



Schwerpunkt: Klimawandel und Gesundheit

Der Klimawandel und seine Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Seite 39

Arzneimittel, Umwelt und Klima

Seite 46

Planetary Health und die Schweizer Ärzteschaft

Seite 50

Green Hospital

Wenn Pflege und Kliniken gemeinsam ökologisch denken

Seite 60

Hitzeprävention für ältere Menschen als Unterstützungsansatz

Seite 72

Klimagerechtigkeit in Norditalien

Der Versuch sich in die Bedürfnisse eines „autistischen“ jungen Menschen hineinzusetzen

Seite 75

Wieviel Müll produziert eine Arztpraxis?

Seite 78

...und mehr!



CALL FOR ARTICLES: Rare Diseases - Seltene Erkrankungen

Wenn Diagnosen Jahre dauern und Therapien fehlen und Versorgungssysteme an Grenzen kommen: Seltene Erkrankungen betreffen Millionen und stellen Betroffene sowie Behandelnde vor große Herausforderungen.

Wir suchen Beiträge von Angehörigen aller Gesundheitsberufe, Wissenschaftler*innen, zivilgesellschaftlichen Akteur*innen, Pädagog*innen und politischen Entscheidungsträger*innen.

Jetzt Beitrag einreichen unter zeitschrift-mabuse.de/artikel
Einreichungen sind bis 30.09.2025 möglich.

Liebe Leser*innen...

Der vergangene Sommer war wieder einmal ein nicht gehörter Weckruf: Wochenlange Hitzewellen, plötzlich einsetzende Starkregenfälle, zerstörerische Stürme – Ereignisse, die nicht mehr als „Ausnahme“ gelten können. Die gesundheitlichen Folgen sind messbar und alarmierend: In Deutschland sterben mittlerweile jedes Jahr rund 3.000 Menschen an den direkten und indirekten Folgen von Hitzetagen – in der Schweiz wurden im Sommer 2022 über 450 hitzebedingte Übersterbefälle bei Hochbetagten registriert, in Österreich zeigen Studien deutliche Anstiege der Sterblichkeit an heißen Tagen. Europaweit summieren sich die hitzebedingten Todesfälle im Rekordsommer 2022 auf über 61.000. Besonders gefährdet sind ältere Menschen, Kinder, Schwangere und Menschen mit Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen. Und doch werden Hitzewellen in den Schlagzeilen immer noch verharmlosend als „Hochsommer“ verkauft – ein Etikett, das die tatsächlichen Risiken ausblendet.

Das Gesundheitswesen steht dabei doppelt unter Druck: Es muss auf die gesundheitlichen Folgen reagieren – und gleichzeitig seine eigene Rolle im Klimageschehen anerkennen. Krankenhäuser, Praxen, Apotheken und ihre Lieferketten verursachen erhebliche Treibhausgasemissionen. Wer die Klimakrise ernst nimmt, muss deshalb auch im eigenen Arbeitsumfeld handeln.

Auf dem Foto zu diesem Editorial sitze ich in einem Baum – als bewusstes Symbol für das, was wir im Kampf gegen den Klimawandel schützen müssen, besonders in Städten. Bäume spenden Schatten, kühlen ihre Umgebung, filtern die Luft und bieten Lebensraum. In Zeiten zunehmender Hitzewellen sind sie mehr als Schmuck im Straßenbild: Sie sind überlebenswichtige Gesundheitsressourcen im urbanen Raum.

In dieser Ausgabe zeigen wir, wie das gehen kann. Wir berichten, wie Senior*innen im Alltag hitzeresilient unterstützt werden können, und beleuchten die psychologischen Folgen der Klimakrise – von Klimaangst bis zu Belastungsreaktionen nach Extremwetter-

ereignissen. Außerdem finden Sie Beiträge dazu, wie Abfall vermieden und Ressourcen geschont werden können, und wie sich Nachhaltigkeit in Strukturen und Beschaffung verankern lässt. Wir stellen Projekte vor, in denen Ärzt*innen, Pflegekräfte, Apotheker*innen und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe selbst zu Akteur*innen des Klimaschutzes werden.



Klimaschutz ist Gesundheitsschutz. Wenn wir die ökologischen Grundlagen der Gesundheit sichern wollen, dürfen wir nicht nur auf die nächste Hitzewelle reagieren – wir müssen dafür sorgen, dass ihre Ursachen bekämpft werden. Und weil die Politik bislang nicht den Mut und die Konsequenz zeigt, die es bräuchte, liegt es umso mehr an uns, im eigenen Wirkungskreis tätig zu werden. Dieses Heft möchte Mut machen, nicht nur zuzuschauen, sondern anzufangen.

*Ihr Team des hpsmedia-Verlags und
Anna Lausenmayer*

30 **Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch?**

Gesundheitsrisiken der Klimadestabilisierung

Cornelia Heintze

39 **Der Klimawandel und seine Auswirkungen auf die psychische Gesundheit**

Manuel Pfeilstecher

42 **Health for Future**

Planetare Gesundheit als integraler Bestandteil des Gesundheitsbegriffs

Jana Zierler

46 **Arzneimittel, Umwelt und Klima**

Kristina Juraschko

50 **Planetary Health und die Schweizer Ärzteschaft**

Robin Rieser

53 **Planetary Health**
Perspektive der Pflegewissenschaft

DGP, Sektion Planetary Health

55 **Mit Kreislaufwirtschaft im Krankenhaus gegen die Klimakrise**

Viele Ansätze, aber wenig Daten sowie weitere Hürden für ein wichtiges Zukunftsthema

Anne-Kathrin Cassier-Woidasky et al.

60 **Green Hospital**
Wenn Pflege und Kliniken gemeinsam ökologisch denken

Nadja Körner et al.

64 **Hitzeprävention für ältere Menschen als zugehender Unterstützungsansatz**

Michael Cirkel & Peter Enste



67 **Hitze trifft Erschöpfung**
ME/CFS und Long COVID-Betroffene im Klimawandel

Jacqueline Ludwig & Jette Lange

71 **Klimatische Veränderungen als Einflussfaktor auf Diversität**
Auswirkungen auf chronisch kranke Menschen

Daniela Schmitz & Jan-Hendrik Ortloff

75 **Klimagerechtigkeit in Norditalien**
Der Versuch, sich in die Bedürfnisse eines „autistischen“, jungen Menschen hineinzusetzen

Jürgen Wildner

78 **Wie viel Müll produziert eine Arztpraxis?**

Matthias Fischer & Stephan Bonnermann

Rubriken

03	Editorial
06	Nachrichten
12	Ausstellungsbericht
13	Standpunkt
79	Interview
82	Buchbesprechungen
93	Auf Rezept
94	Impressum

Inhalte

12 Standpunkt: Wer begleitet wen – und mit welcher Qualifikation?

„Qualitätsverlust in der Psychiatrie?
– Kritik an MAGS-Initiative zur
Bezugsbegleitung durch weniger
qualifiziertes Personal“

Christoph Müller, Hilde Schädle-Deininger

16 „Hier ist Queer-Sein normal“

Brigitte Teigeler

20 Die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) vielfältiger Gesundheitsteams im Hinblick auf Innovationen und Effizienz

Ulrike Morgenstern / Luisa Hartmann

24 Lernen in Vielfalt

Über den Umgang mit heterogenen
Lerngruppen als Beitrag zu einem
diversitätssensiblen Gesundheitswesen

Nadine Schallenkammer

19. Architekturbiennale Venedig 2025

STRESSTEST im Deutschen Pavillon

Extremwetter, Hitzewellen, Überflutungen: Der Deutsche Pavillon auf der 19. Architekturbiennale in Venedig zeigt mit »STRESSTEST«, wie der Klimawandel das urbane Leben belastet. Die Ausstellung macht die Folgen spürbar und präsentiert Lösungen, um hitzestressste Metropolen widerstandsfähiger zu gestalten.

Versiegelte Flächen, reflektierende Fassaden, fehlendes Grün – immer mehr Städte werden zu Hitzeinseln. In dicht bebauten Gebieten kühlt die Luft selbst nachts kaum ab. Die Folgen sind gravierend: Hitzebedingte Gesundheitsrisiken steigen, die Lebensqualität sinkt. Bleiben Gegenmaßnahmen aus, könnten einige Städte in wenigen Jahrzehnten unbewohnbar werden.

STRESS und DESTRESS

Die Ausstellung »STRESSTEST« im

Deutschen Pavillon – kuratiert von Nicola Borgmann, Elisabeth Endres, Gabriele G. Kiefer und Daniele Santucci – konfrontiert die Besuchenden mit zwei gegensätzlichen Welten: STRESS und DESTRESS. In den STRESS-Räumen erleben sie die drückende Hitze am eigenen Körper. Die DESTRESS-Räume hingegen bieten Erholung und zeigen Lösungen für eine klimaresiliente Architektur und Stadtplanung.

Datenbasierte Stadtentwicklung

Die präzise Erfassung von Hitzestress ist entscheidend für wirksame Anpassungen. Digitale Modelle machen die Klimaentwicklung und ihre Folgen für Städte sichtbar. Diese Daten bilden die Grundlage für eine zukunftsfähige Stadtplanung, in der Politik, Wirtschaft, Planende und Bürger:innen gemeinsam Strategien für eine widerstandsfähige Zukunft entwickeln.

