

Von Robotern und
Nachbarn

Gestaltungsmöglich-
keiten der Wohnum-
welt älterer Menschen

Autoren

Wolfgang Paulus
Sascha Romanowski

Auf den Punkt

- Mit der Alterung der Gesellschaft wird sich der Bevölkerungsanteil unterstützungsbedürftiger Menschen erhöhen. Die Unterstützung wird verstärkt in den Wohnungen, dem Gesundheitsstandort Haushalt und im Wohnumfeld der Älteren stattfinden.
- Seit geraumer Zeit gibt es Bestrebungen, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsstandorts Haushalt durch unterschiedliche technische und soziale Maßnahmen zu vergrößern.
- Gerade Vorhaben, die sich auf den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik beschränken, kommen häufig über das Stadium von Pilotprojekten nicht hinaus.
- Projekte, die auf die Verbesserung des sozialen Umfeldes abzielen, ignorieren weitgehend die Möglichkeiten moderner Informations- und Kommunikationstechnik.
- Nur ein holistisches Vorgehen, das von den konkreten Bedürfnissen und Wünschen der Älteren und anderer Beteiligter (Ärzte, Pfleger, Verwandte, Nachbarn) ausgeht und die Verwendung von Technikkomponenten mit der Durchführung von sozialen Maßnahmen kombiniert, wird erfolgreich sein.

Zentrale wissenschaftliche
Einrichtung der Fachhochschule
Gelsenkirchen in Kooperation
mit der Ruhr-Universität Bochum

Einleitung:

Der Haushalt war historisch und ist aktuell ein wichtiger Standort für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie für die Bewältigung von Krankheit und deren Folgen. Aufgrund der Entwicklungen im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen und der Krankenhäuser ist abzusehen, dass weitere krankheitsbewältigende und gesunderhaltende Aktivitäten in den Haushalt verlagert werden. Gleichzeitig wird seine Leistungsfähigkeit durch Individualisierung und Anonymisierung der Menschen und den Trend zum Einpersonenhaushalt beeinträchtigt.

Um die absehbare Verringerung der Leistungsfähigkeit zu bewältigen, werden unterschiedliche Strategien verfolgt: Die eine propagiert den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik und Ambient Assisted Living: „Notruftechnik, die von selbst Hilfe holt, Bodenbeläge, die gefährliche Stürze erkennen und melden sowie sogar Roboter, die einem das Frühstück ans Bett bringen - so genannte intelligente Assistenzsysteme bieten älteren und hilfsbedürftigen Menschen die Chance auf ein sicheres Leben in den eigenen vier Wänden“, ist zum Beispiel einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu entnehmen, die anlässlich der Eröffnung des 3. AAL-Kongresses in Berlin veröffentlicht wurde¹. Ob der Roboter das Frühstück auch zubereitet hat, bleibt unerwähnt. Neben dieser technikzentrierten gibt aber auch eine andere Sichtweise, die auf soziale Unterstützung fokussiert und bis auf die Nutzungsmöglichkeit eines Hausnotrufdienstes ohne Technik auskommt². Meistens beschränken sich diese Vorhaben nicht auf die Wohnung, sondern beziehen die nähere räumliche Umgebung, das Wohnquartier mit ein. Die meisten Projekte der einen oder der anderen Kategorie haben sich in der Vergangenheit weitgehend gegenseitig ignoriert. Projekte, die die soziale und technische Dimension verbinden, bilden die Ausnahme.

In diesem Beitrag wird versucht eine Symbiose zwischen diesen beiden Sichtweisen herzustellen und deren Vorteile herauszuarbeiten.

Status und Perspektiven des Gesundheitsstandorts Haushalt

Häusliche Pflege

„Ambulant vor stationär!“ Dieser kurze Ausspruch fasst den aktuell vorherrschenden Trend innerhalb der Diskussion um die Perspektiven des „Haushalts als Gesundheitsstandort“ knapp

¹ <http://www.bmbf.de/press/2769.php>

² http://www.bgw-bielefeld.de/bielefeld_modell.html

aber präzise zusammen. So wird etwa in den gesetzlichen Bestimmungen zur häuslichen Pflege im SGB XI und im SGB XII häuslicher stets Vorrang vor stationärer Pflege eingeräumt.

Historisch betrachtet kann der „Gesundheitsstandort Haushalt“ jedoch auf eine lange Tradition zurückblicken; erst im Zuge eines flächendeckenden Ausbaus des medizinischen Systems mit Arztpraxen, Krankenhäusern und Hospizen und der damit einhergehenden besseren infrastrukturellen Verzahnung von Akteuren und Nutzern hatte der Haushalt den Status als wichtigster Ort der Krankheitsbewältigung und Gesunderhaltung nach und nach eingebüßt.³

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass die Etablierung von professionalisierten Gesundheitsstandorten jedoch keineswegs zu einem vollständigen Bedeutungsverlust des privaten häuslichen Umfeldes geführt hat. Bis zur heutigen Zeit hat der private Haushalt stets als „Auffangbecken für die kleinen Krankheiten des Alltags - von der leichten Verletzung über Erkältungen bis hin zur ernststen Grippe“ gedient⁴

Darüber hinaus ist der Haushalt in Deutschland die mit Abstand wichtigste Pflegeinstanz: So wurde etwa im Jahre 2007 der größte Teil der 2,25 Mio. pflegebedürftigen Menschen zu Hause betreut. Insgesamt mehr als zwei Drittel (68% bzw. 1,54 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden im heimischen Haushalt versorgt. Nur 32% der Bedürftigen (709.000) wurden dabei in professionellen Pflegeheimen betreut.

