der Medizin“ bezeichnen. In den Weiterbildungsgängen für Palliative Care und Palliativmedizin nehmen Kommunikation und Selbstreflexion dementsprechend viel Raum ein. Dem steht jedoch entgegen, dass die Berufsgruppe der Psychologen in der Palliativversorgung kein so großes Gewicht hat.

4.3.4 Palliativversorgung in Deutschland

Im Vergleich zu England, den USA und Kanada begann die Geschichte der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland verzögert, was durchaus im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg beziehungsweise der nationalsozialistischen Vergangenheit gesehen werden kann: Möglicherweise waren Tod und Sterben zu stark mit eigenen Traumata, Scham- und Schuldgefühlen beladen (Heller, Pleschberger, Fink & Gronemeyer, 2012, S. 49 ff.).

Lässt man die vergangenen Jahre im Rückblick vor dem geistigen Auge vorüberziehen, so fallen folgende Meilensteine auf: Seit dem Jahr 2007 hat jeder Sterbende das Recht auf ambulante häusliche Palliativversorgung (SAPV-Gesetz), mit dem sogenannten Patientenverfügungsgesetz wurde 2009 der Stellenwert des Patientenwillens – vor allem in Hinblick auf ein würdiges Sterben – verankert, im selben Jahr

wurde Palliativmedizin als Querschnittsfach im Medizinstudium etabliert (was zukünftige Ärzte sensibler für die Belange Sterbender werden lassen sollte), 2010 wurde die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ formuliert, und im Jahr 2015 beschloss der Bundestag sowohl das sogenannte Sterbehilfegesetz als auch das „Gesetz zur Stärkung der Palliativ- und Hospizversorgung“ (HPG)⁵.

Dies sind alles gesellschaftliche Entwicklungen, die ohne Hospizbewegung, ohne Palliativexperten wohl kaum stattgefunden hätten. Insbesondere das HPG wird sich positiv auf die Sterbesituation alter Menschen auswirken, denn einige der Formulierungen beziehen sich explizit auf Pflegeeinrichtungen.

In Hinblick auf die psychosoziale Versorgung Sterbender muss allerdings festgestellt werden, dass im HPG neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung zwar die ehrenamtliche Hospizarbeit gestärkt wird, die professionelle psychosoziale Versorgung Sterbender jedoch kaum davon berührt wird.

Diese steht bislang auf dünnen Beinen: Für die Abrechnung palliativmedizinischer Komplexbehandlung müssen auf Palliativstationen pauschal sechs Wochenstunden pro Patient durch andere Berufsgruppen als Arzt oder Pflege erbracht werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, 2016)⁶.

Für Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, Physiotherapeuten, Musik- oder Kunsttherapeuten gibt es keine gesetzlichen Regelungen hinsichtlich Erforderlichkeit, Stellenschlüssel oder Vergütung.

Ambulante Palliativteams sind mit Ärzten und Pflegekräften meist biprofessionell zusammengesetzt (Wunder, 2010), die anderen Berufsgruppen sollen im Rahmen der „multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem“ (GKV-Spitzenverband, 2012, Kapitel 4.2) hinzugezogen werden. Dieses Netzwerk stellt aber weitgehend lediglich ein Konstrukt dar, denn es gibt keine selbstständig arbeitenden Sozialarbeiter und keine Palliativpsychologen. Und niedergelassene Psychotherapeuten sind in der Regel weder zeitlich noch örtlich flexibel genug, um Sterbende und deren Angehörige zu Hause zu besuchen; darüber hinaus sind sie auch nicht palliativ ausgebildet. Hospize sind pflegerische Einrichtungen und verfügen ebenso wie andere pflegerische Einrichtungen manchmal über Sozialarbeiter, aber in der Regel nicht über Psychologen.

4.3.5 Palliativversorgung bei alten Menschen

Entsprechend der Altersstruktur bei Sterbenden werden überwiegend ältere Menschen in die Palliativversorgung aufgenommen. Die meisten der in die Palliativversorgung aufgenommenen Patienten leiden an onkologischen Erkrankungen, was teils historische Gründe haben mag, teils aber auch daran liegt, dass die Krankheitsverläufe bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei Lungenerkrankungen oder bei demenziellen Erkrankungen wesentlich unvorhersehbarer sind und dadurch die Prognosestellung – und somit das Einschlusskriterium für die Aufnahme in die Palliativversorgung – hier viel schwieriger ist (Bükki & Bausewein, 2013). Ein Hauptcharakteristikum von alten Patienten ist Multimorbidität, oft verbunden mit Demenz. Das bedeutet, dass sich das Verständnis von Palliativversorgung erweitern muss, um den Bedarfen und Bedürfnissen alter Menschen gerecht werden zu können (Davies & Higginson, 2008). So muss geriatrisches Wissen um die Kommunikation mit Hochbetagten und mit dementen Menschen integriert, die Symptomkontrolle auf das komplexe Zusammenspiel chronischer und akuter Erkrankungen abgestimmt und die Behandlungsdauer viel weiter gefasst werden. Auch Trauer um Verluste (von Familien-

mitgliedern und Freunden, aber auch von Eigenschaften und Fähigkeiten) begleitet alte Menschen viel länger als jüngere Patienten, bei denen sich die palliative Phase oft „nur“ über Wochen oder Monate erstreckt und nicht über Jahre (Kojer & Heimerl, 2009). Für die adäquate Versorgung Sterbender in hohem Lebensalter ist es notwendig, dass auch außerhalb der Hospize und Palliativeinrichtungen mehr palliatives Wissen sowie entsprechende Versorgungsstrukturen verankert werden (DGP/DHPV, 2013).

An psychischen Störungen tritt vor allem Depression gehäuft auf, und auch hier braucht es mehr Wissen über die vielfältigen Erscheinungsformen im Zusammenhang mit Alter und Demenz (Jentschke, 2012). Ein besonderes Merkmal der heute über 65-Jährigen ist, dass diese der sogenannten Kriegskinder- und Nachkriegskindergeneration angehören. Die Erfahrungen von Zerstörung, Hunger, Gewalt, Flucht, Armut, Entbehrung und Vaterlosigkeit können am Lebensende wieder an Bedeutung gewinnen – insbesondere durch erneute existenzielle Bedrohung durch eine Erkrankung oder auch im Rahmen von Demenz. Radebold (2005) schätzt, dass etwa 30 Prozent der im Krieg aufgewachsenen Kinder unter lang anhaltenden oder dauerhaften Einschränkungen und Abwesenheit des Vaters zu leiden hatten und lang anhaltenden, sequenziellen und/oder kumulierenden potenziell traumatisierenden Situationen ausgesetzt waren. Das Bindungsverhalten dieser Menschen kann durch diese Erfahrungen nachhaltig geprägt sein. Auch eine potenzielle Retraumatisierung oder Traumareaktivierung ist bei dieser Altersgruppe grundsätzlich in Betracht zu ziehen. Es kann aber wohl nicht davon ausgegangen werden, dass das Betreuungspersonal in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten oder Palliativteams durchgehend entsprechend geschult ist.

4.3.6 Würdezentrierte Therapie als beispielhafte Intervention

Von den psychologischen Konzepten und Interventionen, die im Palliativbereich Anwendung finden, soll an dieser Stelle die Würdezentrierte Therapie (WzT), englisch: „Dignity Therapy“, exemplarisch vorgestellt werden.

Die WzT wurde von Harvey M. Chochinov entwickelt (Chochinov, 2005). Aufgrund des zentralen Stellenwerts des Würdegefühls in der Sterbewunschforschung suchte er nach Möglichkeiten, die Würde von (demoralisierten) Sterbenden zu stärken. Zunächst entwickelte er ein Würde-Modell (Tab. 1, nach Schramm, Berthold, Weber & Gramm, 2014), indem er Patienten befragte, was ihre Würde stärkt und was ihnen Würde nimmt. Entgegen der oft geäußerten Ansicht, Würde sei eben höchst individuell und eher ein philosophischer Begriff als ein psychologisches Konstrukt, lässt sich Würde sehr wohl operationalisieren und in psychologischen Kategorien fassen.

Bezugnehmend auf die innerpsychischen Ressourcen (im Modell die „würdebewahrenden Perspektiven“) erstellte Chochinov einen Fragenkatalog, der in Form eines strukturierten Interviews eingesetzt werden kann. Mit den Fragen wird einerseits eine Art „Essenz der Persönlichkeit“ herausgearbeitet, andererseits aber auch dem Bedürfnis nach Generativität nachgekommen, indem Lebensweisheiten oder Ratschläge für die Angehörigen erfragt werden. Das Interview wird aufgezeichnet, transkribiert, editiert und in ausgedruckter Form dem Patienten vorgelesen, gegebenenfalls modifiziert und dem Patienten schließlich ausgehändigt. Dieses Dokument wird dann zu einer Hinterlassenschaft, wodurch es später durchaus von Bedeutung für den Trauerprozess der Angehörigen sein kann (McClement et al., 2007).