Natürlich, künstlich, kollektiv

Biennale-Kurator Carlo Ratti rückt mit dem Thema »Intelligens: Natural, Artificial, Collective« die Archi-

tektur als zentrale Quelle von CO₂-Emissionen in den Fokus. Er setzt auf das Zusammenspiel von natürlichem, künstlichem und kollektivem Wissen für nachhaltige Lösungen. In diesem Sinne zeigt »STRESSTEST«, dass Technologie, interdisziplinäre Zusammenarbeit und grüne Infrastruktur wichtige Schlüssel für die Stadt von morgen sind.

Kunst und Nachhaltigkeit im Fokus

Der Künstler Christoph Brechsteuert eine poetische Installation bei, die die Unsicherheiten eines sich wandelnden Klimas thematisiert. Der Pavillon selbst läuft mit Solarenergie, alle Materialien werden wiederverwendet.

Begleitend zur Ausstellung erscheint der Katalog »STRESSTEST« im Distanz Verlag.

19. Internationale Architekturbiennale – La Biennale di Venezia
10. Mai – 23. November 2025
Venedig, Italien
Katalog: »STRESSTEST«
erscheint im Distanz Verlag

Für heute. Für morgen.

Sie sind da, die Lösungen,
mit denen wir Gesundheit,
Freiheit, Wohlergehen
und Klimaschutz für alle
organisieren können.

Setzen wir sie gemeinsam um.

WIRKT!
geprüft & empfohlen

PHI
NEO

Wirksames Projekt,
leistungsstarke
Organisation
09/2023



Jetzt KLUG unterstützen.
WWW.KLIWAWANDEL-GESUNDHEIT.DE

KLUG

Deutsche Allianz
Klimawandel und Gesundheit



Dr. med. Mabuse
gratuliert dem Mabuse-Verlag

Hessischer Verlagspreis 2025 geht an den Mabuse-Verlag in Frankfurt

Wiesbaden. Fachbuchprogramme mit Haltung und großer Einsatz für politische Bildung – das zeichnet die diesjährigen Preisträger des Hessischen Verlagspreis 2025 aus. Kunst und- Kulturminister Timon Gremmels hat die Juryentscheidung bekanntgegeben: Der mit 20.000 Euro dotierte Hauptpreis geht an den Mabuse Verlag aus Frankfurt.

Klimawandel als psychische Belastung

UBA-Ratgeber gibt Tipps zur Stärkung der mentalen Gesundheit

Der Klimawandel kann nicht nur verheerende physische Folgen für Mensch und Umwelt haben, er kann auch die menschliche Psyche stark beeinträchtigen. So können Extremwetterereignisse posttraumatische Belastungsstörungen auslösen und die Sorge um unsere Lebensgrundlagen Zukunftsängste und Depressionen hervorrufen. In einer vom Bundesumweltministerium geförderten aktuellen Studie des Umweltbundesamtes (UBA) gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, sich mental stark oder sehr stark durch den Klimawandel belastet zu fühlen. Der UBA-Ratgeber für mentale Gesundheit im Klimawandel bietet Hilfestellung.

„Um den Klimawandel einzudämmen, braucht es handlungsfähige Menschen mit einer widerstandsfähigen Psyche. Deshalb müssen wir die Menschen darin unterstüt-

zen, nicht nur die physischen, sondern auch die mentalen Folgen des Klimawandels zu erkennen und zu bewältigen“, sagt Dirk Messner, Präsident des Umweltbundesamtes. „Mit dem Abschluss unseres aktuellen Forschungsprojekts ist es uns gelungen, Daten in einem bisher noch unterrepräsentierten, aber zunehmend wichtigen Themenfeld in Deutschland zu erheben.“

In Deutschland fühlen sich viele Menschen psychisch durch den Klimawandel und seine Folgen belastet. Bislang fehlt es jedoch an umfassenden verlässlichen Daten, unter anderem zu möglichen Risikogruppen, zur Ausprägung der psychischen Belastungen und zu Strategien zur Stärkung der Psyche. Das vom Umweltbundesamt in Auftrag gegebene Forschungsvorhaben „Die mentalen Auswirkungen des Klimawandels und die Bereitschaft zur Anpassung“ liefert nun erste Ergebnisse zu diesen Fragen.

In dem in den vergangenen drei Jahren durchgeführten Projekt wurden unter anderem Interviews mit Expert*innen aus Psychologie und Psychotherapie geführt und im Rahmen einer repräsentativen Studie 1.300 Personen ab 18 Jahre online befragt. Ein Ergebnis: 53 Prozent der Befragten gaben an, sich mental stark oder sehr stark durch den Klimawandel belastet zu fühlen.

Um die eigene Psyche zu stärken und solch negativen Gefühlen im Zusammenhang mit dem Klimawandel zu begegnen, gibt es grundsätzlich eine Vielzahl an Möglichkeiten. Dies kann zum Beispiel ein achtsamer Umgang mit den eigenen Gefühlen oder der wertschätzende Austausch mit anderen sein. Das Forschungsvorhaben zeigt jedoch, dass es mitunter am wirkungsvollsten ist, sich selbst für konsequenten Klimaschutz einzusetzen, am besten mit anderen Menschen zusammen. So erfährt man nicht nur, dass man mit dem eigenen Handeln Veränderung bewirken kann, sondern

sorgt auch dafür, dass die Ursache der psychischen Belastung – der Klimawandel – begrenzt wird.

Die Ergebnisse aus diesen Arbeiten, insbesondere zur Stärkung der eigenen Psyche, wurden im „Ratgeber für mentale Gesundheit im Klimawandel“ gebündelt. Dieser richtet sich an Betroffene sowie Interessierte und bietet neben allgemeinen Informationen zu dem Thema verschiedene Möglichkeiten, auf gesunde Art und Weise mit der psychischen Belastung durch den Klimawandel umzugehen.

Obwohl der Ratgeber sich konkret auf die psychische Belastung durch den Klimawandel bezieht, sind viele der Strategien auch auf andere belastende oder herausfordernde Situationen anwendbar.

Umweltbundesamt Hauptsitz
Wörlitzer Platz 1
06844 Dessau-Roßlau
Deutschland

Nachhaltigkeit in der Pflege: Welche praktischen Hebel stehen angehenden Pflegekräften zur Verfügung?

*Welche Rolle kann eigentlich ein unkonkreter oder zumindest vielfältig interpretierbarer Begriff wie „Nachhaltigkeit“ im konkreten Berufsalltag von angehenden Pflegekräften spielen? In einer von Studierenden organisierten Veranstaltung tauschten sich Pflegeschüler*innen aus Bochum am 25.06.2025 zu konkreten Nachhaltigkeitsaspekten aus der Pflege mit einschlägigen Experten aus.*

Mit dem RUB Makerspace im Bochumer O-Werk bot sich ein kreatives und inspirierendes Umfeld auf dem früheren Opel-Gelände. Die Veranstaltung wurde im Rahmen eines Projektmoduls entwickelt, das die Studierenden der Studiengänge

„Gesundheitsökonomie“ sowie „Nachhaltiges Management in der Gesundheitswirtschaft“ in ihrem vierten Semester am Gesundheitscampus der Hochschule Bochum planmäßig absolvieren. In insgesamt fünf Projektgruppen haben sie hierzu, angeleitet und unterstützt von den Verfasser*innen dieses Beitrags, über das Sommersemester 2025 hinweg die Konzeption und Vorbereitung der Veranstaltung übernommen: Vom Einladungsmanagement über die Finanzplanung und die Vermarktung der Veranstaltung bis hin zur konkreten Veranstaltungsdurchführung samt Feinabsprache der Moderation, die auch durch Studierende des Kurses übernommen wurde. Die Besonderheit: Neben einem nachhaltigen Lerneffekt für die Teilnehmenden sowie die organisierenden Studierenden war auch der Eventrahmen selbst nachhaltig gestaltet. Eine der Projektgruppen entwickelte hierzu eigenverantwortlich ein Nachhaltigkeitskonzept nach dem UBA (Umweltbundesamt) Leitfaden für die nachhaltige Organisation von Veranstaltungen.

Die Event-Teilnehmenden setzten sich aus Schüler*innen zweier Schulen mit Pflegeschwerpunkt in Bochum zusammen. Um diese Heterogenität in eine produktive Grundlage für den Workshop-Teil der Veranstaltung zu überführen, wurde zunächst in einem allgemeinen Teil ein geteiltes Verständnis über das Berufsbild Pflege hergestellt. Hierzu wurden über eine Online-Umfrage in Echtzeit Einstellungen und Erwartungen der Teilnehmenden an die Pflegetätigkeit abgefragt und im Hinblick auf die reale Situation in der Pflege diskutiert. Aus den vielfältigen Aspekten, die Nachhaltigkeit in der Pflege prinzipiell aufweisen können, diskutierten die Schüler*innen anschließend in interaktiven Workshops zwei Schwerpunkt-Themen. Im ersten Workshop wurde zur ökologischen Perspektive der Nachhaltig-

keit gebrainstormt, durch welche konkreten Maßnahmen Pflegekräfte dazu beitragen können, den ökologischen Fußabdruck in der Pflege in Grenzen zu halten. Als Referent zu dieser Thematik fungierte Kevin Galuszka, Vorstandsmitglied der Pflegekammer NRW mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege und zudem Experte für ökologische Nachhaltigkeit in der Pflege. Ein zweiter Workshop befasste sich mit der Frage, durch welche individuellen Vorsorgemaßnahmen Pflegekräfte auch bei Rückschlägen eine persönliche Resilienz entwickeln können, um langfristig gut in der Pflege arbeiten zu können. Als Experte in dieser Thematik, die zugleich einen Aspekt der sozialen Nachhaltigkeit in der Pflege darstellt, trat Marvin Schell auf. Er ist Head of Business Development bei Stella Vitalis, einem überregionalen Betreiber von Seniorenzentren, verfügt über praktische Berufserfahrung in der Pflege und setzt sich als Host des Podcasts „Pflegepapst – der Podcast für die Zukunft der Pflege“ für eine enkeltaugliche Pflege ein.