Das Statistische Bundesamt stellt in diesem Zusammenhang fest, dass, im Gegensatz zu den vorherigen Jahren, kein „eindeutiger Trend hin zu professioneller Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste“ mehr zu erkennen sei⁵

Grundsätzlich ist es nicht möglich, jede einzelne der verschiedenartigen privaten Pflegedienstleistungen quantitativ exakt zu bestimmen; Heinze et al. (2009) schätzen das Engagement in diesem Bereich auf insgesamt 625.000 Vollzeitstellen, wobei dies in Umsätzen einer Summe von 46 Mill. € entspräche.⁶

³ Unschuld, Paul U.; 2006: Der Patient als Leidender und Kunde. Deutsches Ärzteblatt 103 (17), A 1136-9.

⁴ Heinze, Rolf G./Hilbert, Josef/Paulus, Wolfgang; 2009: Der Haushalt - ein Gesundheitsstandort mit Zukunft. In: Goldschmidt, Andreas J. W./Hilbert, Josef (Hg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Gesundheitswirtschaft und Management Bd. 1. Wegscheid. 772-800.

⁵ Statistisches Bundesamt; 2008: Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.

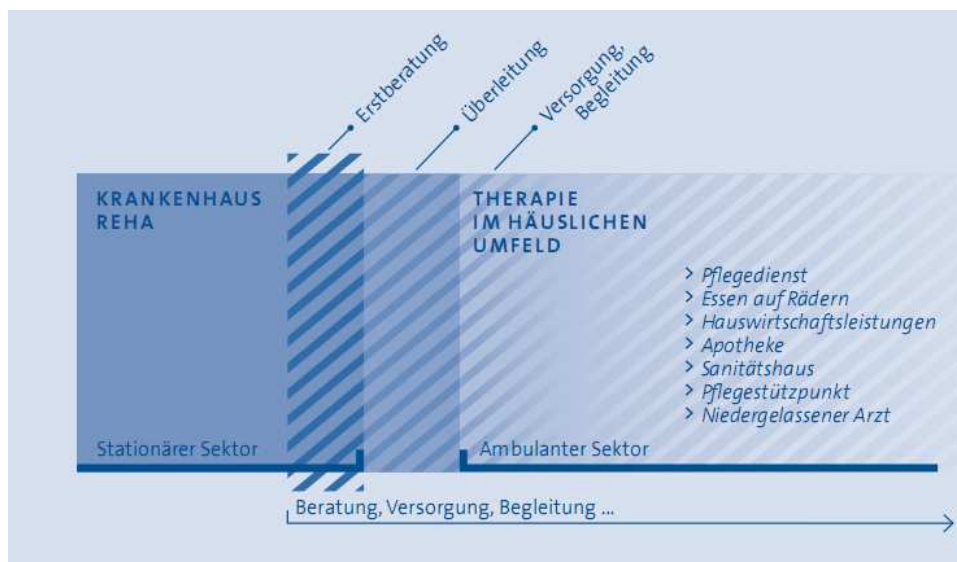
⁶ Heinze/Hilbert/Paulus 2009

Homecare

Seit Beginn der 90er Jahre wird im Zusammenhang von häuslicher Pflege zunehmend der Begriff „Homecare“ verwendet, jedoch ist dieser Begriff keineswegs mit der zuvor dargestellten „Häuslichen Pflege“ gleichzusetzen.

Unter dem Sammelbegriff „Homecare“ werden vielmehr Formen einer professionalisierten „Häuslichen Pflege“ zusammengefasst, und er wird derzeit fast ausschließlich von der Industrie besetzt. Der Bundesverband Medizintechnik definiert professionelle Homecare-Unternehmen als Lotsen, die in einem „stark vernetzten System Orientierung geben und die Koordination der vielfältigen Aufgaben sicherstellen.“⁷

Grundsätzlich könnten die angebotenen Leistungen auch pflegebedürftigen und älteren Menschen von Nutzen sein, jedoch zielt das Konzept mehr auf chronisch Kranke und auf die langfristige Nachversorgung derselben.



Quelle: Bundesverband Medizintechnologie e. V., BVMed; 2007

Homecare versteht sich eher als eine Variante der häuslichen „Therapie“ und grenzt sich somit von der häuslichen Krankenpflege ab, denn nicht alle heimischen pflegerischen Aktivitäten werden durch das SGB V und SGB XI ausreichend vergütet. So werden zwar bestimmte medizi-

⁷ Bundesverband Medizintechnologie e. V., BVMed; 2007: Gesundheit gestalten - Homecare. o.O. http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/da/b4/00/BVM_HC07_v21_72.pdf.

nische Produkte und Geräte (z.B. Stoma-Beutel) vergütet, aber nicht der geschulte Umgang seitens des Patienten oder der pflegenden Angehörigen mit diesen. Die (private) Pflege ist bisher also noch nicht in das Konzept von „Homecare“ integriert und positioniert, doch ist genau dies eine Grundvoraussetzung um ins Gesetz übernommen und somit ausreichend vergütet werden zu können.

Zukunft und Perspektiven des Gesundheitsstandortes

Die Struktur von privaten Haushalten war in den letzten hundert Jahren nicht nur speziell in der Funktion als Gesundheitsstandort starken Veränderungen unterworfen, vielmehr hat sich die Zusammensetzung der Haushalte selbst gewandelt, insbesondere hinsichtlich der Anzahl der Haushaltsmitglieder: Die klassische „Großfamilie“ spielt innerhalb der Industriestaaten kaum noch eine Rolle, Partnerschaften dauern durchschnittlich weit weniger lang an und neue, alternative Formen des zwischenmenschlichen Zusammenlebens etablieren sich und gewinnen gesellschaftliche Akzeptanz.

Der Datenreport 2004 des Statistischen Bundesamtes⁸ bietet diesbezüglich einen umfassenden Überblick:

Generell ist ein Trend *hin zu kleinen Haushalten* zu beobachten: Lebten 1950 noch 55,3% aller Menschen in einem Haushalt mit drei und mehr Personen, war es im Jahr 2003 mit 29,3 % nur noch knapp die Hälfte. Die Haushaltsgröße war um die Jahrhundertwende mit durchschnittlich 4,49 Personen ebenfalls fast doppelt so groß wie im Jahr 2003 (2,13 Personen).⁹

Die *Großfamilie* (fünf und mehr Haushaltsmitglieder) war noch Anfang des letzten Jahrhunderts der dominierende Familientyp (44% aller Haushalte), tritt aber in heutiger Zeit nur noch *als Randerscheinung* (4%) auf.