Würde – Hauptkategorien, Themen und Unterthemen		
Krankheitsbezogene Belange	Würde bewahrendes Repertoire	Soziale Würde
Unabhängigkeitsgrad Kognitive Verfassung Funktionelle Kapazität	Würde bewahrende Perspektiven • Selbst-Kontinuität • Aufrechterhaltung von Rollen • Generativität, Vermächtnis • Bewahrung von Stolz • Autonomie/Kontrolle • Hoffnung • Akzeptanz • Resilienz/Kampfgeist	Privatsphäre Soziale Unterstützung Pflegerische Grundhaltung Anderen eine Last sein
Symptombelastung Körperliche Belastung Psychische Belastung • Unsicherheit in medizinischen Fragen • Angst vor dem Tod	Würde bewahrendes Handeln • Leben im Hier und Jetzt • Aufrechterhaltung von Normalität • Bestreben nach spirituellem Wohlbefinden	Sorgen hinsichtlich unregelter Dinge in der Zeit nach dem Tod

Tabelle 1:

Das Würde-Modell von Chochinov (2005)

Da die WzT gleichermaßen die Patienten wie die Angehörigen betrifft, braucht es für die Durchführung systemisches Verständnis. In den Schilderungen der Patienten können auch durchaus Negativbotschaften an die Hinterbleibenden enthalten sein, oder es werden auch sehr schmerzhaftes Lebensereignisse geschildert, weshalb es psychologische beziehungsweise psychotherapeutische Kompetenz braucht, um diese Intervention durchzuführen.

4.3.7 Ausblick

Auch wenn die zentrale Bedeutung von Kommunikation für die Palliativversorgung allgemein anerkannt wird, so bezieht sich dies nicht unbedingt auf andere Bereiche psychologischen Wissens und auch nicht auf den Stellenwert von Psychologen. Es wäre wünschenswert, wenn psychologisches Wissen hier mehr Eingang findet und sich das Berufsbild des Palliativpsychologen etablieren könnte. Es wäre unzureichend, die Tätigkeit von Psychologen in der Palliativversorgung auf Psychotherapie zu reduzieren (Münch, Gramm, Jentschke & Mai, 2015). Wie anhand der WHO-Definition erläutert wurde, reicht das Spektrum psychologischer Tätigkeit von der Begleitung von Patienten über systemische Interventionen mit der Patientenfamilie respektive den Zugehörigen bis hin zur Unterstützung des Behandlungspersonals. Das Berufsbild des Palliativpsychologen entspricht daher eher dem des Gesundheitspsychologen. Regelungen zur Vergütung dieser Tätigkeit müssen dringend getroffen werden, um die psychologische Versorgung am Lebensende zu gewährleisten.

Weiterhin braucht es Finanzierungskonzepte, um die Praxis systemischer Versorgung des Patienten mit- samt seines Umfelds abbilden zu können.

Geriatrisches und gerontopsychologisches Wissen muss in Anbetracht des Anteils alter Menschen in der Palliativ- und Hospizversorgung ebenfalls weiter etabliert werden.

Seitens der akademischen Psychologie steht die Verankerung des Themas „Tod und Sterben“ in Lehre und Forschung noch aus. Die Psychologie, so scheint es, steht bezüglich des Lebensendes erst am Anfang.

- 1 Nach WHO-Definition beginnt das Alter mit dem 65. Lebensjahr. Aber auch wenn man ein höheres Alter ansetzt, bestätigt sich diese Aussage: 78 Prozent der Verstorbenen waren 2014 über 70 Jahre, 53 Prozent über 80 Jahre alt.
- 2 Vor hundert Jahren, im Jahr 1916, starben natürlich auch viele der Männer als Soldaten auf den Schlachtfeldern in Verdun und an der Somme.
- 3 Eine Anmerkung zur Begrifflichkeit: Das englische „Palliative Care“ meint mehr als „Pflege“, es beschreibt eher ein Umsorgen, das sowohl die Handlungs- als auch die Gefühlsebene umfasst. Insofern sind die deutschen Übersetzungen in „Palliativmedizin“ oder „Palliativversorgung“ unzureichend. Trotzdem wird sich Letztere durchsetzen; auch in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wird derzeit über eine Namensänderung diskutiert (Holitzner-Bade, 2015).
- 4 Der systemische Behandlungsansatz widerspricht allerdings weitgehend der Finanzierungslogik im deutschen Gesundheitssystem, denn die Krankenversicherungen kommen nur für die Behandlung des Patienten auf, für die Behandlung der Angehörigen sehen sie sich nicht zuständig.
- 5 Im Gegensatz zum HPG, das in die Versorgung Sterbender auf struktureller Ebene eingreift, ist das Sterbehilfegesetz (Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, § 217 StGB) mehr Ausdruck eines gesellschaftlichen Wertediskurses, bei welchem das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgekultur zum Ausdruck kommt.
- 6 Das betreffende Mindestmerkmal im Wortlaut (OPS 8–982 bzw. 8–98e): „Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens sechs Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen. (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)“ Dass Familiengespräche hier eingerechnet werden, ist schon bemerkenswert: Erstens reduziert sich dadurch, dass diese auch von Ärzten und Pflegekräften geführt werden können, die Zeit für die anderen Berufsgruppen. Zweitens wird offensichtlich die erforderliche psychologische Kompetenz unterschätzt, die für so manches Familiengespräch bei entsprechender Familiendynamik oder Konflikten unabdingbar ist.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Jan Gramm

Institut für Palliativpsychologie

Geleitsstraße 14

60599 Frankfurt am Main

Mobil: (0177) 845 39 44

E-Mail: jan.gramm@palliativpsychologie.de

5. EMPFEHLUNGEN

Empfehlungen an Gesellschaft und Mitbürger

- Alle – sowohl ältere als auch jüngere Menschen – sind aufgerufen, sich um ein realitätsbezogenes, positives Altersbild zu bemühen und Erwartungen an Ältere nicht bereits aufgrund des Lebensalters herunterzuschrauben.
- Älteren Menschen sollten keine Aufgaben abgenommen werden, die sie noch selber machen können – auch wenn sie ihnen vielleicht schwerfallen. Aber alle sollten dort helfend eingreifen, wo Hilfe benötigt wird. Das Motto lautet: Hilfe zur Selbsthilfe geben.
- Eine überbehütende Haltung schadet, weil Fähigkeiten verkümmern, wenn sie nicht geübt werden. Es gilt das Motto: sich selbst und andere zu Aktivitäten ermuntern und zu Unternehmungen motivieren.
- Bewegung, sportliche Betätigung, tägliche Gymnastik und gesunde Ernährung sind notwendig, um die Funktionsfähigkeit möglichst lange zu erhalten und gegen manche Krankheiten geschützt zu sein: Aktiv bleiben!
- Auch kognitive Fähigkeiten wollen gefordert werden! Neuem gegenüber aufgeschlossen und interessiert bleiben.
- Sich eine Aufgabe suchen, die Spaß macht und auch im hohen Alter das Leben als sinnvoll erleben lässt.
- Aktiv sein und bleiben heißt: auch soziale Kontakte pflegen!
- Ältere sollten sich über etwaige Krankheiten und Einschränkungen informieren und sich nicht mit ihnen unklar erscheinenden Diagnosen abfinden.
- Auch Ältere sollten alle Rehabilitationsmöglichkeiten ausschöpfen. Wirklich irreversible Einschränkungen hinnehmen, aber gleichzeitig nach den noch verbliebenen Möglichkeiten suchen und diese nutzen und entwickeln.

Empfehlungen an Verantwortliche in der Politik und im Gesundheitswesen

- Die altersfreundliche Gestaltung der Arbeit und der Umwelt muss intensiv ausgebaut werden.
- Die Themen „gesunde Ernährung“, „Stressbewältigung“ sowie „körperliche und kognitive Aktivitäten“ sind zentral zur Förderung von Gesundheit im Alter und müssen in der Prävention und in der Gesundheitsförderung intensiv bearbeitet werden.
- Eine verstärkte Förderung präventiver Maßnahmen ist notwendig. Wo es möglich ist, ist eine Aktivierung anstelle von Schonung und Ruhigstellung anzustreben.
- Die hinreichende medizinische Versorgung muss ohne Altersbeschränkungen gewährleistet sein und bleiben, auch bei bereits Pflegebedürftigen und in Heimen.