Nach einer kulinarischen Verkostung kamen die Teilnehmenden anschließend nochmals im Plenum zusammen, um die Ergebnisse zu reflektieren. Das Fazit: Auch wenn systemische Schranken im Pflegesystem in Teilen auch nicht-nachhaltige Tendenzen befördern – die Pflege hat eine Nachhaltigkeitsrelevanz. Zudem liegt es zumindest auch ein Stück weit in der Hand der Pflegekräfte, über die Nutzung ihrer Schwarmintelligenz eine Hebelwirkung zu entfalten, um ihren Beitrag zu einem nachhaltigen Sozialsystem zu leisten. Und dadurch auch selbst die Grundlagen dafür zu legen, lange gut in der Pflege arbeiten zu können.

Matthias Fischer, Katharina Bieker,
Janina Hübner, Michaela Ludewig
HS Bochum

Klimawandel trifft Gesundheitsversorgung

Fachleute diskutieren Wetter- und Gesundheitsdaten am RKI

„Wie wirken sich Hitzewellen auf die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland aus?“ Diese Frage stand im Zentrum der Veranstaltung „Gesundheitsforschung meets Wetterdaten“, bei der sich Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, medizinischer Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst am Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin zusammenfanden. Das Fachtreffen wurde von den Projektpartnern Universitätsmedizin Magdeburg und Robert Koch-Institut des Innovationsfondsprojekt KlimaNOT in Kooperation mit dem Wissenschaftsnetzwerk Klimawandel und Gesundheit am RKI organisiert. Ziel der Veranstaltung war es, den interdisziplinären Austausch zu stärken und neue Impulse zur Verknüpfung von Gesundheits- und Umweltdaten zu setzen.

Gesundheitsforschung trifft Wetterdaten

Das Projekt KlimaNOT, vertreten durch Dr. Kai Heimrath und Prof. Dr. Felix Walcher, Leiter Instituts für Public Health in der Akutmedizin (IPHAM) des Universitätsklinikums, trat als Veranstalter des Treffens auf und stellte im Rahmen der Veranstaltung seine Projektarbeit vor. Das Konsortialprojekt untersucht, wie extreme Wetterlagen – insbesondere Hitze – die Notaufnahmen in Deutschland belasten. Grundlage sind Routinedaten des AKTIN-Notaufnahmeregisters, die mit Wetter- und Umweltdaten kombiniert und für die Entwicklung von Frühwarnsystemen, Public-Health-Überwachung und praxisnahen Handlungsempfehlungen genutzt werden sollen.

Im RKI wurden vielfältige wissenschaftliche Ansätze vorgestellt – etwa zur Analyse hitzebeding-

ter Sterblichkeit und Morbidität. Die Beiträge zeigten, wie unterschiedlich Zugänge zur Datenverknüpfung und zur Modellierung klimabedingter Gesundheitsrisiken sein können. Ein zentrales Thema war die Frage, welche Bevölkerungsgruppen besonders gefährdet sind und wie man gezielt Schutzmaßnahmen entwickeln kann.

Darüber hinaus diskutierten die Teilnehmenden methodische Herausforderungen, etwa die Auswahl geeigneter Temperaturdaten oder die Definition klimatischer Einflussfaktoren. Auch die Standardisierung von Datenquellen und Methoden wurde als wichtige Voraussetzung für eine vergleichbare und praxisrelevante Forschung hervorgehoben.

Gemeinsam gegen Gesundheitrisiken im Klimawandel

Das Vernetzungstreffen hat gezeigt: Eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung im Klimawandel braucht interdisziplinäre Zusammenarbeit und einheitliche Standards. Die Veranstaltung lieferte wichtige Impulse für den weiteren Ausbau der Forschung und die stärkere Vernetzung relevanter Akteure. „Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels betreffen uns alle – aber insbesondere vulnerable Gruppen wie ältere Menschen oder Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Um rechtzeitig reagieren zu können, brauchen wir belastbare Daten, intelligente Vorhersagemodelle und vor allem: den engen Schulterschluss zwischen Wissenschaft, Gesundheitswesen und öffentlichem Dienst“, so Prof. Dr. Felix Walcher.

Kontakt:
Prof. Dr. Felix Walcher
Dr. Kai Heimrath
Universitätsklinik Magdeburg, IPHAM

Neue Studie der Universität Witten/Herdecke zeigt, wie Krankenhäuser den Klimaschutz vorantreiben

Eine aktuelle Studie der Universität Witten/Herdecke (UW/H) beleuchtet erstmals umfassend die Klimaschutzstrategien deutscher Krankenhäuser. Die Forschung zeigt, dass strategische Führung und gezielte Kommunikation durch die Krankenhausleitung den Erfolg von Klimaschutzmaßnahmen maßgeblich beeinflussen.

Krankenhäuser gehören zu den größten Energieverbrauchern im Gesundheitswesen und tragen erheblich zu Treibhausgasemissionen bei. Lara Schmidt, Doktorandin am Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke, und Lehrstuhlinhaberin Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko analysierten anhand einer bundesweiten Online-Befragung von Krankenhausleitungen, wie Klimaschutz in deutschen Kliniken organisiert und kommuniziert wird.

Klare Zuständigkeiten und strategische Planung sind entscheidend

Mittels Clusteranalyse identifizierten die Forscherinnen vier unterschiedliche Typen von Krankenhäusern, die sich in ihrer Herangehensweise an Klimaschutzmaßnahmen deutlich unterscheiden – von den „ambitionierten Neulingen“ mit kaum strategischer Ausrichtung bis hin zu den „gut aufgestellten Profis“, die Klimaschutz bereits institutionell verankert haben.

Die Studie zeigt, dass sich die Gruppe der Profis durch klare Zuständigkeiten, regelmäßige Kommunikation zum Klimaschutz und ein strategisch geplantes Nachhaltigkeitsmanagement auszeichnet – und damit auch die Mitarbeitenden motiviert, sich für

Klimaschutz einzusetzen. Die Forscherinnen schlussfolgern, dass das Thema von der Führungsebene priorisiert und transparent vermittelt werden muss, um im Klinikalltag wirklich anzukommen.

Führungsebene spielt eine Schlüsselrolle in der Umsetzung von Klimaschutzmaßnahmen

„Unsere Ergebnisse unterstreichen die Schlüsselrolle der Krankenhausleitungen bei der Umsetzung effektiver Klimaschutzmaßnahmen. Ohne klare Führung und Kommunikation bleibt das Potenzial der Mitarbeitenden ungenutzt“, erklärt Lara Schmidt. Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko ergänzt: „Die identifizierten Strategietypen bieten Krankenhäusern eine Möglichkeit, die eigene Position zum Klimaschutz einzuordnen – und ihre nächsten Schritte zu planen.“

Vor dem Hintergrund wachsender regulatorischer Anforderungen an Nachhaltigkeit und Berichtspflichten liefert die Studie eine fundierte Grundlage, um Klimaschutz strategisch und vorausschauend im Klinikalltag zu verankern.

Lara Schmidt
Sabine Bohnet-Joschko
Universität Witten-Herdecke

Der Artikel ist frei zugänglich unter:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0312661>





Pflegende besser vor Hitze schützen

Angesichts der aktuellen hohen Temperaturen von bis zu 36 Grad haben sowohl der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) als auch die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen (NRW) einen besseren Hitzeschutz für Pflegende gefordert. DBfK sieht Arbeitgeber in der Pflicht

Hitze verschärfe die ohnehin hohen physischen und psychischen Anforderungen im Pflegeberuf und erhöhe das Risiko für Erschöpfung, Kreislaufprobleme und Fehler, betonte DBfK-Präsidentin Vera Lux. „Das hat Folgen für beide Seiten: für die Pflegebedürftigen und für diejenigen, die tagtäglich Verantwortung für deren Gesundheit übernehmen.“

Arbeitgeber seien in der Pflicht, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, die in Hitzeperioden

eine sichere Pflege ermöglichen. Dazu gehöre laut DBfK, Arbeitsabläufe und Dienstpläne anzupassen, wenn nötig zusätzliches Personal einzusetzen und kurzfristig gezielte Schulungen oder Informationsmaterial zum Hitzeschutz bereitzustellen.

Zudem seien vorhandene Hitzeschutzpläne konsequent anzuwenden, fehlende seien umgehend zu entwickeln. Die Maßnahmen müssten deutlich über die bloße Bereitstellung von Wasser hinausgehen und darauf abzielen, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Pflegefachpersonen auch bei extremer Hitze zu erhalten.

Während einer Hitzeperiode kämen nach Ansicht der Pflegekammer NRW zwei Probleme zusammen: „Zum einen wirkt sich Hitze auf die Leistungsfähigkeit der Pflegenden selbst aus und zum anderen erhöht sich oft der Informations-

und Versorgungsaufwand bei den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen“, sagte das Vorstandsmitglied der Kammer, Kevin Galuszka.