Analog zum Bedeutungsverlust der Großfamilien haben Singlehaushalte gesellschaftlich signifikant an Gewichtung gewonnen, insbesondere in urbanen Regionen. Zu Beginn des Jahrhunderts waren Einpersonenhaushalte noch eine Randerscheinung. 1950 wurde bereits in 20% aller Haushalte das Leben alleine bestritten und im Jahr 2003 in 37%.¹⁰

⁸ Statistisches Bundesamt; 2004: Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.

⁹ ebd.: 41

¹⁰ ebd.: 45

Bedingt durch den demographischen Wandel sind gerade die genannten Singlehaushalte stark durch ältere Menschen geprägt: Von den rund 13,8 Mill. Ein-Personen-Haushalten waren im Mai 2003 knapp zwei Fünftel (38%) in der Altersgruppe 65 Jahre und mehr und gut ein Fünftel (22%) in der Gruppe 75+ zu finden¹¹

Insgesamt sind die Haushalte in Deutschland aber nicht nur kleiner und älter geworden, allgemein lässt sich eine zunehmende Instabilität diagnostizieren. Die steigende Scheidungshäufigkeit dient in diesem Kontext als wichtiger Indikator.

383.000 geschlossenen Ehen im Jahr 2003 stehen in Deutschland beispielsweise 214.000 geschiedene gegenüber. Lag die Scheidungsquote im Jahre 1960 noch bei 1,0 pro 10.000 Einwohner, stieg sie 1990 bereits auf 2,0 und liegt im Jahr 2003 bereits bei 2,6. „Berücksichtigt man die Ehedauer der geschiedenen Ehen, so wäre bei einem Anhalten der derzeitigen Scheidungshäufigkeit damit zu rechnen, dass etwa 42 % der Ehen im Laufe der Zeit wieder geschieden werden.“¹²

Obwohl die „traditionelle“ (Groß-)Familie scheinbar gesellschaftlich keine gewichtige Rolle mehr spielt, sind feste Bindungen zwischen den verschiedenen Generationen aber keineswegs völlig abhanden gekommen. Die Ebenen der familiären Bindungen haben sich weniger sozial, sondern vielmehr räumlich verschoben. Bedingt durch den Fortschritt der IuK-Medien und die damit einhergehende Auflösung von räumlichen Distanzen („Global Village“), können heutzutage soziale Kontakte auch über größere Entfernungen gepflegt werden.

Es überwiegt die sogenannte „multilokale Mehrgenerationenfamilie“; hier lebt der größte Teil der Erwachsenen zwar nicht in einer Wohnung, trotzdem wird hier ein intensiver Austausch zwischen den Generationen gepflegt: [...] die intergenerationalen Verhältnisse sind von einer engen emotionalen Verbundenheit, von häufigen Kontakten und von vielfältigen und umfangreichen Unterstützungsleistungen geprägt“.¹³

Vor dem Hintergrund dieser kurz umrissenen gesellschaftlichen und technischen Entwicklungstendenzen sind folgende Perspektiven für die Zukunft des Gesundheitsstandortes Haushalt festzuhalten:

¹¹ ebd.: 45

¹² ebd.: 46

¹³ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2007: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Berlin.

1.) Allgemein lässt der fortschreitende Wertewandel das Interesse an einem gesunden Lebenswandel („Healthy Lifestyle“) und somit an Gesundheits-Selbsthilfe steigen. Der Fortschritt im Bereich der IuK-Medien und die damit einhergehenden neuen Optionen im Bereich der Gesundheitskommunikation (etwa der öffentliche Zugang zu medizinischem Fachwissen) unterstützen diesen Trend nachhaltig.

2.) Der durch den demographischen Wandel bedingte stark steigende Pflegebedarf insbesondere älterer Personen ist ohne das Engagement innerhalb der privaten Haushalte kaum zu bewältigen. Zwar können Kontakte auch über größere räumliche Distanzen hinweg gehalten werden, nahestehende Personen können aber meist nur als „Koordinatoren“ zwischen professionell geschulten Instanzen fungieren. Die Bedeutsamkeit von ambulanten Pflegediensten wird weiter zunehmen.

3.) Eine Verkürzung von Liegezeiten in Akut- und Rehakrankenhäuser führt dazu, dass Patienten zwar schneller, aber nicht unbedingt vollständig gesund in ihre Wohnungen entlassen werden. Somit steigt parallel zu den kürzeren Krankenhausaufenthalten der Bedarf an einer anschließenden medizinischen Versorgung. „Homecare“ wird dabei zukünftig eine wichtige Rolle spielen müssen.

4.) Der medizintechnische Fortschritt ermöglicht zwar, alters- und krankheitsbedingte Defizite zu beheben oder abzuschwächen (z.B. Heimdialysen), zieht aber gleichzeitig einen gesteigerten Bedarf an professioneller Wartung von Geräten bzw. Überwachung von (Vital-) Parametern nach sich.

5.) Dies führt wiederum zu einer gesteigerten Bedeutung von telemedizinischen Lösungen, wie etwa Telehealthmonitoring.

Maßnahmen zur Vergrößerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitsstandorts Haushalt

Soziale Maßnahmen

Eine gewichtige Herausforderung wird auch die Entwicklung neuer und innovativer Wohn- und Betreuungsformen darstellen. Dabei spielen zwar auch zwangsläufig technische Innovationen eine Rolle, doch sollten Aspekte wie die Reorganisation von pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten im Haushalt nicht unberücksichtigt bleiben.