- Die Fortbildung aller Gesundheitsberufe in den Fächern „Gerontologie/Geriatrie“ und „Gerontopsychologie“ muss verstärkt werden. Im Hinblick auf die Kommunikation mit hochaltrigen Patienten gilt es, zu überzeugen, statt anzuordnen. Es bedarf der Fortbildung zur motivierenden Gesprächsführung, die die subjektive Krankheitsbewältigung und Verarbeitung stärkt und Betroffene positiv beeinflusst und zum Aufgreifen von Chancen ermuntert.
- Dem „subjektiven Gesundheitszustand“ ist mehr Beachtung zu schenken; nicht nur Grenzen und Begrenzungen, sondern auch noch verbliebene Möglichkeiten nennen und ermuntern, diese zu nutzen.
- Es gilt, zukünftig in stärkerem Maße das Rehabilitationspotenzial bei älteren Menschen zu erkennen und auszuschöpfen.
- Kooperative Netzwerke müssen nachhaltig sein und benötigen Strukturen, die ihre Kooperation in inhaltlicher, administrativer und finanzierungstechnischer Hinsicht ermöglichen und fördern. Bei der Finanzierung und Abrechnung kooperativer Angebote braucht es mehr Flexibilität und eine einfache Aufgabenteilung in der Kostenübernahme durch die relevanten Leistungsträger wie Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung und Betriebe.
- Weitere Forschung zur Entwicklung von Unterstützungsangeboten ist nötig, die auf die Förderung individueller, sozialer und beruflicher Ressourcen von Angehörigen abgestimmt sind.
- Zukünftig ist die stärkere Etablierung von Maßnahmen zur Erhaltung der Selbstständigkeit von Hochbetagten nötig. Dies kann auch durch Angehörige oder durch ambulante Pflege erfolgen.
- Eine breit angelegte Informationskampagne zur Veränderung von Einstellungen im Zusammenhang mit dem Altern ist notwendig. Der verbreiteten „Schonungshypothese“ muss entgegengetreten werden, und ältere Menschen sollten zu kognitiven und körperlichen Aktivitäten ermuntert werden.
- Das ehrenamtliche soziale Engagement muss intensiver gefördert werden, und auch sogenannte „Ruheständler“ sollten im Interesse der Förderung der Gesundheit der Allgemeinheit und der ehrenamtlich Tätigen selbst für ein soziales Ehrenamt gewonnen werden.

Empfehlungen an Entscheider und Gestalter in der Arbeitswelt und von Umweltbedingungen

- Nicht nur aus volkswirtschaftlicher Sicht sollten die vorhandenen Ressourcen aller möglichst lange erhalten und genutzt werden, dies sowohl bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters als auch bei der selbstbestimmten Gestaltung eines aktiven Ruhestands.
- Unternehmen und die Gesellschaft sollten Modelle entwickeln, wie ein schrittweiser Übergang in den Ruhestand gestaltet werden kann. Ein nahtloser Übergang von einer vollen Beteiligung im Arbeitsleben in ein Leben ohne Arbeitstätigkeit entspricht nicht den biologischen Gegebenheiten beim Älterwerden und auch nicht den Wünschen der meisten Beschäftigten.

- In Großunternehmen und perspektivisch auch im Bereich der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) gilt es, die komplexe Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter mittels Veränderungsmessungen zu erheben und für die Förderung des individuellen Entwicklungspotenzials zu nutzen.
- Eine wichtige Aufgabe von Psychologen besteht darin, das Individuum in seiner konkreten Arbeits- und Lebenssituation zu unterstützen und seine Selbstwirksamkeit zu stärken.
- Der strukturelle Ausbau einer präventiven Umweltgestaltung, die Barrieren minimiert und zu Aktivitäten ermuntert, ist eine zunehmend wichtigere Aufgabe. Dazu gehören beispielsweise Sitzbänke in Fußgängerzonen, längere Ampelphasen mit akustischen Signalen, besser lesbare Hausnummern und Straßenschilder, einfach zu bedienende Fahrkartenautomaten, mehr Niedrigflurbusse und weniger Kopfsteinpflaster, Shuttles und ehrenamtliche Fahrdienste zu kulturellen Angeboten, Aufzüge in Parkhäusern.
- Die Förderung der sozialen Teilhabe muss weiter verstärkt werden, unter anderem indem Begegnungsräume geschaffen und gefördert werden.

Empfehlungen zur Unterstützung von Angehörigen

- Die Stärkung psychologischer und psychotherapeutischer Angebote ist erforderlich, insbesondere als Regelangebot der Pflegekassen.
- Die Prävention von Überlastung bei pflegenden Angehörigen ist zentral, um das Auftreten von psychischen und physischen Erkrankungen der Angehörigen und das von Gewalt in der Pflege zu verhindern.
- Die Unterstützung von Angehörigen im Umgang mit Beziehungsverlust und Abschiednehmen, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und sozialer Unterstützung und bei der Bewältigung der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit muss durch gezielte Maßnahmen verbessert werden, unter anderem durch flexible Arbeitszeitmodelle und Erhöhung der Nachtpflegeplätze sowie der Tagespflege.
- Sowohl die Information als auch der Zugang zu Unterstützungsangeboten muss vereinfacht werden und auch im ländlichen Raum funktionieren.
- Unterstützungsangebote für Angehörige sollten auch deren soziale und kognitiv-behaviorale sowie problemlösungsorientierte Kompetenzen fördern. Wichtig für die Angehörigen ist eine niedrigschwellige Erreichbarkeit solcher Angebote, diese sollten daher auch telefonisch und internetbasiert erfolgen.
- Die Förderung wissenschaftlich begleiteter Interventionsprojekte muss verstärkt werden.

Empfehlungen zum Umgang mit Demenz

- Die Schulung des Betreuungspersonals und der Angehörigen durch spezielle Seminare (Kommunikation, Umgang mit Stimmungsveränderungen, Verständnis von und Umgang mit psychischen Krankheitsbildern, Verhaltenstraining) ist ein wichtiges und großes Aufgabengebiet für die künftige gesundheitliche Versorgung und die Psychologie.

- Die Fortbildung in Gesundheitsberufen sowie die Schulung von Angehörigen mit Blick auf den wertschätzenden und geduldigen Umgang mit Demenzkranken einschließlich hoher Toleranz gegenüber realitätsfremden Reaktionen sind besonders wichtig.
- Fachkräfte, die mit dementen Menschen arbeiten, brauchen wegen der damit verbundenen großen psychischen Belastung regelmäßige Angebote zur Supervision.
- Im Kontext der Vernetzung von Betroffenen, Angehörigen, Heimmitarbeitern, Pflegekräften und Betreuungspersonal gewinnt die systemische, psychologische Beratung der Angehörigen und des Pflegepersonals zunehmend an Bedeutung.
- Der Umgang von Angehörigen mit dem Verlusterlebnis des zunehmenden Verfalles der gewohnten Persönlichkeit eines geliebten Menschen und der emotionalen Vorwegnahme des Lebensendes ist eine bedeutsame Aufgabenstellung.
- Im Qualitätsmanagement bezüglich des Aktivitätenangebotes und der Personalauswahl im Bereich von Seniorenresidenzen und Pflegeheimen sollten Forschungsergebnisse der Psychologie stärker in Schulungen und Organisationsprozesse eingebracht werden.
- Niedrigschwellige Angebote für Menschen mit Demenz sollten vermehrt eingerichtet werden, insbesondere bei alltagsnahen Tätigkeiten wie der Unterstützung durch Ehrenamtliche beim Einkaufen, bei häuslichen Besuchsdiensten, bei der Mitwirkung in Demenzcafés und anderen Tagesbetreuungsangeboten.

Empfehlungen für die Palliativversorgung

- Geriatisches und gerontopsychologisches Wissen muss in Anbetracht des steigenden Anteils älterer Menschen in der Palliativ- und Hospizversorgung weiter etabliert werden. Psychologisches Wissen muss stärker Eingang in die stationäre und ambulante Palliativversorgung finden.
- Die Tätigkeit von Psychologen in der Palliativversorgung erschöpft sich keineswegs in therapeutischen Aufgaben, sondern reicht von der Begleitung der Patienten über systemische Interventionen mit der Patientenfamilie respektive den Zugehörigen bis hin zur Unterstützung des Behandlungspersonals.
- Die beruflichen Aufgaben des Palliativpsychologen entsprechen in hohem Maße denen von Gesundheitspsychologen. Denn damit eine gute Versorgung am Lebensende gewährleistet wird, sind Regelungen zur Vergütung gesundheitspsychologischer Tätigkeiten dringend erforderlich.
- Es braucht differenzierte Finanzierungskonzepte, um die Praxis einer systemischer Versorgung des Patienten mitsamt seines Umfelds im ambulanten und im stationären Bereich abbilden zu können.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Ursula Lehr

Gesundheit im Alter:

Langlebigkeit verpflichtet zu einem gesunden und kompetenten Älterwerden

Literatur

- Baumann, H. & Leye, M. (1997).** *Bewegung und Sport mit älteren Menschen: Wie – Was – Warum?* Aachen: Mayer & Meyer.
- Baumann, H. (1999).** Entwicklungen, Zeitperspektiven und Forschungsrichtungen im Seniorensport. *Sportwissenschaft*, 29 (3), 273–287.
- Birren, J. E., McRae, P. G. & Fisher, L. M. (1995).** Behavior, aging and physical activity. In: S. Harris, E. Heikkinen & W. S. Harris (Eds.), *Physical activity, aging and sports*, 4, 3–20.
- Breyer, F. (2002).** Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen. In: D. P. Aufderheide (Hrsg.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftliche und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens* (S. 11–27). Berlin: Duncker & Humblot.
- Breyer, F. & Ulrich, V. (2000).** Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt. Eine Regressionsanalyse. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 220 (1), 1–17.
- Brockmann, H. (2002).** Why is Less Money Spent on Health Care for the Elderly than for the Rest of the Population? Health Care Rationing in German Hospitals. *Social Science & Medicine* 55 (4), 593–608.
- Fries, J. F. (1980).** Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303 (3), 130–135.
- Fries, J. F. (1996).** Physical activity, the compression of morbidity, and the health of the elderly. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89 (2), 64–68.
- Generali Deutschland Holding AG (Hrsg.). (2014).** *Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter.* Universität Heidelberg.
- Hollmann, W. (1965).** *Körperliches Training als Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen.* Stuttgart: Hippokrates.
- Hollmann, W. (1975).** Die biologische Bedeutung von Training und Sport für den älteren Menschen. *Praxis der Leibesübungen*, 16 (3), 9–10.
- Hollmann, W. & De Meirleir, K. (1988).** Gehirn und Sport – hämodynamische und biochemische Aspekte. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 39 (Sonderheft), 56–64.
- Hollmann, W. & Liesen, H. (1985).** Altern und körperliches Training. *Medizinische Klinik*, 80 (4), 82–90.
- Hufeland, C. W. (1860).** *Makrobiotik – oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern.* Berlin: Reimer.
- Kaiser, C. (2012).** Wie altersfreundliche sind unsere Städte? Ergebnisse der BAGSO-Befragung. *Das Magazin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen*, 2, 9–12. Verfügbar unter: http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/BN/Bagso_Nachrichten_2.2012.pdf [17.08.2016].

- Lehr, U. & Thomae, H. (Hrsg.). (1987). *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie*. Stuttgart: Enke.
- Mechling, H. & Munzert, J. (Hrsg.). (2003). *Handbuch Bewegungswissenschaft – Bewegungslehre*. Schorndorf: Hofmann.
- Merklin, H. (Hrsg.). (1998). *Cicero: De senectute – Über das Alter*. Ditzingen: Reclam.
- Meusel, H. (1996). *Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter*. Wiesbaden: Quelle & Meyer.
- Meusel, H. (1999). *Sport für Ältere*. Stuttgart: Schattauer.
- Meyer-Baumgartner, H. P., Nerenheim-Duscha, I. & Görres, S. (1992). *Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 12.2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Müri, W. (1962). *Der Arzt im Altertum*. München: Heimeran.
- Oswald, W. D., Gunzelmann, T., Rupprecht, R., Lang, E., Baumann, H. & Stosberg, M. (1992). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil 1: Konzepte, Hypothesen und Stichproben eines interdisziplinären Forschungsprojekts. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie*, 5 (4), 205–221.
- Oswald, W. D., Rupprecht, R., Hagen, B., Fleischmann, U. M., Lang, E., Baumann, H., Steinwachs, K. C., Stosberg, M. & Gunzelmann, T. (1996). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil IV: Ergebnisse nach der einjährigen Interventionsphase. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie* 9 (2), 107–144.
- Rieder, H. (1977). Psychologische Aspekte des Alterssports. *Sportunterricht*, 26 (4), 122–129.
- Rieder, H. (1992). Körpertherapie bei Älteren. In: H. Baumann & M. Leye (Hrsg.), *Älter werden – kompetent bleiben* (S. 110–116). Erlangen: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Rieder, H. (1999). *Gesundes Altern, Aktivität und Sport*. Schorndorf: Hofmann.
- Schmidt, J. (1972). Höheres Alter und Sport. In: W. Hollmann (Hrsg.), *Zentrale Themen der Sportmedizin* (S. 188–198). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Thomae, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development* 13 (1), 1–6.
- Thomae, H. (Hrsg.). (1976). *Patterns of Aging: Findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging*. Basel: Karger.
- Thomae, H. (1983). *Alternsstile und Altersschicksale*. Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1987). Alltagsbelastungen im Alter und Versuche ihrer Bewältigung. In: U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie* (S. 92–114). Stuttgart: Enke.
- Thomae, H. (1993). Psychosocial aspects of longevity and healthy aging. In: J. L. C. Dall et al. (Eds.), *Prospects in Aging* (pp. 3–22). San Diego: Academic Press.
- Vretska, K. (Hrsg.). (2004). *Platon: Der Staat*, Stuttgart: Reclam.
- Werle, J. & Zimmer, A. (1997). Effects of a training program for the prevention of falls in later life. In: G. Huber (Eds.), *Healthy aging, activity and sports. Proceedings*. International Congress "Physical Activity, Aging and Sports" (PAAS IV), Heidelberg, Germany, August 27–31, 1996 (pp. 314322). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life.*
Verfügbar unter: <http://www.who.int/whr/2002/en/> [17.08.2016].

Weiterführende Literatur

- Birren, J. E. (1985).** Age, Competence, Creativity and Wisdom. In: R. N. Butler & H. P. Gleason (Eds.), *Productive Aging: Enhancing Vitality in Later Life*. New York: Springer.
- Brockmann, H. & Gampe, J. (2005).** *The cost of population aging. Forecasting future hospital expenses in Germany (Working paper 2005–2007)*. Rostock: MPIDR.
- Brockmann, H., Müller, R. & Voges, W. (2006).** Auch ein Reformeffekt? Eine explorative Analyse der zunehmenden Krankenhausbehandlungen auf Grund psychischer Störungen. *Das Gesundheitswesen*, 68 (10), 626–632.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2010).** *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder der Gesellschaft*. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [17.08.2016].
- Kruse, A. (2002).** *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Lehr, U. (1972).** *Psychologie des Alterns*. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. (1979).** Gero-Intervention – das Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen. In: U. Lehr (Hrsg.), *Interventionsgerontologie* (S. 1–49). Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U. (1997).** Gesundheit und Lebensqualität im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie*, 10 (4), 277–287.
- Lüth, P. (1965).** *Geschichte der Geriatrie*. Stuttgart: Enke.
- Oswald, W. D. & Gunzelmann, T. (Hrsg.). (1995).** *Das SIMA-Projekt: Kompetenztraining – Ein Programm für Seniorengruppen*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomae, H. (1951).** *Persönlichkeit. Eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier.

Prof. Dr. Michael Falkenstein

Konzepte für ältere Menschen zur Gesundheitsförderung und Prävention

Literatur

- Aleman, A. (2016).** *Wenn das Gehirn älter wird: Was uns ängstigt. Was wir wissen. Was wir tun können*. München: Beck.
- Anderson, N. D. et al.; BRAVO Team (2014).** The benefits associated with volunteering among seniors: a critical review and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 140 (6), 1505–1533.
- Ballesteros, S., Kraft, E., Santana, S. & Tziraki, C. (2015).** Maintaining older brain functionality: A targeted review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 55, 453–477. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.06.008.