„Das bedeutet für die Pflegenden, sie müssen unter den ohnehin erschwerten Bedingungen unter Zeitdruck mehr Leistung erbringen. Die Gefahren bei Hitze für Patient*innen sind dabei vielfältig. Dehydration, Hitzschlag, Belastung des Herz-Kreislauf-Systems, Verschlechterung von Vorerkrankungen und damit einhergehende Verwirrtheit belasten die Menschen.“

Trotzdem fehle es an klaren Strukturen, Kompetenzen und Ressourcen, so Galuszka weiter. „Die professionelle Pflege muss endlich als zentrale Akteurin im Hitzeschutz verstanden und politisch gestärkt werden.“

KLICK2go: Kliniken starten bundesweites Projekt zur CO₂-Einsparung und Klimastrategie

Mehrere Krankenhäuser in Deutschland beteiligen sich an einem neuen Klimaschutzprojekt. Wie das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mitteilt, unterstützt das Vorhaben "KLICK2go – Kliniken für Klimaschutz to go" Klinikträger dabei, ihre Klimastrategien auszubauen und konkrete Maßnahmen zur CO₂-Einsparung umzusetzen.

Das Projekt ist Teil der Nationalen Klimaschutzinitiative und wird vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie gefördert. Es läuft von Januar 2025 bis Juli 2027. Ziel ist es, über die Projektlaufzeit bis zu 15.000 Tonnen CO₂-Äquivalente in den beteiligten Einrichtungen einzusparen.

Mehrstufiger Prozess zur Umsetzung

Die teilnehmenden Klinikträger – darunter Agaplesion, Asklepios, Ategris, Charité – Universitätsmedizin Berlin, BG Kliniken und die Franziskanerinnen zu Olpe – durchlaufen einen mehrstufigen Prozess. Dieser umfasst eine Potenzialanalyse, die Entwicklung individueller Klimastrategien sowie die Umsetzung und Evaluierung konkreter Maßnahmen.

Geplant sind unter anderem Online-Workshops, individuelle Beratungen und ein begleitendes Monitoring. Die Projektaktivitäten finden überwiegend digital statt, um Ressourcen zu sparen und eine bundesweite Teilnahme zu ermöglichen.

Politik-Praxis-Forum als Schnittstelle

Ein begleitendes Politik-Praxis-Forum soll Klinikträger mit Akteurinnen und Akteuren aus Politik und Gesundheitssystem zusammenbringen. Ziel ist es, einen praxisnahen Dialog zu fördern und politischen sowie organisatorischen Rückhalt für nachhaltige Veränderungen im Klinikbetrieb zu schaffen.

Krankenhäuser stehen zunehmend vor der Aufgabe, ihre Strukturen nachhaltiger zu gestalten", heißt es in der Projektbeschreibung. Vor dem Hintergrund regulatorischer Entwicklungen – etwa der Nachhaltigkeitsberichtspflicht – und wachsender gesellschaftlicher Erwartungen rückt das Thema Klimaschutz in Gesundheitseinrichtungen stärker in den Fokus.

KLICK2go will aufzeigen, wie sich Klimaschutzmaßnahmen im Klinikalltag umsetzen lassen und welche strukturellen Voraussetzungen dafür notwendig sind.



Vera Kattermann
Auf dem Sonnendeck der Titanic?
Nachdenken über gesellschaftliche Zukunftsfähigkeit



ca. 160 Seiten · Broschur
€ 22,90
ISBN 978-3-8379-3459-5

Vera Kattermann entwirft eine neue Form der gemeinschaftlichen Zukunfts- und Hoffungsarbeit, die nach dem Möglichen fragt und sich kritisch den bewussten und unbewussten Hindernissen stellt.



Erika Butzmann
Sicherheit im Erziehungshandeln
Die kindliche Entwicklung fördern in Zeiten von Unsicherheit und Modernisierungsdruck



249 Seiten · Broschur
€ 34,90
ISBN 978-3-8379-3418-2

Erika Butzmann beschreibt wie die Berücksichtigung von Entwicklungsverläufen zu einer Entlastung von Eltern und Erzieher*innen und zu mehr Sicherheit im Erziehungshandeln führen kann.



Elli Kutscha
Embodiment entdecken – körperliche Ressourcen nutzen
Mit über 100 praktischen Übungen und Selbstexperimenten



ca. 260 Seiten · Broschur
€ 29,90
ISBN 978-3-8379-3449-6

Elli Kutscha erklärt den Embodiment-Begriff und leitet damit die zahlreichen praktischen Übungen des Buches ein. Leser*innen werden zum Ausprobieren und Experimentieren eingeladen.

Yes we care

Gemeinwohl, Gesundheit und Care im Neuen Frankfurt

Ausstellung im Museum für Angewandte Kunst Frankfurt

Stellen Sie sich eine Stadt vor...

...in der alle Menschen Zugang zu gesunden, gut durchlüfteten Wohnungen haben. In der öffentliche Bäder, Grünflächen und Sportanlagen zur körperlichen und seelischen Gesundheit beitragen. In der Sorgearbeit sichtbar, gerecht verteilt und als städtische Verantwortung verstanden wird. In der Altenpflege mit Würde, kultureller Zugehörigkeit und architektonischem Anspruch gedacht wird. Eine Stadt, die sowohl sozial als auch klimaresilient ist – fürsorglich, grün und gerecht.

Diese Vorstellung wirkt visionär – und ist zugleich historisch. Denn Frankfurt am Main begann bereits vor fast 100 Jahren, genau diese Prinzipien umzusetzen. Unter dem Titel „Das Neue Frankfurt“ entstand ab 1925 ein umfassendes Reformprogramm für eine moderne, gesunde Stadtgesellschaft. Die Ausstellung *Yes we care* im Museum für Angewandte Kunst Frankfurt spürt diesem Projekt nach – und fragt, was davon heute (wieder) nötig ist.

Stadtgesundheit als Vision und Auftrag

Im Zentrum des Neuen Frankfurt stand ein Gedanke, der heute als revolutionär gelten würde: Gesundheit ist keine Privatsache, sondern eine Frage der Stadtplanung. Helle, durchlüftete Wohnungen mit funktionalen Küchen, ausreichend Grünflächen, Volksbäder und Sportstätten sollten nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Gesundheit fördern – besonders der arbeitenden Bevölkerung.

Diese Vorstellung einer „Stadt, die heilt“ war in der Zwischenkriegszeit eine Antwort auf Wohnungsknappheit, Krankheit und soziale Ungleichheit. Heute steht sie exemplarisch für eine Public-Health-orientierte Baukultur, die angesichts von Hitzesommern, Bewegungsmangel und seelischer Erschöpfung neue Aktualität gewinnt.

Care – mehr als Pflege, eine gesellschaftliche Haltung

Die Ausstellung schlägt eine Brücke von den sozialen Infrastrukturen der 1920er-Jahre zur heutigen Care-Debatte. Das Neue Frankfurt dachte Fürsorge mit: durch Gemeinschaftseinrichtungen, Waschküchen, Beratungsstellen und seniorengerechtes Bauen.



Yes we care fragt: Wie lässt sich Sorge sichtbar und gerecht organisieren – in einer Gesellschaft, die altert, sozial auseinanderdriftet und ökologisch an Grenzen stößt?

Heute wird Care vielfach als Krise verhandelt – Pflegenotstand, unbezahlte Sorgearbeit, Einsamkeit im Alter. Die Ausstellung schlägt vor, Care nicht als Defizit, sondern als Gestaltungsprinzip zu begreifen – für Städte, in denen sich Menschen gegenseitig unterstützen können, in denen Architektur Rücksicht nimmt und in denen Versorgung mehr ist als eine Notlösung.

Bewegung und Klima: Gesundheit im öffentlichen Raum

Sportplätze, Turnhallen, das Volksbad, das Waldstadion – im Neuen Frankfurt war körperliche Bewegung Teil des städtischen Gesundheitsbegriffs. Bewegung sollte öffentlich, niedrigschwellig und gemeinschaftlich sein. Diese Philosophie passt erstaunlich gut zu heutigen Konzepten von aktiver Stadt, Bewegungsförderung und klimaresilienter Infrastruktur.

Denn Grünräume, Schatten, Wasserflächen und Bewegungsangebote sind heute nicht nur „nett“, sondern gesundheitspolitisch notwendig – vor allem in sozial benachteiligten Quartieren. *Yes we care* zeigt: Der öffentliche Raum ist entscheidend für die Gesundheit vieler – damals wie heute.

Fazit: Sorge als Zukunftsaufgabe

Die Ausstellung *Yes we care* ist ein Plädoyer für eine Stadt, die sich kümmert. Sie zeigt, wie radikal und ganzheitlich Gemeinwohl einmal gedacht wurde – und welche Kraft darin auch heute liegt. Gesundheit, Pflege, Klimaanpassung, soziale Gerechtigkeit: All das sind keine voneinander getrennten Themen, sondern zusammenhängende Aufgaben einer fürsorglichen Stadtgesellschaft.

Das Neue Frankfurt bietet dafür keinen Masterplan, aber eine überzeugende Haltung: Gestaltung ist möglich. Care ist politisch. Und Gesundheit beginnt bei Licht, Luft – und Solidarität.

Anna Lausenmayer

Die Ausstellung läuft noch bis zum 11.1.26
Mo geschlossen
Di, Do–So 10–18 Uhr
Mi 10–20 Uhr

Wer begleitet wen – und mit welcher Qualifikation?