Untersuchungen zeigen, dass die meisten älteren Menschen auch heutzutage ihren Lebensabend nicht in einer Pflegeeinrichtung verbringen wollen, sondern lieber in einer ganz normalen Wohnung, vorzugsweise der eigenen. „Dennoch ziehen auch ältere Menschen einen Umzug in Erwägung, wenn die vorhandene Wohnung nicht (mehr) den Bedürfnissen entspricht oder aber ein attraktives Alternativangebot bereitsteht.“¹⁴

Wie bereits zuvor dargelegt, werden die privaten Haushalte zunehmend „kleiner und instabiler“. Eine Möglichkeit solchen Erosionserscheinungen zu begegnen stellt beispielsweise eine Mehr-Generationen-Wohngemeinschaft dar: "Alle unter einem Dach - aber jede(r) für sich, eine ebenso kommunikative wie individualistische Form des Wohnens, die Zusammensein genauso wie Alleinsein ermöglicht und zugleich Vereinsamung verhindern hilft. Das wird auch eine lebenswerte Alternative für die wachsende Zahl von Singles und Senioren sein."¹⁵

Bielefelder Modell

Die Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbh (BGW) entwickelte das Bielefelder Modell, welches laut Eigendarstellung folgende Komponenten umfasst:

- „den Mietern auch bei steigender Hilfebedürftigkeit das Wohnen in modernen und komfortablen eigenen Wohnungen im vertrauten Umfeld ermöglichen,
- integratives Wohnen in den Projekten und im Umfeld möglich machen – für ältere Menschen, für Behinderte, für Menschen mit geringem und hohem Hilfebedarf sowie für Demenzkranke,
- 24-stündige Versorgungssicherheit für die Mieterinnen und Mieter und das Wohnumfeld garantieren, ohne dass eine Betreuungspauschale anfällt,
- die Möglichkeiten der Prävention durch eine frühzeitige Unterstützung verbessern, indem die Selbsthilfefähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen und ihres Umfeldes gestärkt werden.“¹⁶

¹⁴ Naegele, Gerhard/Heinze, Rolf G./Hilbert, Josef; 2006: Wohnen im Alter. S.7

¹⁵ <http://www.wohnprojekte-niedersachsen.de/tagungsinhalt.html>

¹⁶ http://www.bgw-bielefeld.de/bielefeld_modell.html

Um die erfolgreiche Umsetzung des „Bielefelder Modells“ zu gewährleisten, ist der BGW auf die Zusammenarbeit mit Akteuren speziell aus dem Bereich der ambulanten Pflegedienste angewiesen. Bei dem „Bielefelder Modell“ umfassen die Kooperationen folgende Punkte:

1. *Hilfe und Pflege:* In der Seniorenwohnanlage können auch schwerstpflegebedürftige Menschen (Pflegestufe III oder Härtefallregelung) wohnen. Sämtliche Hilfe- und Pflegeleistungen können von den Mieterinnen und Mietern der Wohnanlage im Bedarfsfall in Anspruch genommen werden.
2. *Regelmäßige Beratungsangebote im Haus:* Geschulte Mitarbeiter bieten eine regelmäßige Beratung an: Gesundheitsberatung, Informationen über Hausnotrufsysteme oder Unterstützung bei der Antragstellung bei verschiedenen Kostenträgern.
3. *Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten:* Hier soll die „Hilfe zur Selbsthilfe“ gefördert werden. Es stehen zahlreiche Freizeit- und Fitnessangebote zur Verfügung.
4. *Begegnung der Generationen:* Kulturfeste und gemeinschaftliche Feierlichkeiten fördern einen regen Austausch mit der Nachbarschaft und beugen so potenzieller Vereinsamung vor. Ein Pflegedienst übernimmt hierbei die Koordination.
5. *Beratung von Angehörigen und Freunden:* Durch gezielte Schulung von Angehörigen und Freunden soll die Hilfe durch das nahe Umfeld gestärkt werden.
6. *Wählbarer Hausnotrufdienst:* Mehrere Einrichtungen in Bielefeld bieten optional einen Hausnotrufdienst an, der im Notfall einen Kontakt zwischen Mieter und Pflegedienst herstellen kann.
7. *Vermittlung von Hauswirtschafts- und Pflegediensten:* Die WG-Bewohner des „Bielefelder Modells“ haben bei allen Dienstleistungen stets völlige Wahlfreiheit. Jeder gewünschte Hauswirtschafts- und Pflegedienst kann bei Bedarf in Anspruch genommen werden.
8. *Multikulturelle Seniorenhilfe:* Es werden die Wünsche und Belange unterschiedlicher kultureller, religiöser und ethnischer Herkunft ausreichend geachtet und gewürdigt.

9. Förderung der Selbsthilfe und der Dienstleistungsvielfalt: Hier ist es ein zentrales Anliegen, Leistungen im Rahmen der Vereinbarung nicht pauschal zu gewähren, sondern sie bedarfsgerecht im Einzelfall zu organisieren und zu vergüten.

Diese Punkte unterstreichen die Bedeutung gut koordinierter Kooperationen. Bis spätestens 2012 versucht die BGW in allen Bielefelder Stadtteilen mit dem Angebot des „Bielefelder Modells“ vertreten zu sein. Sie wird dabei weiterhin mit unterschiedlichen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, um so den Wettbewerb zu beleben und eine möglichst große Vielfalt an Dienstleistungen zu gewährleisten.