- Bennett, D. A., Schneider, J. A., Tang, Y., Arnold, S. E. & Wilson, R. S. (2006).** The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *Lancet Neurology*, 5 (5), 406–412.
- Brandes, M. (2012).** Körperliche Aktivität oder Fitness: Was ist wichtiger für die Gesundheit? *Bundesgesundheitsblatt*, 55 (1), 96–101.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). (2012).** *Länger geistig fit im Beruf! Abschlussbericht PFIFF 2: Umsetzung des Programms PFIFF. [INQA-Bericht Nr. 43]*. Dortmund: BAuA.
- Colcombe, S. & Kramer, A. F. (2003).** Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Science*, 14 (2), 125–130.
- de Frias, C. M. & Whyne, E. (2015).** Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging and Mental Health*, 19 (3), 201–206.
- Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L. et al. (2011).** Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U.S.A.*, 108 (7), 3017–3022.
- Eskelinen, M. H. & Kivipelto, M. (2010).** Caffeine as a protective factor in dementia and Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimers Disease*, 20, Suppl 1, 167–174.
- Falkenstein, M. (2013).** Menschengerechtes Arbeiten für ältere Beschäftigte. *Zeitschrift für betriebliche Prävention und Unfallversicherung*, 4, 210–215.
- Falkenstein, M., Poschadel, S. & Joiko, S. (2014).** *Erkenntnisstand zu Verkehrssicherheitsmaßnahmen für ältere Verkehrsteilnehmer [Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen M 248]*. Bremerhaven: Schünemann.
- Fissler, P., Küster, O., Schlee, W. & Kolassa, I. T. (2013).** Novelty interventions to enhance broad cognitive abilities and prevent dementia: synergistic approaches for the facilitation of positive plastic change. *Progress in Brain Research*, 207, 403–434. Doi: 10.1016/B978-0-444-63327-9.00017-5.
- Franzkowiak, P. (2010).** Krankheitsprävention im Alter und die Soziale Gesundheitsarbeit. In: K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 121–128). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Freude, G., Falkenstein, M., Wild-Wall, N., Gajewski, P., Zülch, J., Stahn, C. et al. (2008).** *Geistig fit im Beruf! Wege für ältere Arbeitnehmer zur Stärkung der grauen Zellen*. Dortmund: BAuA.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (1998).** Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13 (4), 531–543.
- Gajewski, P. D. & Falkenstein, M. (2016).** Physical activity and neurocognitive functioning in aging – an condensed updated review. *European Review of Aging and Physical Activity*, 13, 1. Doi: 10.1186/s11556-016-0161-3.
- Gajewski, P. D. & Falkenstein, M. (2015a).** Lifelong physical activity and executive functions in older age assessed by memory based task switching. *Neuropsychologia*, 73, 195–207. Doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2015.04.031.
- Gajewski, P. D. & Falkenstein, M. (2015b).** Lifestyle and interventions for improving cognitive performance in older adults. In: M. Raab, B. Lobinger, S. Hoffmann, A. Pizzera & S. Laborde (Eds.), *Performance Psychology: Perception, Action, Cognition, and Emotion* (pp. 189–203). Oxford: Elsevier.

- Gajewski, P. D., Hengstler, J. G., Golka, K., Falkenstein, M. & Beste, C. (2012).** The Met-genotype of the BDNF Val66Met polymorphism is associated with reduced Stroop interference in elderly. *Neuropsychologia*, 50 (14), 3554–3563.
- Gajewski, P. D., Wild-Wall, N., Schapkin, S. A., Erdmann, U., Freude, U. & Falkenstein, M. (2010a).** Effects of aging and job demands on cognitive flexibility assessed by task switching. *Biological Psychology*, 85 (2), 187–199.
- Gajewski, P., Wipking, C., Falkenstein, M. & Gehlert, T. (2010b).** *Dortmunder Altersstudie: Studie zur Förderung der Hirnleistungsfähigkeit bei Älteren. [Forschungsbericht VV04]*. Berlin: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft.
- Gard, T., Hölzel, B. K. & Lazar, S. W. (2014).** The potential effects of meditation on age-related cognitive decline: a systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307, 89–103. Doi: 10.1111/nyas.12348.
- GBD 2013 Risk Factors Collaborators (2015).** Behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks can explain half of global mortality. *Lancet*, 386 (10010), 2287–2323.
- Hacker, W. (2004).** Leistungs- und Lernfähigkeiten älterer Menschen. In: M. v. Cranach, H.-D. Schneider, R. Winkler & E. Ulich (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle* (S. 163–172). Bern: Haupt.
- Hess, T. M., Auman, C., Colcombe, S. J. & Rahhal, T. A. (2003).** The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *Journal of Gerontology & Psychological Sciences and Social Sciences*, 58 (1), 3–11.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010).** Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7 (7), e1000316. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- Huhn, S., Kharabian, M., Stumvoll, M., Villringer, A. & Witte, A. V. (2015).** Components of a Mediterranean diet and their impact on cognitive functions in aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 132. Doi: 10.3389/fnagi.2015.00132.
- Ihle, A., Oris, M., Fagot, D., Baeriswyl, M., Guichard, E. & Kliegel, M. (2015).** The Association of Leisure Activities in Middle Adulthood with Cognitive Performance in Old Age: The Moderating Role of Educational Level. *Gerontology*, 61 (6), 543–550.
- Je, Y. & Giovannucci, E. (2014).** Coffee consumption and total mortality: a meta-analysis of twenty prospective cohort studies. *British Journal of Nutrition*, 111 (7), 1162–1173.
- Joshiyura, K. J., Hung, H. C., Li, T. Y., Hu, F. B., Rimm, E. B., Stampfer, M. J. et al. (2009).** Intakes of fruits, vegetables and carbohydrate and the risk of CVD. *Public Health and Nutrition*, 12 (1), 115–121.
- Karthaus, M. & Falkenstein, M. (im Druck).** *Fahreignung im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kattenstroth, J. C., Kalisch, T., Holt, S., Tegenthoff, M. & Dinse, H. R. (2013).** Six months of dance intervention enhances postural, sensorimotor, and cognitive performance in elderly without affecting cardio-respiratory functions. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 26, 5. Doi: 10.3389/fnagi.2013.00005.
- Kramer, A. F. & Erickson, K. I. (2007).** Capitalizing on cortical plasticity: influence of physical activity on cognition and brain function. *Trends in Cognitive Science*, 11 (8), 342–348.

- Lis, K. et al. (2010).** *Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen*. Verfügbar unter: www.healthproelderly.com [15.02.2016].
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. & Heim, C. (2009).** Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience* 10 (6), 434–445.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E. & Zhao, J. (2013).** Poverty impedes cognitive function. *Science*, 341 (6149), 976–980.
- Marquié, J. C., Duarte, L. R., Bessièrès, P., Dalm, C., Gentil, C. & Ruidavets, J. B. (2010).** Higher mental stimulation at work is associated with improved cognitive functioning in both young and older workers. *Ergonomics*, 53 (11), 1287–1301.
- Merom, D., Cumming, R., Mathieu, E., Anstey, K. J., Rissel, C., Simpson, J. M. et al. (2013).** Can social dancing prevent falls in older adults? A protocol of the Dance, Aging, Cognition, Economics (DANCE) fall prevention randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 477. Doi: 10.1186/1471-2458-13-477.
- Muldoon, M. F., Erickson, K. I., Goodpaster, B. H., Jakicic, J. M., Conklin, S. M., Sekikawa, A. et al. (2013).** Concurrent physical activity modifies the association between n3 long-chain fatty acids and cardiometabolic risk in midlife adults. *Journal of Nutrition*, 143 (9), 1414–1420.
- Pan, A., Sun, Q., Bernstein, A. M., Schulze, M. B., Manson, J. E., Stampfer, M. J. et al. (2012).** Red meat consumption and mortality: results from 2 prospective cohort studies. *Archives of Internal Medicine*, 172 (7), 555–563.
- Park, D. C., Lodi-Smith, J., Drew, L., Haber, S., Hebrank, A., Bischof, G. N. & Aamodt, W. (2014).** The impact of sustained engagement on cognitive function in older adults: the Synapse Project. *Psychological Science*, 25 (1), 103–112.
- Peters, R., Peters, J., Warner, J., Beckett, N. & Bulpitt, C. (2008).** Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age and Ageing*, 37 (5), 505–512.
- Plassman, B. L., Williams, J. W. Jr., Burke, J. R., Holsinger, T. & Benjamin, S. (2010).** Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. *Annals of Internal Medicine*, 153 (3), 182–193.
- Radak, Z., Hart, N., Sarga, L., Koltai, E., Atalay, M., Ohno, H. et al. (2010).** Exercise plays a preventive role against Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimers Disease*, 20 (3), 777–783.
- Reed, B. R., Dowling, M., Tomaszewski Farias, S., Sonnen, J., Strauss, M., Schneider, J. A. et al. (2011).** Cognitive activities during adulthood are more important than education in building reserve. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17 (4), 615–624.
- Rensing, L. & Rippe, V. (2014).** *Altern: Zelluläre und molekulare Grundlagen, körperliche Veränderungen und Erkrankungen, Therapieansätze*. Heidelberg: Springer Spektrum.
- Rouch, I., Wild, P., Ansiau, D., Marquié, J. C. (2005).** Shiftwork experience, age and cognitive performance. *Ergonomics*, 48 (10), 1282–1293.
- Samieri, C., Sun, Q., Townsend, M. K., Chiuve, S. E., Okereke, O. I., Willett, W. C. et al. (2013).** The association between dietary patterns at midlife and health in aging: an observational study. *Annals of Internal Medicine*, 159 (9), 584–591.