„Qualitätsverlust in der Psychiatrie? – Kritik an MAGS-Initiative zur Bezugsbegleitung durch weniger qualifiziertes Personal“

Christoph Müller, Hilde Schädle-Deininger

Es geschieht gar nicht so selten. Menschen erleben ein Delir, sind plötzlich nicht mehr bei Verstand, wie es im Volksmund beschrieben wird. Andere erleben psychotische Episoden, werden von den Menschen um sie herum als bedrohlich erlebt. Das Repertoire professionell Pflegender, um diesen Phänomenen begegnen zu können, ist meist vorhanden, schließlich sind professionell Pflegende geübt, sich in das zu pflegende Gegenüber einzufühlen und Krisensituationen kommunikativ und interaktiv zu bewältigen. Im pflegerischen Alltag kommen die Pflegenden allerdings oft an Grenzen, da sie aufgrund begrenzter Personalressourcen und ständigem Überforderungserleben zu Handwerkszeug greifen, das ethisch-moralisch fragwürdig ist. Vergleichbar mit dem Einsatz der Feuerwehr greifen sie zu sedierenden Medikamenten und zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, die den Einsatz von Bezugsbegleitungen und Sitzwachen nötig machen.

Dies ist letztthin schon eine positive Entwicklung. Denn es ist noch nicht lange her, dass beispielsweise Menschen, die eine freiheitsentziehende Maßnahme erfahren mussten, alleine gelassen wurden. Sie wurden im Patientenzimmer fixiert, sämtliche Beteiligte verließen den Raum. Wenn es gut lief, kamen in mehr oder weniger regelmäßigen zeitlichen Abständen Pflegende, um nach dem Rechten zu sehen. Inzwischen gibt die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vor (und nicht nur die), dass eine ständige Bezugsbegleitung der Betroffenen von mindestens dreijährig ausgebildeten Fachpersonen stattfinden muss.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) gesteht nun in einem Erlass zu, dass auch Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten übernehmen können. Sie verbinden es zwar mit der Idee, dass die entsprechenden Kolleginnen und Kollegen nicht

nur geeignet, sondern auch einen mindestens zweijährigen Erfahrungshintergrund haben sollen. Wie die Versorgungsrealität aussieht, dies haben die pflegerischen Praktikerinnen und Praktiker Tag für Tag vor Augen.

Professionell Pflegende können nur mit Irritation den derzeitigen Initiativen begegnen. Die Angehörigen des Pflegeberufes fragen sich, was das Ministerium

„Will die Schwester nicht wie bisher Ambos sein, muß sie eiligst anfangen Hammer zu werden, um ihr Geschick nicht willenlos aus den Händen anderer zu nehmen, sondern es selbst zu gestalten.“ (Agnes Karll 1868-1927)

für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) dazu bewegt hat, sich mit einem Brief an die Bezirksregierungen im Bundesland zu wenden, dass die ständige persönliche Bezugsbegleitung (nach §20, Absatz 3, Satz 7 PsychKG NRW) ab sofort auch von weniger qualifizierten Mitarbeitenden durchgeführt wird (medizinische Fachangestellte MFA sowie Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten). Sitzwachen, Intensivbetreuungen, Bezugsbegleitungen – so unklar wie die Bestimmung der verwendeten Begriffe ist, so undeutlich scheint auch ein Verständnis zu sein, dass Interventionen in diesem Kontext intensivpflegerisch zu verstehen sind.

Begründet wird dies mit den nicht vorhandenen personellen Ressourcen in den psychiatrischen Kliniken und der Weiterentwicklung der pflegerischen Berufe. Dabei kommen direkt einige Fragen in den Sinn: Was heißt denn eigentlich Weiterentwicklung der pflegerischen Berufe? Wieso werden Probleme denn nicht am Schopfe gepackt? Statt sich mit den Personalressourcen zu beschäftigen – werden dann Versorgungsstandards und Qualifikationsniveaus gesenkt?

Und die dann entscheidende Frage: Wieso werden in der psychiatrischen Versorgung nicht hochqualifizierte Kolleginnen und Kollegen für anspruchsvolle Tätigkeiten eingesetzt?

Ein Aufschrei in Gremien und Verbänden der Pflege ist nur zögerlich zu hören.

Die Pflegekammer NRW versteht die persönliche Bezugsbegleitung als pflegerische Vorbehaltsaufgabe gemäß §4 des Pflegeberufgesetzes. In vielen psychiatrischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in NRW wird der Ministeriumserlass mehr oder weniger kontrovers diskutiert.

Was ist denn an dem Erlass des MAGS kritisch zu sehen? Eine Intensivbegleitung ist grundsätzlich als intensivpflegerische Maßnahme zu verstehen. Sie ist gleichzusetzen mit intensivpflegerischen Interventionen in der somatischen Versorgung. Dort gibt es beispielsweise den höchsten Anteil an fachweitergebildeten Pflegenden. Die hohen Ansprüche an die tägliche Arbeit sprechen für sich. Menschen, die sich umbringen wollen, Menschen, die massiv unter psychotischem Erleben leiden und/oder zu auf- bzw. herausforderndem Verhalten neigen. Auch Menschen, die dementiell verändert sind und Angehörige sowie Mitpatientinnen und Mitpatienten auf einer Station an den Rand des Ertragbaren bringen – brauchen eine gesteigerte Aufmerksamkeit qualifizierter psychiatrisch Tätiger, damit Schlimmeres verhindert wird.

Um einer solchen Aufgabe entsprechen zu können, braucht es viel Wissen und vor allem umfassende Erfahrung im Umgang mit Krisen seelisch veränderter Menschen. Denn um aufforderndem Verhalten

Betroffener begegnen zu können, müssen unterstützende Menschen ein breites Handlungsrepertoire zur Hand haben, um den Betroffenen gerecht werden zu können. Der Erlass erweckt den Eindruck, dass die Ökonomie und das Abarbeiten von Aufgaben im Vordergrund stehen und nicht der einzelne auf spezifische Hilfe bzw. Begleitung und Betreuung angewiesene Mensch.

Dabei braucht es ein solides Fundament, um einer Intensivbegleitung gerecht zu werden. Psychiatrisch Tätigen muss klar sein, ob das störende Verhalten einer oder eines Betroffenen auf der körperlichen, auf der Verhaltens- oder auf der Erlebensebene stattfindet. Sie müssen in gewaltfreier Kommunikation und Deeskalation geübt sein, um sich zuspitzende Situation möglichst früh zu erkennen, ihnen zu begegnen oder die Situation zu entschärfen und in andere Bahnen zu lenken. Psychiatrisch Tätigen muss klar sein, welche Rolle sie im Beziehungsverlauf spielen. Was häufig unterschätzt wird, sind die somatischen Folgen einer Intensivbegleitung (oder auch einer freiheitsentziehenden Maßnahme). Das Herz-Kreislauf-System reagiert bei Stress. Und eine 1:1-Begleitung ist belastend und führt natürlicherweise zu Stress. Bei der Dokumentation der Durchführungsverantwortung muss genau aufgepasst werden, was aufgeschrieben wird. Damit ein entscheidender Moment situativ positiv gestaltet werden kann, müssen begleitende Personen ihr Wissen über die unterschiedliche Gestaltung von milieutherapeutischen Ansätzen einsetzen.

Die Frage, wo denn bei weniger Qualifikation dann die Qualität bleibt, ist natürlich zu stellen. Gleichzeitig kommt der Verdacht auf, dass mit diesem reduzierten Qualitätsanspruch auch eine Stigmatisierung seelisch erkrankter Menschen besonderer Art stattfindet.

Bei den 1:1-Begleitungen handelt es sich um Interventionen, die eine ausgeprägte Fachlichkeit bei den beteiligten Akteurinnen und Akteuren voraussetzt. Bei 1:1-Begleitungen muss vorausgesetzt werden, dass die begleitenden professionell Tätigen eine Versiertheit in der Interaktion mit Menschen in schweren seelischen Krisen und einen Erfahrungsschatz in der Gestaltung soziomilieutherapeutische Aktivitä-

ten haben. Schließlich muss handlungsleitend bei 1:1-Betreuungen sein, dass eine Beziehungspflege als Begleitung im Sinne und im Spannungsfeld von Kommunikation und Kontrolle stattfindet. Manche psychiatrisch Tätigen gehen so weit, dass sie die Maxime „Begegnung statt Kontrolle“ in den Fokus rücken.

Während Pflegefachverbände die ständige Bezugsbegleitung als Vorbehaltsaufgabe Pflegenden gemäß §4 Pflegeberufegesetz (PflBG) verstehen und die AWMF-Leitlinie sämtliche an der Versorgung Beteiligten als potentielle Begleiterinnen und Begleiter sieht, erweckt das MAGS den Eindruck, dass eine höchst verantwortliche Versorgungsaufgabe jede und jeder kann. Dies muss mit dem Blick auf psychiatrische Versorgungsangebote und deren Qualität kritisch gesehen werden.

Die Diskussion um die ständigen Bezugsbegleitungen ist in der somatischen Versorgung sicher auch zu führen. Bis heute werden dort freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet und sedierende Medikamente gegeben, um herausfordernde Verhaltensweisen auffälliger Menschen zu begegnen. Dabei gelten dort dieselben Gesetze wie im Umgang mit psychisch veränderten Menschen. Vereinzelt flackert in Kliniken die Idee auf, dass die weniger qualifizierten Kolleginnen und Kollegen mit einem besonderen Fokus auf die Intensivbetreuungen und Bezugsbegleitungen geschult werden. Dass es dann vor allem an umfassenden Erfahrungen im Umgang mit psychisch angeschlagenen Menschen fehlt, bleibt völlig außer Acht.