SONG – Soziales neu gestalten

Das Netzwerk „Soziales neu gestalten“ (SONG) bezeichnet einen Zusammenschluss mehrerer Akteure in der Sozialwirtschaft, deren „gemeinsames Fundament ihr Engagement für das Gemeinwohl und der Wille, die Herausforderungen und Chancen des demographischen Wandels aktiv zu gestalten“¹⁷ bildet. In den Einrichtungen und Geschäftsstellen der Netzwerkpartner sind insgesamt rund 13.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Die einzelnen Partner des Netzwerkes sind namentlich:

- Bank für Sozialwirtschaft AG, Köln
- Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Bremer Heimstiftung, Bremen
- CBT – Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH, Köln
- Evangelisches Johanneswerk e. V., Bielefeld
- Stiftung Liebenau, Meckenbeuren-Liebenau

Das Netzwerk fordert ein radikales Umdenken aller Beteiligten: Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger, Dienstleistungsanbieter, Investoren, Finanziere und Bürger sind gefordert, Veränderungen auf der Handlungsebene des sozialen Miteinanders vorzunehmen und auf der Strukturebene von Diensten und Einrichtungen sowie der baulichen Infrastruktur neue Wege zu beschreiten. In den Augen des SONG-Netzwerkes muss der geradezu „wild-

¹⁷ Netzwerk Soziales neu gestalten (2008): Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden. Positionspapier des Netzwerkes: Soziales neu gestalten (SONG) zum demographischen Wandel. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6110A2AD-AAA23179/bst/ZukunftQuartier_Juni%202008.pdf

wüchsige“ Neubau isolierter Pflegeeinrichtungen unterbunden werden; vielmehr sollten lokale und gemeinwesenorientierte Versorgungsangebote gefördert werden, um so generationenübergreifende, kleinräumige Unterstützungsstrukturen zu schaffen. Dies unterstützt und fördert letztendlich die Eigenverantwortung und Solidarität der Menschen vor Ort.

Die aus der steigenden Hilfs- und Pflegebedürftigkeit resultierenden gesellschaftlichen Herausforderungen versuchen die Leuchtturmmodelle der SONG-Partner innerhalb von Quartieren und alltagsnahen Wohnmodellen zu bewältigen. Diese Modelle bieten den Bewohnern barrierefreie Wohnungen verschiedener Größenordnungen in Wohnanlagen, die in den jeweiligen Stadtteil integriert sind und vielfältige Begegnungsmöglichkeiten bieten, auch über die Generationen hinweg. Ähnlich dem „Bielefelder Modell“ hält auch bei SONG der Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ eine Schlüsselposition inne, im Detail lassen sich die gemeinsamen Zielvorgaben der SONG-Modellprojekte zu folgende Unterpunkten zusammenfassen:

- Stärkung von Eigenverantwortung und Eigeninitiative,
- Förderung von sozialen Netzen und neuen Formen des Hilfemixes,
- Entwicklung neuer lokaler Kooperationsformen und Interessensgemeinschaften durch Gemeinwesenarbeit,
- Gestaltung neuer Pflegearrangements im Quartier,
- Mobilisierung erhöhter nachbarschaftlicher Hilfe.

Das Netzwerk SONG betont für die zukünftige gesellschaftliche Orientierung die Bedeutung des **Subsidiaritätsprinzips** und erklärt das bisherige Leitbild des vorrangig versorgenden Sozialstaates als nicht mehr zeitgemäß. Das vor dem Hintergrund einer selbstbestimmten Lebensgestaltung verstandene Subsidiaritätsprinzip muss als zentraler Baustein unserer Gesellschaftsordnung neu definiert werden. Grundsätzliche sozialstaatliche Garantiefunktionen sollen dabei aber nicht zurückgenommen werden, wohl aber neu justiert werden:

- Zuständigkeiten und Infrastrukturverantwortung in Pflege und Betreuung
- Zugangsregelungen zu Sozialleistungen sowie ihre Realisierung vor Ort
- Prinzipien der Verteilungs- und individuellen Bedarfsgerechtigkeit

„Subsidiarität ist freilich nicht gleichbedeutend mit neoliberalen Rücknahmetendenzen des Staates oder gar einer sozialpolitischen „laissez-fair“-Gleichgültigkeit. Ganz im Gegenteil ist

hier ein unterstützender und ersatzweise eintretender Staat gemeint, der sehr wohl um die grundsätzlichen Grenzen seiner eigenen Leistungsfähigkeit weiß.“¹⁸

Wie bereits zuvor angesprochen, finden die meisten Sorge- und Pflegeaufgaben in Deutschland innerhalb von Familien und Partnerschaften statt. Auch wenn die Mitglieder des Netzwerkes perspektivisch ebenfalls von einer mittelfristig deutlichen Abnahme dieses „informellen“ Pflegepotenzials ausgehen, schätzen sie insgesamt die Solidarität als sehr hoch ein. **Bereitschaft zu Solidarität** sei ausreichend vorhanden, befinde sich aber Umbruch. Um effektiv die Bereitschaft zu Solidarität und Engagement innerhalb der Bevölkerung zu fördern, bedarf es ebenso einer Wirtschaftsförderung wie einer infrastrukturellen Verankerung. Hier würden speziell die Kommunen Aufgaben übernehmen, um engagementfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen und nachhaltig zu etablieren.

„Eine ‚kommunale Engagementlandschaft‘ ist durch eine flächendeckende Struktur lokaler Anlaufstellen geprägt, die zielgerichtet freiwilliges Engagement im Quartier fördert und unterstützt. Regionale Kompetenzstrukturen und Förderinstrumente auf Landesebene können einen wesentlichen Beitrag hierzu leisten.“

Als dritter Punkt wird betont, dass eine auf dem Subsidiaritätsprinzip basierende Sozialpolitik eine **Stärkung der Kommunen** zwingend voraussetzt. Zu kritisieren sind die derzeit im Pflege-sektor dominierenden zentralen, nationalen Institutionen, da sie insgesamt die lokale Steuerungsfähigkeit und –bereitschaft zu stark einschränken. In den Augen von SONG stellt aber die Entwicklung einer bedarfsorientierten Wohninfrastruktur und Pflege- bzw. Assistenzlandschaft eine zentrale Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge dar und muss daher vor allem auf lokaler Ebene gestaltbar sein.