- Satizabal, C. L., Beiser, A. S., Chouraki, V., Chêne, G., Dufouil, C. & Seshadri, S. (2016).** Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *New England Journal of Medicine*, 374 (6), 523–532.
- Singh-Manoux, A., Richards, M. & Marmot, M. (2003).** Leisure activities and cognitive function in middle age: evidence from the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (11), 907–913.
- Slavich, G. M. & Cole, S. W. (2013).** The Emerging Field of Human Social Genomics. *Clinical Psychological Science*, 1 (3), 331–348.
- Smart, E. L., Gow, A. J. & Deary, I. J. (2014).** Occupational complexity and lifetime cognitive abilities. *Neurology*, 83 (24), 2285–2291.
- Smith, P. J., Blumenthal, J. A., Hoffman, B. M., Cooper, H., Strauman, T. A., Welsh-Bohmer, K. et al. (2010).** Aerobic exercise and neurocognitive performance: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 72 (3), 239–252.
- Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G. F., Casini, A. et al. (2011).** Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Journal of Internal Medicine*, 269 (1), 107–117.
- Stampfer, M. J., Kang, J. H., Chen, J., Cherry, R. & Grodstein, F. (2005).** Effects of moderate alcohol consumption on cognitive function in women. *New England Journal of Medicine*, 352 (3), 245–253.
- Strand, B. H., Cooper, R., Hardy, R., Kuh, D. & Guralnik, J. (2011).** Lifelong socioeconomic position and physical performance in midlife: results from the British 1946 birth cohort. *European Journal of Epidemiology*, 26 (6), 475–483.
- Sun, Q., Ma, J., Campos, H., Hankinson, S. E., Manson, J. E., Stampfer, M. J. et al. (2007).** A prospective study of trans fatty acids in erythrocytes and risk of coronary heart disease. *Circulation*, 115 (14), 1858–1865.
- Theill, N., Schumacher, V., Adelsberger, R., Martin, M. & Jäncke, L. (2013).** Effects of simultaneously performed cognitive and physical training in older adults. *BMC Neuroscience*, 14, 103. Doi: 10.1186/1471-2202-14-103.
- Uchino, B. N., Berg, C. A., Smith, T. W., Pearce, G. & Skinner, M. (2006).** Age-related differences in ambulatory blood pressure during daily stress: evidence for greater blood pressure reactivity with age. *Psychology and Aging*, 21 (2), 231–239.
- van Gelder, B. M., Buijsse, B., Tijhuis, M., Kalmijn, S., Giampaoli, S., Nissinen, A. et al. (2007).** Coffee consumption is inversely associated with cognitive decline in elderly European men: the FINE Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61 (2), 226–232.
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G. et al. (2003).** Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348 (25), 2508–2516.
- Walter, U. & Schneider, N. (2008).** Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat* (S. 287–299). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wang, H. X., Wahlberg, M., Karp, A., Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2012).** Psychosocial stress at work is associated with increased dementia risk in late life. *Alzheimer's & Dementia*, 8 (2), 114–120.

- Wegge, J. & Schmidt, K. H. (2016).** *Diversity Management*. Göttingen: Hogrefe.
- Wen, C. P., Wai, J. P., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y., Lee, M. C. et al. (2011).** Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*, 378 (9798), 1244–1253.
- White, L., Katzman, R., Losonczy, K., Salive, M., Wallace, R., Berkman, L. et al. (1994).** Association of education with incidence of cognitive impairment in three established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47 (4), 363–374.
- Wild-Wall, N., Gajewski, P. D. & Falkenstein, M. (2009).** Kognitive Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42 (4), 299–304.
- Wild-Wall, N. & Falkenstein, M. (2010).** Age-dependent impairment of auditory processing under spatially focused and divided attention: an electrophysiological study. *Biological Psychology*, 83 (1), 27–36.
- Wild-Wall, N., Hahn, M. & Falkenstein, M. (2011).** Preparatory processes and compensatory effort in older and younger participants in a driving-like dual task. *Human Factors*, 53 (2), 91–102.
- Willett, W. C. & Stampfer, M. J. (2013).** Current evidence on healthy eating. *Annual Review of Public Health*, 34, 77–95. Doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124646.
- Witte, A. V., Kerti, L., Hermannstädter, H. M., Fiebach, J. B., Schreiber, S. J., Schuchardt, J. P. et al. (2014).** Long-chain omega-3 fatty acids improve brain function and structure in older adults. *Cerebral Cortex*, 24 (11), 3059–3068.

Susanne Brose, Inka Wilhelm & Prof. Dr. Susanne Zank

**Der Einfluss von Pflegebelastung auf die physische
und psychische Gesundheit pflegender Angehöriger**

Literatur

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S. & Lachs, M. S. (2014).** Caregiver Burden. A Clinical Review. *Journal of the American Medical Association*, 311 (10), 1052–1060.
- Bertrand, R. M., Fredman, L. & Saczynski, J. (2006).** Are All Caregivers Created Equal? Stress in Caregivers to Adults With and Without Dementia. *Journal of Aging and Health*, 18 (4), 534–551. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1177/0898264306289620> [28.03.2016].
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2015).** *Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Neue gesetzliche Regelungen seit dem 1. Januar 2015*. 2. Auflage. Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Bessere-Vereinbarkeit-von-Familie-Pflege-und-Beruf-Brosch_C3_BCre,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [25.3.2016].
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2010).** *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [29.03.2016].

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2015).** *Wir stärken die Pflege: Das Pflegestärkungsgesetz I. Alle Leistungen zum Nachschlagen.* Verfügbar unter: http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/download/pflegegesetz/BMGs_Broschuere_Leistung_Web.pdf [12.02.2016].
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2014).** *Pflegen Zuhause. Ratgeber für die häusliche Pflege.* Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/140909_Pflegen_zu_Hause_bf.pdf [12.02.2016].
- BMG (2011).** *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“.* Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf [28.03.2016].
- Bonillo, M., Heidenblut, S., Philipp-Metzen, E., Schacke, C., Saxl, S., Steinhusen, C. & Zank, S. (2013).** *Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention – ein Manual für die ambulante Pflege.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Budnick, A., Kummer, K., Blüher, S. & Dräger, D. (2012).** Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung: Pilotstudie zur Validität eines deutschsprachigen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (AAR). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45 (3), 201–211. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1007/s00391-011-0278-y> [28.03.2016].
- Creese, J., Bedard, M., Brazil, K. & Chambers, L. (2014).** Sleep disturbances in spousal caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 20 (1), 149–161.
- Gibbons, C., Creese, J., Tran, M., Brazil, K., Chambers, L., Weaver, B. & Bédard, M. (2014).** The psychological and health consequences of caring for a spouse with dementia: a critical comparison of husbands and wives. *Journal of Women & Aging*, 26 (March), 3–21. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1080/08952841.2014.854571> [28.03.2016].
- GKV-Spitzenverband der Pflegekassen (2008).** *Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen.* Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/2008_08_19__87b_Richtlinie.pdf [23.02.2016].
- Isfort, M. (2013).** Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *APuZ*, 63 (4–5), 29–35.
- Kiefer, G. (2011).** Vorwort. In: E. Bubolz-Lutz & C. Kricheldorf (Hrsg.), *Abschlussbericht Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.* Band 6. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Kochar, J., Fredman, L., Stone, K. L. & Cauley, J. A. (2007).** Sleep problems in elderly women caregivers depend on the level of depressive symptoms. Results of the Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (12), 2003–2009.
- Kofahl, C., Arlt, S. & Mnich, E. (2007).** „In guten wie schlechten Zeiten ...“ Unterschiede und Gemeinsamkeiten von pflegenden Ehepartnern und anderen Angehörigen in der deutschen Teilstudie des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20, 211–225.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.). (2008a).** Pflegestützpunkte – eine wirkliche Innovation? *ProAlter*, 40 (1).

- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.). (2008b).** Tages- und Nachtpflege im Auf- oder Abwind? *ProAlter*, 40 (4).
- Kurz, A., Hallauer, J., Jansen, S. & Diehl, J. (2005).** Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen. *Nervenarzt* 76 (3), 261–269.
- Leipold, B., Schacke, C. & Zank, S. (2008).** Personal growth and cognitive complexity in caregivers of patients with dementia. *European Journal of Ageing*, 5 (3), 203–214. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1007/s10433-008-0090-8> [28.03.2016].
- Ministerium für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen (2016).** *Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPfVO) vom 22. Juli 2003. Stand: 15. Februar 2016.* Verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000046 [23.02.2016].
- Müller, R., Unger, R. & Rothgang, H. (2010).** Wie lange Angehörige zuhause gepflegt werden. Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? *Soziale Sicherheit*, 6–7, 230–237.
- Oliva y Hausmann, A., Schacke, C. & Zank, S. (2012).** Pflegende Angehörige von dementiell Erkrankten: Welche Faktoren beeinflussen den Transfer von der häuslichen in die stationäre Pflege? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62 (9–10), 367–374.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2007).** Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62 (2), 126–137. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P126> [28.03.2016].
- Riedel, O., Wittchen, H. U. & IDEA-Studiengruppe (2015).** Nutzer und Nutzung von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige von Alzheimer-Patienten. Ergebnisse einer naturalistischen Beobachtungsstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1–7. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-015-1002-0> [24.02.2016].
- Rothgang, H., Kulik, D., Müller, R. & Unger, R. (2009).** *GEK-Pflegereport 2009.* Verfügbar unter: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2009/091118-Pflegereport-2009/PDF-Pflegereport,property=Data.pdf> [28.03.2016].
- Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (2005).** *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag.* Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/Service/impressum.html> [28.03.2016].
- Schnepp, W. (Hrsg.). (2015).** *Erstellung einer NRW-spezifischen Übersicht zur Gesamtsituation pflegender Angehöriger (NRW-sÜPA). Abschlussbericht.* Witten-Herdecke: Universität, Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahе Pflege.
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999).** Caregiving as a risk factor for mortality. The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282 (23), 2215–2219. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215> [28.03.2016].
- Sherwood, P. R., Given, C. W., Given, B. & Von Eye, A. (2005).** Caregiver Burden and Depressive Symptoms: Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly Patients. *Journal of Aging and Health*, 17 (2), 125–147. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1177/0898264304274179> [28.03.2016].