Professionelle Pflege zukunftsfähig zu machen bedeutet, die Tätigkeit „pflegen“ in seinen vielen Dimensionen zu betrachten und notwendige Qualifikationsgrade zu diskutieren und festzuhalten. Nur ein Ineinandergreifen unterschiedlicher Qualifikationen kann dem Bedarf und den Bedürfnissen erkrankter Menschen und ihrem sozialen Umfeld gerecht werden. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren der professionellen und mitmenschlichen Pflege ist Voraussetzung für die Förderung von Wohlbefinden.

Anregung zur weiteren Diskussion

Die Wichtigkeit partizipativ, konstruktiv und partnerschaftlich im Sinne des Dialogs zusammen zu arbeiten, muss Grundlage der psychosozialen Versorgung sein. Zugrunde gelegt werden muss, dass die meisten Beteiligten nicht nur eine Rolle innehaben, sei es als Erfahrene, An- und Zugehörige oder als professionell Tätige. Trotzdem können die Rollen in bestimmten Kontexten nicht vermischt werden. Von daher ist immer wieder auszuloten, in welcher Rolle bin ich in dieser Situation, in diesem Zusammenhang tätig bzw. anwesend. Was aber getan werden kann, ist, dass sich alle Beteiligten an einen Tisch setzen und mit-

einander darüber sprechen, was in einer psychischen Ausnahmesituation an Begleitung und Versorgung gewünscht und erwartet wird. Dann können die professionell Pflegenden vor allem die passenden Antworten geben und ihr Handeln anpassen. ■

„Solange wir nicht jedes Jahr, jeden Monat, jede Woche in der Krankenpflege vorankommen, werden wir – und darauf gebe ich Ihnen mein Wort – nur Rückschritte machen.“ *Florence Nightingale (1820-1910)*



Christoph Müller

Qualitätsmanagement-Beauftragter in einer Klinik der Maximalversorgung, langjährige pflegerische Erfahrungen in der Geronto-, der Allgemein- und der forensischen Psychiatrie, Fachautor, Dozent
arscurae@web.de



Hilde Schädle-Deininger

Psychiatrische Pflegeexpertin, Pflegewissenschaftlerin, Fachautorin, Mitarbeit in verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen, war mehr 50 Jahre im psychosozialen Bereich und in der Lehre tätig
schaedle-deininger@t-online.de

DOI: 10.3936/dmm_artid47763318



„Hier ist Queer-Sein normal“

Brigitte Teigeler

Seit einem Jahr gibt es in der Region Stuttgart das erste LSBTIQ*-freundliche Pflegeheim. Es soll ein sicherer, diskriminierungsfreier Ort für alle sein. Denn gerade im Alter müssen sich Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen oft noch verstecken.



Eine Flagge in Regenbogenfarben weht über dem Eingang des Stuttgarter Pflegeheims. Ansonsten deutet wenig darauf hin, dass dieses Heim eine besondere Einrichtung ist. Es ist Mittagszeit und elf Bewohnerinnen und Bewohner sitzen in der offenen Wohnküche an zwei Holztischen – die meisten von ihnen im

Rollstuhl. Heute gibt es, ganz klassisch, schwäbische Maultaschen und Cevapcici mit Reis.

Ein Pfleger sitzt neben einem etwa 80-jährigen Bewohner mit weißem Bart und reicht ihm sein Mittagessen an, alle anderen essen selbstständig. Die Februarsonne scheint hell in den Neubau. Vor den bodenhohen Fenstern stehen zwei grüne Ohrensessel im Sonnenlicht.

Seit einem guten Jahr gibt es das Pflegeheim Steckfeld in Stuttgart-Plieningen – das erste queer-freundliche Pflegeheim im Stuttgarter Raum. Mit 45 stationären Plätzen gehört es zum Wohnquartier Steckfeld der Paritätischen Sozialdienste (Pasodi), das auf Vielfalt und Individualität setzt. Mit „queer“ sind damit alle Menschen der LSBTIQ*-Community gemeint – ganz gleich, welchen Lebensentwurf sie haben.

Elf Prozent der Deutschen identifizieren sich als LSBTIQ*

Im Wohnquartier Steckfeld sind alle willkommen. „Wir sind ein offenes, buntes Haus und keine Spezialeinrichtung für schwule oder queere Menschen“, betont

Frank Ulrich, Geschäftsführer der Pasodi. „Ein Outing ist möglich, aber keinesfalls Bedingung. Bei uns wohnt der normale Querschnitt der Bevölkerung.“

Laut der „Ipsos Pride Studie“ 2023 identifizieren sich rund elf Prozent der Deutschen als Teil der LGBTIQ*-Community. Sie sind lesbisch, schwul, bisexuell, pansexuell oder asexuell. Oder sie fühlen sich nicht dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugehörig, sondern identifizieren sich als transgender, nicht-binär oder genderfluid. Unter jungen Erwachsenen ist die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt mit 22 Prozent noch einmal deutlich größer als bei den älteren Befragten.

Laut der Deutschen Aids-Hilfe gibt es aktuell geschätzt 310.000 Pflegebedürftige, 386.000 pflegende Angehörige und 125.000 Pflegekräfte innerhalb der LSBTIQ*-Community. Dennoch ist die sexuelle oder geschlechtliche Identität der Pflegebedürftigen in vielen Fällen nicht bekannt. Nur 14,1 Prozent der Pflegebedürftigen geben an, dass ihre Pflegeperson über ihre sexuelle Orientierung informiert sei. Eine überwältigende Mehrheit von 85,9 Prozent äußert, dass sie diese aus Angst oder Scham nicht informiert habe.

Viele leben im Alter mit einer Lebenslüge

Geschäftsführer Ulrich weiß: Viele queere Menschen verschwinden bei Pflegebedürftigkeit in der Unsichtbarkeit. Sie trauen sich nicht, über ihr früheres Leben zu sprechen, von ihrem gleichgeschlechtlichen Lebenspartner zu erzählen oder gar ein Foto offen aufzustellen – aus Angst vor Zurückweisung und Diskriminierung. „Viele sind aufgrund ihrer Pflegeabhängigkeit zu einer Lebenslüge gezwungen“, sagt Ulrich, und das oft, nachdem sie sich mit Mühe durch ein Outing gekämpft haben. Bezeichnend sei

auch, dass gerade queere ältere Menschen eine besondere Angst vor Demenz hätten – aus Sorge, sich in der Demenz versehentlich zu verraten.

In manchen Fällen sei auch nicht die pflegebedürftige Person selbst queer, sondern die Tochter oder der Enkel. Was denken dann die Mitarbeitenden oder die anderen dort lebenden Menschen? Diese Sorge führt nicht selten dazu, die Tochter zu bitten, doch erstmal allein – ohne die Lebensgefährtin – zu kommen. „Wir möchten allen, auch den Angehörigen zeigen: Hier ist Queer-Sein normal“, sagt Ulrich. Gerade die ältere Generation tue sich mit dem Outing oft schwer. Viele von ihnen können sich noch an die Zeiten erinnern, in denen Homosexualität unter Strafe stand oder ein Entzug des Sorgerechts drohte. Noch heute outen sich homosexuelle Menschen oft erst relativ spät. „Gerade Frauen haben oft lange in einer Heterobeziehung gelebt, eine Familie gegründet und outen sich erst, wenn die Kinder groß sind“, sagt Ulrich. Auch Transmänner und -frauen bekennen sich oft erst in höherem Alter zu ihrem gefühlten Geschlecht – manche erst mit über 60.

Selbst in einer queer-freundlichen Einrichtung falle es vielen schwer, über ihre früheren Erfahrungen zu

sprechen – zum Beispiel wie es war, im Körper eines Mannes zu leben, obwohl man sich schon früh als Frau erlebt habe. „Viele haben Ablehnung und Ausgrenzung erfahren“, sagt Ulrich. Das Ziel sei daher, einen sicheren, diskriminierungsfreien Ort für alle Menschen zu bieten. „Wir möchten vermeiden, dass sich diese Menschen in ihrer letzten Lebensphase nochmal verstecken müssen.“

Alles kann, nichts muss

Biografiearbeit ist ein besonders sensibles Thema. Wenn es in der Betreuungsrunde heißt – „Heute sprechen wir mal über unsere Familie“ – könne das bei queeren Menschen leicht Panik auslösen. „Eine individuelle, an der Biografie orientierte Pflege erfordert Fingerspitzengefühl“, sagt Skadi Zimborski, Einrichtungsleiterin des Seniorenheims Steckfeld. Dabei sei es wichtig, Fragen sehr offen zu formulieren, zum Beispiel:



Das Seniorenheim Steckfeld

In der Senioreneinrichtung Steckfeld leben 45 Bewohnerinnen und Bewohner zwischen Anfang 60 und Mitte 90 in Einzelzimmern mit eigenem Bad. Die Einrichtung untergliedert sich in vier Wohngruppen zu je zwölf bzw. elf Personen in zwei Wohnbereichen. Die Betreuung orientiert sich am Wohngruppenkonzept und an den Wünschen der dort lebenden Menschen. Jeder Bereich verfügt über einen Gemeinschaftsbereich mit integrierter Wohnküche.

Das Seniorenheim Steckfeld ist auf zwei Ebenen angesiedelt. Direkt darüber gibt es ein Betreutes Wohnen mit 26 Wohnungen. Manche Paare ziehen zusammen ein – eine Person wohnt in der Senioreneinrichtung, die andere lebt selbstständig im Betreuten Wohnen.

Das Seniorenheim Steckfeld ist eine von neun (bald zwölf) Einrichtungen der Paritätischen Sozialdienste (Pasodi), die in Stuttgart, Heidelberg und im Schwarzwald ihren Sitz haben.