Für die Zukunft ist zu prognostizieren, dass weder Familien, Staat, Markt oder der dritte Sektor jeweils für sich selbst die öffentliche Wohlfahrt gewährleisten können. Vor diesem Hintergrund spricht sich SONG für einen sektorenübergreifenden „Welfare-Mix“ aus. Darüber hinaus wird die Relevanz der geregelten öffentlichen Finanzierung eines solchen Sozialmanagements betont. Da die öffentlichen Kostenträger vom Gelingen solcher sozialen Netzwerke profitieren, sollten sie auch an den zusätzlichen Kosten des Sozialmanagements beteiligt werden: „Die im Sozialleistungs- und im Sozialversicherungssystem zur Verfügung stehenden Mittel dürfen

¹⁸ Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG): Lebensräume zum Älterwerden - Für ein neues Miteinander im Quartier. <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6110A2AD-AAA23179/bst/Memorandum.pdf>

künftig also nicht mehr ausschließlich in die Einzelfallhilfe gehen, sondern müssen zumindest teilweise für diese notwendige Infrastruktur verwendet werden.¹⁹

Technische Maßnahmen

Der technologische Fortschritt, speziell im Bereich der Informations- und Kommunikationsmedien, spielt zweifellos eine tragende Rolle um die Effektivität des privaten Haushaltes als Gesundheitsstandort nachhaltig zu steigern. Speziell bei der nachhaltigen Versorgung von chronisch Kranken oder bei bestimmten Formen der im Abschnitt Homecare angesprochenen „häuslichen Therapien“ ist Telemedizin ein wichtiger und integraler Bestandteil. In der Telemedizin werden Informations- und Kommunikationstechnik eingesetzt, um größere räumliche Distanzen zwischen beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen zu überbrücken. Dies kann sich auf Fachleute beschränken, kann aber auch die direkte Therapie eines Patienten unterstützen.²⁰

In jüngerer Zeit wird synonym zu **Telemedizin** auch von „E-Health“ gesprochen. Meist fungiert „E-Health“ aber als Sammelgriff für das Zusammentreffen von Medizin und moderner, digitaler Informationstechnik. Ein im Internet zur Verfügung stehendes medizinisches Informationsportal kann durchaus der Kategorie „E-Health“ zugeordnet werden, entspricht aber weniger der „klassischen“ Vorstellung einer telemedizinisch gestützten (Fern-)Therapie. Nichtsdestotrotz sind die Grenzen oftmals fließend, da auch ein solches Portal neue Möglichkeiten zur Selbsthilfe auf Patientenseite eröffnet (Empowerment) und somit ebenfalls die Erfolgchancen einer Therapie steigert. Auch hier wird durch Technikeinsatz eine kommunikative Brücke zwischen Arzt und Patient gebaut, ist somit im weitesten Sinne ebenfalls eine telemedizinische „Anwendung“.

„**Ambient Assisted Living**“ (AAL) ist ein weiterer Begriff der jüngst im Diskurs verwendet wird. Speziell in der Diskussion um „intelligente Häuser“ werden Telemedizin und AAL häufig in einem Atemzug genannt. Solche „intelligenten“ Häuser oder Wohnungen sollen durch eine technische Automatisierung des Haushaltes alten und kranken Menschen ein selbstbestimm-

¹⁹ Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG): Lebensräume zum Älterwerden - Für ein neues Miteinander im Quartier. <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6110A2AD-AAA23179/bst/Memorandum.pdf>

²⁰ Haas, Peter; 2006: Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potentiale. Berlin, Heidelberg. 6,524

tes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Sie versorgen, überwachen und beschützen ihre Bewohner mit Hilfe technischer Assistenzsysteme.²¹

Im Gegensatz zu Telemedizin und **E-Health** steht beim Ambient Assisted Living ausschließlich der private Haushalt im Mittelpunkt. Vor dem Hintergrund der gesamten Debatte sind aber auch hier die Schnittmengen größer als Abgrenzungen, da viele AAL-Projekte synonym als Telemedizin-Projekte beschrieben werden können und da die Übermittlung und somit Überwachung von Parametern (Telemonitoring) eine Schlüsselkomponente von AAL ist.

Die Debatte um den Einsatz solcher Techniken in privaten Haushalten ist aber grundsätzlich nicht neu und keineswegs exklusiv an die „Neuen Medien“ geknüpft. Vor dem Hintergrund technisch immer weiter voranschreitender telemedizinischer Produkte und Dienstleistungen werden die frühen Anwendungen der ersten Generation („1st Generation Telecare“) zugeordnet, wohingegen aktuelle Innovationen in diesem Bereich Produkte der 3. Generation repräsentieren.²²

Als Beispiel einer solchen Technikanwendung der 1. Generation sind etwa die verschiedenen Hausnotrufsysteme (Social Alarms) zu nennen, diese werden seit Jahrzehnten erfolgreich am Gesundheitsstandort Haushalt eingesetzt. Die technische und organisatorische Entwicklung dieses Systems begann in Deutschland bereits in den 1970er Jahren in Wilhelmshaven, während zur gleichen Zeit auch in anderen europäischen Ländern mit der Entwicklung ähnlicher Systeme begonnen wurde.²³ Die damals formulierte Zielsetzung der Hausnotrufsysteme könnte auch einer aktuellen Debatte zum Thema „AAL“ und „EHealth“ entnommen sein: „Das erklärte Ziel war es, älteren Menschen, chronisch Kranken und Infarktpatienten einen Weg zu öffnen, so lange und so sicher wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben zu können. Es sollte ein System entstehen, welches zentral geführt in der Lage ist, gezielt die notwendige Hilfe zu vermitteln. Dabei wurde besonders an Familien, Nachbarn, Hausarzt und öffentliche Einrichtungen gedacht.“²⁴ Im Laufe der Zeit haben sich die Hausnotruf-Systeme bundesweit etabliert: Laut dem Bundesverband Hausnotruf haben die jeweiligen Betreiber in Deutschland

²¹ Heusinger, Winfried; 2005: Das intelligente Haus: Entwicklung und Bedeutung für die Lebensqualität. Frankfurt am Main ; Berlin ; Bern ; Bruxelles ; New York ; Oxford; Wien.