- Söhngen, J., Ruppert, N. & Schnepf, W. (2015).** Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf. Doppelbelastung oder Chance? *Pflegewissenschaft*, 17 (12), 655–663.
- Statistisches Bundesamt (2015).** *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.* Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile [28.03.2016].
- Tebest, R., Mehnert, T., Nordmann, H. & Stock, S. (2015).** Angebot und Nachfrage von Pflegestützpunkten. Ergebnisse der Evaluation aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48 (8), 734–739.
- Wetzstein, M., Rommel, A. & Lange, C. (2015).** *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst.* Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_3_pflegende_angehoerige.pdf?__blob=publicationFile [28.03.2016].
- Wilz, G., Schinköthe, D. & Soellner, R. (2011).** Goal Attainment and Treatment Compliance in a Cognitive-Behavioral Telephone Intervention for Family Caregivers of Persons with Dementia. *GeroPsych – The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24 (3), 115–125.
- Zank, S. & Schacke, C. (2007).** *Projekt Längsschnittstudie zur Belastung Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der LEANDER-Studie.* Siegen: Universität, Lehrstuhl für Klinische Psychologie.
- Zank, S., Schacke, C. & Leipold, B. (2007).** Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Ergebnisse der Evaluation von Entlastungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20 (4), 239–255.
- Zank, S. (2015).** Belastung pflegender Angehöriger von Demenzpatienten und die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten. In: W. Schnepf (Hrsg.), *Erstellung einer NRW-spezifischen Übersicht zur Gesamtsituation pflegender Angehöriger (NRW-sÜPA). Abschlussbericht.* Witten-Herdecke: Universität, Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege.

Dr. Claudia Freund

**Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen
bei demenziellem Abbau der kognitiven Funktionen**

Literatur

- Buijssen, H. (1994).** *Senile Demenz.* Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
- Laputz, S. (o. J.).** Personality Changes in Dementia. *Alzheimer's Association, California, Caregiver Tips & Tools*, 30, 1–2. Verfügbar unter: http://www.alz.org/cacentral/documents/Dementia_Care_30-Personality_Changes_in_Dementia.pdf [28.2.2016].
- Maier, W., Schulz, J., Weggen, S. & Wolf, S. (2011).** *Alzheimer & Demenzen verstehen. Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung.* Stuttgart: TRIAS Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co.

- Mehl, M. & Glisky, B. (2014).** *The Importance of Social Engagement for Successful Aging*. Presentation during the Annual Conference on Successful Aging 2014, Department of Psychology & Evelyn F. McKnight Brain Institute University of Arizona. Verfügbar unter: <http://psychology.arizona.edu/sites/psychology.arizona.edu/files/ACoSAProzent202014Prozent20MatthiasProzent20GliskyHO.pdf> [27.2.2016].
- Pocnet, C., Rossier, J., Antonietti, J. & von Gunten, A. (2011).** Personality Changes in Patients with Beginning Alzheimer Disease. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (7), 408–417.
- Spencer, B., Robinson, A. & Curtin, C. (Eds.). (2015).** *Developing Meaningful Connections with People with Dementia. A Training Manual*. Verfügbar unter: https://www.michigan.gov/documents/mdch/dementia_manual_229241_7.pdf [08.08.2016].

Christian Schulze, Agnes Bergmann

Gesund alt werden –

Unterstützung durch flexible, individualisierte Service-Netzwerke

Literatur

- Amelung, V. E., Sydow, J. & Windeler, A. (Hrsg.). (2009).** *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Becker, T., Dammer, I., Howaldt, J. & Loose, A. (Hrsg.). (2007).** *Netzwerkmanagement. Kooperation zum Unternehmenserfolg*. Berlin: Springer.
- Bieber, D. & Geiger, M. (Hrsg.). (2014).** *Personenbezogene Dienstleistungen im Kontext komplexer Wertschöpfung. Anwendungsfeld „Seltene Krankheiten“*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bienzeisler, B., Klemisch, M. & Gahle, A.-K. (2014).** Kooperative Dienstleistungssysteme. In: D. Bieber & M. Geiger (Hrsg.), *Personenbezogene Dienstleistungen im Kontext komplexer Wertschöpfung. Anwendungsfeld „Seltene Krankheiten“* (S. 90–99). Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012).** *Fortschrittsreport „Altersgerechte Arbeitswelt“*. Ausgabe 1: *Entwicklung des Arbeitsmarktes für Ältere*. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/fortschrittsreport-februar-2012.pdf?__blob=publicationFile [17.08.2016].
- Bundesministerium des Innern (2012).** *Demografiebericht – Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes*. Verfügbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2012/demografiebericht.pdf?__blob=publicationFile [17.08.2016].
- Böhle, F. (2011).** Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. *WSI-Mitteilungen*, 64 (9), 456–461.
- Böhle, F., Bolte, A. & Bürgermeister, M. (Hrsg.). (2008).** *Die Integration von unten. Der Schlüssel zum Erfolg organisatorischen Wandels*. Heidelberg: Carl Auer.
- Böhle, F. & Glaser, J. (Hrsg.). (2006).** *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS.

- Böhle, F., Merl, T. & Stöger, U. (2011).** *Koordination durch Interaktion – Neue Perspektiven für die Organisation komplexer Dienstleistungssysteme. Eine Untersuchung am Beispiel der Gesundheitsversorgung bei ALS (Amyotrophe Lateralsklerose).* Stuttgart: Fraunhofer Verlag.
- Böhle, F. & Stadelbacher, S. (2013).** Selbstorganisation als sozialer Mechanismus der reflexiven Moderne. In: F. Böhle & W. Schneider (Hrsg.), *Handeln und Subjekt in der reflexiven Moderne.* Weilerswist: Velbrück (im Erscheinen).
- Böhm, K. (2011).** Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: Statistisches Bundesamt (Destatis) & Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.), *Datenreport 2011 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, Bd. II (S. 215–239). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011).** *Die Jungen Alten. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren.* Reihe Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung 38. Köln.
- Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S. & Wasem, J. (2008).** Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: D. Cassel, I. Ebsen, S. Greß, K. Jacobs, S. Schulze & J. Wasem (Hrsg.), *Vertragswettbewerb in der GKV* (S. 9–149). Verfügbar unter: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_publicationen/wido_ges_vertragswettbewerb-gkv2008_0209.pdf [17.08.2016].
- Chen, K. & Chan, A. (2011).** A review of technology acceptance by older adults. *Gerontechnology*, 10 (1), 1–12.
- Dunkel, W. & Weihrich, M. (Hrsg.). (2012).** *Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen.* Wiesbaden: Springer VS.
- Ebert, A. & Trischler, F. (2012).** Altersübergänge. In: Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.), *Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch* (S. 533–561). Wiesbaden: VS Verlag.
- GKV-Spitzenverbund/MdK (2012).** *Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011.* Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2012_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf [17.08.2016].
- Hacker, W. (2009).** *Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit.* Lengerich: Papst Science Publishers.
- Holler, M., Kistler, E. & Trischler, F. (2013).** Beschäftigungssituation und Arbeitsqualität von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. In: L. Schröder & H.-J. Urban (Hrsg.), *Jahrbuch Gute Arbeit* (S. 143–154). Frankfurt a. M. (im Erscheinen).
- Jordan, S. & von der Lippe, E. (2013).** Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56 (5), 878–884.
- Kistler, E. (2008).** „Alternsgerechte Erwerbsarbeit“ – Ein Überblick über den Stand von Wissenschaft und Praxis. Böckler-Forschungsmonitoring, Bd. 7, Düsseldorf.
- Kistler, E. (mit J. Reindl et al.) (2008).** *Regionale Gesundheitsnetzwerke. Wie man Unterstützungsstrukturen für kleine und mittlere Unternehmen aufbaut.* Berlin.