<https://pasodi.de>

Wie möchten Sie angesprochen werden? Was sind wichtige Erfahrungen, die Sie in Ihrer Familie gemacht haben? Haben Sie schon mal Diskriminierung erfahren? Was ist Ihnen im Umgang wichtig? „Man merkt sehr schnell, ob eine Person über das Thema sprechen möchte oder nicht“, sagt Zimborski. „Es gibt Menschen, die sich dazu nicht äußern möchten. Und das ist auch in Ordnung. Wir bohren nicht nach, sondern belassen es dabei. Jeder soll sich so, wie er ist, wohlfühlen.“ Wenn Menschen Wünsche äußern, werden diese selbstverständlich erfüllt. Transfrauen werden als Frau angesprochen und auch als Frau behandelt – ganz gleich, was im Personalausweis steht.

„Die Menschen, die bei uns leben, möchten ein ganz normales Leben führen“, sagt Zimborski. Sie brauchen ein offenes Ohr, Akzeptanz und die Gewissheit, dass alle Mitarbeitenden ganz normal mit ihnen umgehen. So steht es auch im Konzept des Pflegeheims Steckfeld (s. Kasten). Gerade Transmenschen fühlen sich in der

Gesellschaft oft auf dem Präsentierteller und unter besonderer Beobachtung. „Bei uns ist kein Verstecken oder Verstellen mehr notwendig“, sagt Zimborski.

Oft entscheiden sich Mitarbeitende bewusst für die Einrichtung

Das Thema Sensibilisierung der Mitarbeitenden ist dabei ein wichtiger Pfeiler. Denn das Konzept beruht auf einer offenen, wertschätzenden Haltung gegenüber LSBTIQ*-Menschen. Die muss von allen Mitarbeitenden mitgetragen werden. „Jeder, der zu uns kommt, sieht direkt die Regenbogenfarben“, sagt die Einrichtungsleiterin. „Und spätestens im Bewerbungsgespräch stellen wir unser Konzept vor. Wenn jemand ein Problem damit hat, funktioniert eine Zusammenarbeit nicht.“ Oft sei es aber genau andersherum: Die Bewerbenden kommen aufgrund des Konzepts in die Einrichtung. „Bei uns bewerben sich zum Beispiel bewusst transsexuelle Menschen, weil sie wissen – hier spielt Diskriminierung keine Rolle“, sagt Zimborski. Denn auch Pflegendende und andere Mitarbeitende der LSBTIQ*-Community erleben in ihrem beruflichen Umfeld oft Ausgrenzung. Sie sind erleichtert, wenn sie in einem diskriminie-

rungsfreien Umfeld arbeiten und so sein können, wie sie sind. „Bei ihnen sitzt die Angst vor Ablehnung oft sehr tief.“

Um eine queer-freundliche Pflege zu fördern, gibt es regelmäßige Fortbildungen, darunter auch solche, die speziell auf die Pflege und Betreuung von queeren Menschen ausgerichtet sind. Zudem arbeitet die Einrichtung eng mit Organisationen der LSBTIQ*, aber auch mit Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden zusammen.

Manchmal gebe es noch Unsicherheiten oder Vorurteile im Kontakt mit queeren Menschen – zum Beispiel in Bezug auf eine mögliche HIV-Ansteckung bei Homosexualität. Dabei sei die Behandlung von HIV enorm fortgeschritten, sodass viele Menschen mit HIV heute eine nahezu normale Lebenserwartung haben und die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, sagt Pasodi-Geschäftsführer Frank Ulrich. Auch können spezielle Medikamente nach einer Nadelstichverletzung vor einer Ansteckung mit HIV schützen. „Wir haben klare Verfahrensanweisungen, die für alle Mitarbeitenden gelten“, sagt Ulrich. „Mit diesem Wissen brauchen sie auch keine Angst vor Ansteckung zu haben.“ Noch werde über das Thema aber nicht genug gesprochen.



Das Ziel: Akzeptanz und Gleichbehandlung ermöglichen

„Die Stärkung und konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der bei uns lebenden und arbeitenden Menschen stehen für uns im Mittelpunkt. Wir leben eine offene Willkommenskultur für Menschen der LSBTIQ*-Community, ermöglichen Akzeptanz und Gleichbehandlung durch lebensrespektierende Pflege in einem diskriminierungsfreien Umfeld sowie ein buntes Spektrum an Lebenskultur. Aufmerksamkeit, Einfühlungsvermögen und Offenheit sind Grundpfeiler unserer Arbeit, ebenso wie ständige Qualitätskontrolle, Neuentwicklung und die Sensibilisierung unserer Mitarbeitenden im Thema der LSBTIQ*.“ (Auszug aus Konzeption Pflegeheim Stuttgart Steckfeld)



Alles, was es gibt, ist hier in Ordnung

Wenn man in anderen Einrichtungen frage, ob queere Menschen bei ihnen leben oder arbeiten, wird mitunter geantwortet: „Bei uns gibt es das nicht!“ Auf die Rückfrage „Woher weißt du das?“ heißt es meist lapidar: „Ach, das würde ich merken.“ Verkannt werde dabei, dass viele sich einfach nicht trauen, sich in ihrer Einrichtung zu outen – ob Mitarbeitende oder Menschen, die dort leben. „Viele integrieren sich und versuchen, nicht aufzufallen. Wie viel emotionale Kapazität das bindet, mag man sich gar nicht vorstellen“, sagt Ulrich.

Genau das sei der Grund, warum queeres Leben oft in der Unsichtbarkeit verschwinde – durch das Desinteresse der Einrichtungen und ihre „Bei-uns-gibt-es-das-nicht“-Mentalität. Mit dieser Nicht-Beachtung beginne bereits Diskriminierung. Dabei brauche es Offenheit, Toleranz und gegenseitiges Vertrauen, um eine größtmögliche Normalität und einen sicheren Ort zu schaffen. „Wenn die Menschen merken, dass hier ein normales Leben möglich ist, sind sie oft richtiggehend erleichtert“, sagt Ulrich. Daher sei es so wichtig vorzuleben:

Ulrich und Zimborski präsentieren das Seniorenheim Steckfeld auch nach außen hin – ob gegenüber der Presse, in Podiumsdiskussionen oder vor Ort im Quartier. „Es geht uns nicht um mediale Aufmerksamkeit“, betont Ulrich. „Wir möchten, dass die Menschen zu uns finden und Beratungsstellen wissen, dass es uns gibt.“

Und wer genau hinschaut, findet in der Einrichtung überall kleine Zeichen, die signalisieren: Wir setzen auf Vielfalt. An jedem Funktionsraum leuchtet ein kleines buntes Regenbogenherz – ebenso wie an manchen Bewohnertüren, wenn die dort lebende Person sich offen zu ihrem Queer-Sein bekennt. Auch unter jeder Mail findet sich das bunte Herz mit dem Hashtag #WirSetzenZeichen. „Wir möchten unsere Einstellung transparent machen“, sagt Ulrich. „Menschen, die damit zu tun haben, erkennen kleinste Zeichen sofort.“ ■



Brigitte Teigeler
Fotos: Pasodi & Teigeler
Grafik: Andrea Picha

Brigitte Teigeler ist Fachjournalistin, Diplom-Pflegewirtin und Kinderkrankenschwester. Sie hat über 15 Jahre im Bibliomed-Verlag u.a. für die Fachzeitschrift Die Schwester Der Pfleger gearbeitet. Seit 2018 ist sie als freiberufliche Journalistin tätig und gibt Seminare und Fortbildungen. mail@brigitte-teigeler.de

Quellen:

- Ipsos (2023). Pride Studie: Sinkende Unterstützung für LGBT+-Rechte. <https://www.ipsos.com/de-de/pride-studie-sinkende-unterstuetzung-fur-lgbt-rechte>
- Deutsche Aids-Hilfe (2024). Queere Pflege? Das Pflege-Portal für die LSBTIQ-Community und darüber hinaus. <https://profis.aidshilfe.de/hiv-beratung-aktuell/queer-pflege-de-das-pflege-portal-fur-die-lsbtiq-community-und-daruber-hinaus/>

DOI: 10.3936/dmm_artid47763313



Alles, was es
gibt, ist hier
in Ordnung.



Die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) vielfältiger Gesundheitsteams im Hinblick auf Innovationen und Effizienz

Ulrike Morgenstern/ Luisa Hartmann

Die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) vielfältiger Gesundheitsteams im Hinblick auf Innovationen und Effizienz scheint in Bezug auf Pflegende, Sozialarbeitende der Ärzteschaft im Krankenhaus konfliktreich zu sein. Diese qualitative Studie untersuchte die Gestaltung der Kooperationspraxis der drei Berufsgruppen. Es wurden sechs Expert:inneninterviews durchgeführt und anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. IPZ ist essenziell für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, jedoch noch ausbaufähig. Digitalisierung, klare kooperative Organisationsstrukturen und Aufgabenverteilungen sowie interprofessionelle Bildungsinhalte werden als zielführend angesehen. Diskutiert wird eine stärkere Verzahnung insbesondere der Pflege und der Sozialen Arbeit in kooperativen Versorgungsprozessen.

Einleitung

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) erweist sich als Ansatz, den vielfältigen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen zu begegnen.

Allerdings ist die Organisation Krankenhaus durch eine berufsgruppenbezogene Hierarchie sowie eine gering ausgebildete Kooperationskultur und Widerstandsfähigkeit gegen Wandlungsprozesse geprägt. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass derzeit in Deutschland nur in wenigen Fachbereichen tragfähige Konzepte und Strukturen existieren, die IPZ begünstigen. Seit geraumer Zeit wird für und in der Praxis eine verbesserte interprofessionelle Kooperation gefordert.