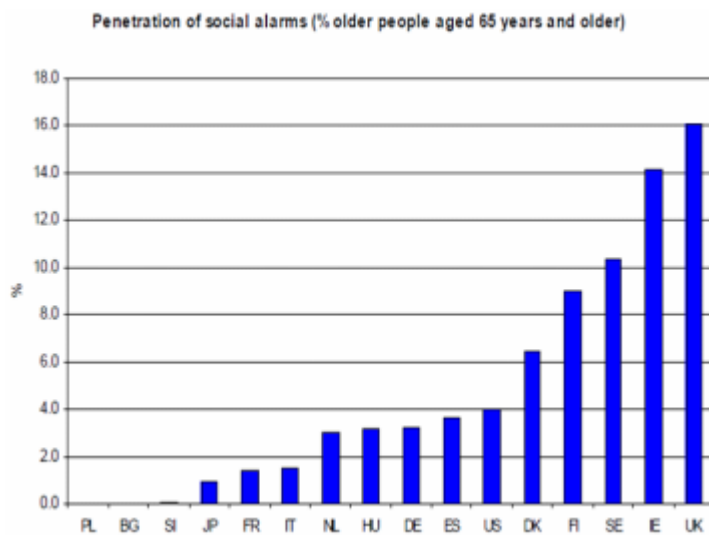
²² http://www.empirica.com/%2Faktuelles%2Fdocuments%2FICT%2BAgeing_Workshop_2nd_Session.pdf

²³ Hormann, Wilhelm; 1980: Hausnotrufsysteme. Kommunikationstechnologie im Dienst am Menschen. o.O. http://www.akut-kliniken.de/UserFiles/File/15_Symposium_Hausnotruf_0003.PDF.

²⁴ Seibt, Sebastian; 2005: 25 Jahre Haus-ServiceRuf von Bosch in Deutschland. SAFETY (1), 11. <http://www.bosch-sicherheitssysteme.de/de/service/media/SafetyI2005.pdf>.

350.000 Kunden.²⁵ Vermutlich sind es aber weitaus mehr, da beim Bundesverband nur die großen Betreiber vertreten sind, darüber hinaus aber auch viele kleine existieren.

Obwohl Produkte der ersten Generation bereits seit geraumer Zeit zur Verfügung stehen und die Verbreitung etwa der Hausnotrufsysteme in Deutschland ein anderes Bild suggeriert, erscheint der wirtschaftliche Durchdringungsgrad solcher Dienste auf europäischer Ebene weit weniger hoch:



Quelle: Empirica & WRC 2008, 18

Von einer flächendeckenden Versorgung auf europäischer Ebene kann also selbst bei den vermeintlich etablierten telemedizinischen Diensten der ersten Generation nicht gesprochen werden. Erweitert man diese Perspektive dann über den europäischen Tellerrand hinaus wird schnell deutlich, dass die Telemedizin – speziell die der jüngeren, dritten Generation – in vielen Ländern weit von einer Regelinplementierung („Fully mainstreamed“) entfernt ist.

²⁵ <http://www.bv-hausnotruf.de>

	Fully mainstreamed	Partially mainstreamed	Pilot/trial activity	Little or no activity
Social alarms (1st generation)	DK, DE, ES, FI, FR, HU, IE, IT, NL, SE, UK, US, JP	PL, SI		BG
Telecare (2nd generation)		Leading: UK, (FI), (US) Others (with some mainstream availability/capacity): ES, IE, SI, DE, DK, NL, SE, JP, IT, FR, PL	HU	BG
Telecare (3rd generation)			US, JP (RTD/trials beginning in a number of EU countries)	(Majority of countries up to now)

Quelle: Empirica & WRC 2008, 16

Es bleibt abschließend festzuhalten, dass die Telemedizin trotz ihrer zahlreichen und viel versprechenden Ansätze als tragende Säule einer zukünftigen Pflege- und Gesundheitsarchitektur immer noch zu sehr vernachlässigt wird. Als entscheidender Grund ist hier die Technik-Fixierung der Forschungs- und Entwicklungslandschaft zu nennen. Funktionierende und rentable telemedizinische Produkte können aber nur sehr selten „für sich allein“ funktionieren, vielmehr sollten sie Teil einer medizinisch, technisch und vor allem sozial geprägten Infrastruktur sein. Gerade vor diesem Hintergrund ist ein Mangel an verlässlichen und nachhaltigen Business-Modellen zu beklagen.

Ein Beispiel für ein holistisches (technisch-soziales) Projekt

Im Folgenden werden wir das Projekt „technisch-soziales Ambient Assisted Living in Kaiserslautern“ beschreiben²⁶

Am Projektbeginn erfolgt der Neubau eines Einfamilienhauses und eines Mehrfamilienhauses mit 16 Zwei- und zwei Dreiraumwohnungen. Die Wohnungen sind barrierefrei konstruiert, die Bäder behindertengerecht, sie sind durch einen gemeinsamen Laubengang zu erreichen. Das Mehrfamilienhaus hat trotz seiner geringen Anzahl von drei Geschossen einen Fahrstuhl. Die Wohnungen liegen in unmittelbarer Nähe zum Stadtzentrum von Kaiserslautern; eine Apothe-

²⁶ Spellerberg, Annette, Jonas Grauel und Lynn Schelisch, 2009: Ambient Assisted Living - ein erster Schritt in Richtung eines technisch-sozialen Assistenzsystems für ältere Menschen. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8.

ke, mehrere Arztpraxen, Einkaufsmöglichkeiten und ein Park befinden sich ebenfalls in der näheren Umgebung.