- Kistler, E. & Schneider, D. (2012).** *Verteilungswirkungen öffentlicher Dienstleistungen – Bestandsaufnahme und Systematisierung von Forschungsfragen*. Hans Böckler Stiftung – Arbeitspapier 271, Düsseldorf.
- Knorr, B. (2009).** Berufsbild Netzmanager: Qualifikationen und Anforderungen. In: W. Hellmann & S. Eble (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen erfolgreich steuern* (S. 129 ff.). Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Prilla, M. & Frerichs, A. (2011).** Technik, Dienstleistungen und Senioren: (K)Ein Akzeptanzproblem? In: M. Eibl (Hrsg.), *Mensch & Computer 2011* (S. 347–351). München: Oldenbourg Verlag.
- Schneider, W. (2009).** Trägerbudgets – Flexibilität in den Strukturen und im Denken. *Sozialwirtschaft aktuell (Infodienst für das Management in der Sozialwirtschaft)*, 18, 1–3.
- Voß, G. & Rieder, K. (2005).** *Der arbeitende Kunde*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Wingerter, C. (2010).** Später in den Ruhestand. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *STATmagazin 9/2010*. Wiesbaden.
- Wurm, S., Engstler, H. & Tesch-Römer, C. (2009).** Ruhestand und Gesundheit. In: K. Kochsie (Hrsg.), *Altern und Gesundheit*. Stuttgart: Nova Acta Leopoldina.

Gudrun Halbrock

Ehrenamt und soziales Engagement

Literatur

- BürgerStiftung Hamburg (Hrsg.). (2014).** *MitSprache – Jahresbericht 2014*. Norderstedt: Lehmann Offsetdruck GmbH.
- Dinkmeyer Sr., D., McKay, G. D., Dinkmeyer, J. S., Dinkmeyer Jr., D. & McKay, J. L. (2016).** *Step – Das Elternbuch: Die ersten 6 Jahre*. Weinheim: Beltz.
- Halbrock, G. (2013).** *Seniorenaufbruch: Glück für Alt und Jung. Clubs der Bildungsförderer. Deutschlands Zukunft*. Hamburg: Gudrun Halbrock.
- Halbrock, G. (2015, November).** *Das Alter rechtzeitig planen und sinnvoll gestalten*. In: Julia Scharnhorst (Vorsitzende), *Altern und Gesundheit*. Symposium gehalten am Tag der Psychologie 2015 des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Berlin.
- Hell, D. (2015).** *Depression – Wissen, was stimmt*. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.
- Neumann, E. (2002).** *Von der Eltern-Kind-Bindung zur Paarbindung Erwachsener*. Ruhr-Universität Bochum: Unveröffentlichte Dissertation.

Jan Gramm

Palliativversorgung, Hospiz, Sterben

Literatur

- Bükki, J. & Bausewein, C. (2013).** Palliativmedizin bei nicht malignen Erkrankungen: Herzinsuffizienz, COPD, Leberversagen, terminale Niereninsuffizienz. *Palliativmedizin*, 14 (06), 257–267. Doi: 10.1055/s-0033-1349574.

- Chochinov, H. M. (2005).** Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (24), 5520–5525.
- Dasch, B., Blum, K., Gude, P. & Bausewein, C. (2015).** Place of death: trends over the course of a decade – a population-based study of death certificates from the years 2001 and 2011. *Dtsch Arztebl Int*, 112 (29–30), 496–504. Doi: 10.3238/arztebl.2015.0496.
- Davies, E. & Higginson, I. J. (Hrsg.). (2008).** *Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen*. Bonn: Pallia Med Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (Hrsg.). (2015).** *Notwendige und hinreichende Qualifikationen für Psychologen in der Palliativversorgung*. Verfügbar unter: www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Positionspapier_Sektion_Psychologie_DGP_20150511.pdf [17.08.2016].
- DGP/DHPV (Hrsg.). (2013).** *Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen*. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/120827_brosch_ProzentC3_ProzentBCre_online.pdf [20.03.2016].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016).** *Operationen- und Prozedurenschlüssel, Version 2016*. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/index.htm> [20.03.2016].
- George, W. & Banat, G. A. (2015).** Sterbeort Hospiz. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 47, 1–3.
- GKV-Spitzenverband (2012).** *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012*. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_nach__132d_Abs_2_SGB_V_05-11-20102.pdf [17.08.2016].
- Heller, A., Pleschberger, S., Fink, M. & Gronemeyer, R. (2012).** *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*. Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag.
- Holitzner-Bade, C. (2015).** Multidimensionale Probleme brauchen multiprofessionelle Antworten. *Palliativmedizin*, 16 (06), 238–239. Doi: 10.1055/s-0035-1567791.
- Jentschke, E. (2012).** Palliative Geriatrie. In: M. Fegg, J. Gramm, M. Pestinger (Hrsg.), *Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen* (S. 33–37). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kojer, M. & Heimerl, K. (2009).** Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – Ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition von Palliative Care. *Palliativmedizin*, 10 (3), 154–161. Doi: 10.1055/s-0029-1220406.
- Kübler-Ross, E. (1971).** *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J. & Harlos, M. (2007).** Dignity therapy: family member perspectives. *Palliativmedizin*, 10 (5), 1076–82.
- Münch, U., Gramm, J., Jentschke, E. & Mai, S. (2015).** Palliativpsychologie. Ist eine Approbation wirklich notwendig? *Palliativmedizin*, 16 (05), 191. Doi: 10.1055/s-0035-1564399.
- Radebold, H. (2005).** *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Saunders, C. (1965).** Watch with me. *Nursing Times*, 61 (48), 1615–17.

- Schramm, A., Berthold, D., Weber, M. & Gramm, J. (2014).** Dignity Therapy. Eine psychologische Kurzintervention zur Stärkung von Würde am Lebensende. *Palliativmedizin*, 15 (3), 99–101.
- Statistisches Bundesamt (2016).** *Gestorbene nach Geschlecht und Altersjahren (12613–0003)*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html> [20.03.2016].
- World Health Organization (Hrsg.). (2002).** *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (2. Ausgabe). Genf: WHO.
- Wunder, M. (2010).** Multiprofessionelle SAPV bleibt ein Wunsch. Die Praxis ist meistens „biprofessionell“. *Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin*, 3 (Sonderheft 1), 42.

7. ADRESSVERZEICHNIS DER AUTOREN

Agnes Bergmann, M. A.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät
Universitätsstraße 10
86159 Augsburg
Tel.: (0821) 598 52 81

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Dipl.-Ing. Michael Falkenstein

Institut für Arbeiten, Lernen, Altern (ALA) Bochum
E-Mail: falkenstein@ala-institut.de
Leibniz Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfADo)
E-Mail: falkenstein@ifado.de

Dr. Dipl.-Psych. Claudia Freund

Planegger Str. 3
81241 München
Mobil: (0170) 289 38 64
E-Mail: wellprofdance@gmail.com

Dipl.-Psych. Jan Gramm

Institut für Palliativpsychologie
Geleitsstraße 14
60599 Frankfurt am Main
Mobil: (0177) 845 39 44
E-Mail: jan.gramm@palliativpsychologie.de

Dipl.-Psych. Gudrun Halbrock

Gustav-Leo-Str. 14
20249 Hamburg
Tel.: (040) 47 85 69
E-Mail: g.halbrock@gmx.de
www.kinder-hh.de

Prof. Dr. Dr. hc. mult. Dipl.-Psych. Ursula Lehr

Bundesministerin a. D.

Stellvertretende Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)

Am Büchel 53 b

53173 Bonn

Tel.: (0228) 35 28 49

Fax: (0228) 35 27 41

E-Mail: ursula.lehr@t-online.de

Dipl.-Päd. Simone Mouget

Teamleiterin Gesundheitsmanagement

Deutsche Bahn AG

Potsdamer Platz 2

10785 Berlin

Tel.: (030) 297 623 24

E-Mail: simone.mouget@deutschebahn.com

Dipl.-Psych. Christian Schulze

Fachbereichsleiter Gesundheit

Augsburger Volkshochschule – Augsburger Akademie e. V.

Willy-Brandt-Platz 3 a

86153 Augsburg

Tel: (0821) 502 65 15

Fax: (0821) 502 65 18

E-Mail: chr.schulze@vhs-augsburg.de

www.vhs-augsburg.de

Dr. Dipl.-Psych. Sibylle Wolff

Personalentwicklung Konzernleitung

Deutsche Bahn AG

Potsdamer Platz 2

10785 Berlin

Tel.: (030) 297 613 33

E-Mail: sibylle.wolff@deutschebahn.com

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Susanne Zank

Susanne Brose, Inka Wilhelm

Universität zu Köln

Humanwissenschaftliche Fakultät

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie

Herbert-Lewin-Str. 2

50931 Köln

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.
Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-942761-42-0

Verlag

Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin

Satz/Layout

Michael Zander, Berlin

Druck

druckhaus köthen, Köthen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung
außerhalb der engen Grenzen des
Urheberrechtsgesetzes in der jeweils
geltenden Fassung ist ohne Zustimmung des
Verlages und des Herausgebers unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und
die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Alle Rechte vorbehalten

© 2016 Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Printed in Germany

ISBN 978-3-942761-42-0