„In der Wohnanlage lebten im Februar 2008 insgesamt 26 Menschen in 18 Haushalten: eine jüngere Familie mit drei Kindern, vier Paarhaushalte und 13 Alleinwohnende. Fünf der Mieter/innen sind 60 Jahre oder jünger (ohne Kinder), vier sind 80 Jahre oder älter. Den Großteil der Mieter/innen stellen somit die 60- bis 80-Jährigen; das Durchschnittsalter beträgt 69 Jahre.“

In den Wohnungen wurden zahlreiche technische Komponenten installiert. Die Wohnungen verfügen über einen KNX-Bus²⁷ sowie Sensoren, die Türen, Fenster, Lampen usw. überwachen. Eine Kamera erlaubt es, den Eingangsbereich der Wohnung zu überwachen.

Zentrale Steuerungs- und Bedienungseinheit ist der „Persönliche Assistent für Unterstütztes Leben“ -- kurz PAUL. Dabei handelt es sich um einen TouchScreen-PC.

„Als Kernfelder im Kaiserslauterer Assisted Living-Konzept wurden Komfort, Sicherheit und Gesundheit definiert. Mit der beschriebenen Ausstattung können eine Vielzahl von Funktionen in diesen Bereichen abgedeckt werden, die hier kurz beschrieben werden:

Komfort: Die elektrischen Rollläden können bequem über Schalter an der Wand oder PAUL bedient werden, auch gibt es die Möglichkeit, mittels eines Knopfdrucks alle Lichter und Rollläden in der Wohnung gleichzeitig zu bedienen. PAUL bietet außerdem verschiedene Kommunikations- und Unterhaltungsmöglichkeiten. Man kann einige Internetseiten aufrufen (Bahn, Kommune, Kino, Theater, Nachrichten in verschiedenen Zeitungen, Wetterbericht), bei ausgewählten Sendern Radiohören oder die Weckfunktion nutzen.

Sicherheit: Potenzielle Gefahrenquellen wie Herd oder Bügeleisen werden automatisch ausgeschaltet, wenn man bei Verlassen der Wohnung den zentralen Aus-Schalter benutzt. Die Steckdosen für diese Geräte sind, ebenso wie der Schalter, rot. Graue Steckdosen für unbedenkliche Geräte wie Fernseher oder Stereoanlage sind grau und werden durch den Schalter nicht stromlos geschaltet. Offene Fenster werden durch ein rotes Lämpchen angezeigt, wenn ein Mieter die Wohnung verlässt. PAUL ist auch Türöffner mit Gegensprechanlage und Kamera. Der Eingang in das Gebäude ist mit einer Kamera ausgestattet, die ein Bild von den Besuchern

²⁷ www.knx.de

auf PAUL überträgt. Wenn es klingelt, kann man den Besucher sehen, mit ihm sprechen und die Tür öffnen. PAUL kann auch im Schlafzimmer angeschlossen werden, so dass es möglich ist, vom Bett aus mit jemandem zu sprechen, der geklingelt hat und die Haustür zu öffnen.

Diese Funktionen können über die standardmäßig implementierte Automatisierungstechnik in Kombination mit PAUL problemlos abgedeckt werden. Im Gesundheitsbereich hingegen werden in der Regel besondere Geräte benötigt, wie etwa Sturzdetektoren oder Armbänder, die Puls, Körpertemperatur oder Blutdruck messen. Ein Nachteil dieser Geräte liegt darin, dass sie ihre Funktion nicht erfüllen, wenn der ältere Mensch sie nicht angelegt hat. In Kaiserslautern wird daher angestrebt, auch den Gesundheitsstatus einer Person über die Sensortechnik zu überwachen (Inaktivitätsmonitoring). Durch die Informationen, die die Sensoren sammeln, soll ein Profil der täglichen Zeiten von Inaktivitäten für jede/n Mieter/in erstellt werden. Wenn der Mieter oder die Mieterin zu Hause ist, die Bewegungsmelder seit mehreren Stunden keine Bewegung erkannt haben, obwohl normalerweise zu dieser Zeit Aktivitäten stattfinden, könnte dies auf einen Sturz hinweisen. PAUL kann in einem solchen Fall nach einem individuell abgestuften Notrufkonzept Hilfe rufen (Ruf in die Wohnung selbst, dann Nachbarn, Angehörige, Serviceeinrichtungen).²⁸

Zusammenfassend kommen die Verfasser/innen des Projektberichts zu dem Schluss, dass die Wohnzufriedenheit in der Wohnanlage sehr hoch ist. Die Wohnzufriedenheit führen sie jedoch in erster Linie auf die Barrierefreiheit der Wohnungen, die hohe Bauqualität, die gute Infrastruktur und die gute Nachbarschaft zurück. Die technischen AAL-Komponenten spielen eher eine Nebenrolle.

Fazit: Plädoyer für ein holistisches Vorgehen

Nachdem wir einige Aspekte der sozialen und technischen Unterstützungsmöglichkeiten Älterer in ihrer Wohnung beschrieben haben, plädieren wir für eine Fokussierung auf die Bedürfnisse und Wünsche der Älteren, die zum Ausgangspunkt aller Systementwicklung und Einsatzplanung gemacht werden muss. Eine sozial-wissenschaftliche Begleitforschung, wie sie in der eingangs zitierten Pressemitteilung für Entwicklung technischer Unterstützungssysteme als notwendig beschrieben wurde, reicht unseres Erachtens nicht aus. Die Erforschung der Bedürfnisse und Wünsche der Endanwender gehört an den Anfang der Entwicklung technischer Systeme, die immer in Kombination mit sozialen Maßnahmen eingesetzt werden sollten.

²⁸ Spellerberg et al. 2009, 9

Autoren:

Wolfgang Paulus und Sascha Romanowski sind Wissenschaftliche Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität des Instituts Arbeit und Technik

Kontakt: paulus@iat.eu ; romanows@iat.eu

Forschung Aktuell

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen

Redaktionsschluss: 03.05.2010

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176 Institut Arbeit und Technik

Fax: 0209 - 1707 110 Munscheidstr. 14

E-Mail: braczko@iat.eu 45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>