Hintergrund und Zielsetzung

Im Krankenhaus haben Pflegende und Sozialarbeitende in ihrem beruflichen Alltag einen auf Lebenswelt und -umfeld von Patient:innen und Klient:innen gerichteten Blick. Dies ermöglicht eine Form der Unterstützung, die komplementär zu den Möglichkeiten der Ärzteschaft steht. Sozialarbeitende arbeiten besonders eng mit Pflegekräften zusammen, haben aber aufgrund ihrer unzureichenden bundes- und landesrechtlichen Bestimmung ihres diffusen

Zuständigkeitsbereichs sowie ihrer geschwächten Berufsidentität oftmals nur eine Randposition im Klinikgeschehen. Ökonomisierung und Kostensenkungsdruck bergen die Gefahr, Soziale Arbeit auf das Entlassmanagement zu reduzieren. Der Einbezug des Sozialdienstes in die Krankenhausbehandlung ist vom Fachbereich abhängig, der meist durch Anregung Dritter (i. d. R. Pflege) initiiert wird. Während räumliche Nähe die Zusammenarbeit fördert, wird diese durch die meistens extern gelegenen Büros der Sozialarbeitenden erschwert. Organisierte, gemeinsame Besprechungen erleichtern die interprofessionelle Abstimmung, diese werden aber selten zwischen Medizin, Pflege und Sozialdienst umgesetzt.

Studien deuten darauf hin, dass insbesondere die Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen und sozialen Dienst von Spannungen und Herausforderungen geprägt ist.



Kooperationsbarrieren stellen dabei einerseits die hierarchiebedingte ärztliche Dominanz und Delegation von Aufgaben an den Sozialdienst, andererseits Unklarheiten über das sozialarbeiterische Aufgabengebiet sowie die Absprache sozialdienstlicher Tätigkeiten mit Pflegenden dar. Darüber hinaus werden ein Mangel an ärztlicher Kooperationsbereitschaft, Aufklärung und Anweisung eine hohe Fluktuation sowie ein zu später Einbezug durch Medizin und Pflege von Sozialarbeitenden kritisiert. Positiv lässt sich dagegen die Wertschätzung der Kompetenz, Zuverlässigkeit und des Engagements des Sozialdienstes sowie die Bekräftigung der pflegerischen und ärztlichen Angewiesenheit auf und Entlastung durch die Soziale Arbeit hervorheben.

Ziele

Organisationsstrukturelle und professionsbezogene Aspekte von Gesundheitsteams haben Einfluss auf Innovationen und Effizienz in der optimalen interprofessionellen Zusammenarbeit. Hinsichtlich der Integration der Pflege und der Sozialen Arbeit in kooperative klinische Versorgungsstrukturen besteht Entwicklungsbedarf.

Methoden

Aufgrund des Forschungsinteresses am exklusiven, berufsbezogenen Wissen im Kontext von IPZ zwischen Sozialer Arbeit und Pflege bzw. Medizin im Krankenhaus fiel die Entscheidung auf ein qualitatives Forschungsdesign. Die Datenerhebung fand anhand von Expert:inneninterviews statt, die mit Repräsentantinnen der drei Berufsgruppen geführt wurden. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und anschließend entlang der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) ausgewertet.

Sampling und Feldzugang

Die Auswahl der zu Interviewenden erfolgte anhand vorher festgelegter Parameter. Ziel war es, jeweils gleich viele Vertretende der Sozialen Arbeit, Medizin und Pflege zu wählen. Daneben war die Involviertheit in interprofessionelle Zusammenarbeit, eine entsprechende Ausbildung im jeweiligen Beruf sowie die persönliche Verfügbarkeit für ein Face-to-Face-Gespräch von Relevanz. Im Zeitraum von Mai 2024 bis Juli 2024 wurden Expert:inneninterviews mit zwei Sozialpädagoginnen (SA1 und SA2), zwei Ärztinnen (M1 und M2) und zwei Pflegekräften (P1 und P2) durchgeführt.

Datenauswertung

Die Verschriftlichung der sechs aufgezeichneten Interviews fand unter Bezugnahme auf Transkriptionsregeln nach Kuckartz und Rädiker (2022) computergestützt statt. Die anonymisierten Tran-

skripte wurden anschließend mithilfe der Software MAXQDA 24 auf Basis der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Forschungsethische Anforderungen

Den Teilnehmenden wurde vorab ein Informationsblatt ausgehändigt, in dem relevante Informationen zur Studie und zum Ablauf der Interviews gegeben wurden. Eine erneute Aufklärung erfolgte zu Beginn der Befragungen. In einer Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz-Grundverordnung erklärten die Expertinnen schließlich unter Zusicherung des Schutzes ihrer Daten bzw. der Wahrung der Anonymität ihre freiwillige Teilnahme.

Ergebnisse

Eine zentrale Erkenntnis dieser Studie ist, dass interprofessionelle Zusammenarbeit ein komplexes, von vielen Faktoren abhängiges Phänomen darstellt, für dessen Optimierung eine Betrachtung des Krankenhauses als Ganzes einschließlich seiner Professionen und Personen, Strukturen und Prozesse notwendig ist.

Kooperationsvorstellungen

Die Befunde verdeutlichen die Einigkeit aller Expertinnen über die Relevanz von IPZ.

Kooperation ist wichtig, da jede Berufsgruppe in der Patient:innenversorgung einen unersetzlichen Beitrag leistet.



Daneben werden von den Befragten positive Ergebnisse bzw. eine

bestmögliche Versorgung der Patient:innen hervorgehoben. Als bedeutsame Voraussetzungen für interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) erwiesen sich eine gute Kommunikation und Teamfähigkeit, gegenseitiger Respekt, die Kenntnis und klare Definition von Zielen sowie eine eindeutige Aufgabenverteilung. Darüber hinaus werden sowohl die eigene Fachkompetenz als auch berufsgruppenübergreifend geteiltes Wissen betont.



Dem Sozialdienst fällt aus Perspektive aller Expertinnen die Organisation medizinischer Rehabilitation und nachstationärer Wohnformen, das Kümern um Hilfsmittel und andere sozialrechtliche Anträge sowie die wirtschaftliche Absicherung und Eingliederung zu. Allerdings erleben die Sozialpädagoginnen im Kooperationsalltag das Abschieben von Aufgaben, die nicht in den Verantwortungsbereich des Sozialdienstes fallen. Beide betonen, als „Mädchen für alles“ [SA1] bzw. „Mama für alles“ [SA2] verstanden zu werden.

Rahmenbedingungen der Kooperation

Die Studie belegt, dass der Einbezug des Sozialdienstes in die Behandlung meistens je nach Bedarfseinschätzung der Ärzteschaft erfolgt. Die Büros der Sozialarbeitenden befinden sich größtenteils außerhalb der medizinischen Fachbereiche, obwohl eine Verortung auf Station von den Expertinnen als positiv für die Kooperation gewertet wird. Auf der Onkologie/Hämatologie und Chirurgie mangelt es an inter-

professionellen Besprechungen der Pflegenden mit dem Sozialdienst, was die Befragten äußerst bedauern. Entscheidungen werden sowohl selbständig als auch gemeinsam getroffen, wobei der medizinische Dienst stets die Letztverantwortung trägt. Für die Psychiatrie lässt sich eine bessere Zusammenarbeit des Sozialdienstes mit den Pflegenden und der Ärzteschaft feststellen, interprofessionelle Strukturen und Prozesse scheinen im Vergleich zu anderen Fachbereichen stärker ausgebildet. Dies zeigt sich anhand der mehrfachen Einbindung in berufsübergreifende Austauschformate, der Unabhängigkeit von der sozialen Indikationsstellung durch andere Professionen sowie der räumlichen Verortung auf Station. In den somatischen Fachabteilungen zeichnet sich dagegen eine geringere Austauschmöglichkeit der Sozialen Arbeit mit der Pflege ab, wobei die Geriatrie hinsichtlich der Einbindung in eine Teambesprechung und der Lage des Büros auf der Station eine Ausnahme darstellt.

Erfahrungen in der Zusammenarbeit

Aus den Interviews gehen sowohl Erfahrungen gelingender also auch herausfordernder Innovation und Effizienz hervor.

Insgesamt zeichnen sich eine bessere Beziehung zwischen dem pflegerischen und dem sozialen Dienst sowie mehr Kooperationsprobleme aus Sicht der Sozialen Arbeit als aus Perspektive der Medizin ab.

Positiv wird vor allen Dingen die Entlastung durch den Sozialdienst, seine Erfahrung und Einsatzbereitschaft sowie sein guter Kontakt zu Patient:innen und Angehörigen hervorgehoben. Darüber hinaus schätzen alle Berufsgruppen die gegenseitige Verlässlichkeit sowie die Schnelligkeit des Informationsflusses. Dagegen werden auf ärztlicher Seite die unzureichende Aufgabenerledigung bei Sozialdienstvertretung, aus sozialdienstlicher Perspektive Hierarchieprobleme mit Mediziner:innen, die Delegation von Aufgaben an den Sozialdienst sowie ungeklärte Zuständigkeiten kritisiert. Daneben stellen das Fehlen von Pflegeplätzen sowie ein Zeitmangel und finanzieller Druck weitere Kooperationshindernisse dar. Schließlich ergeben sich auch ambivalente Erfahrungen in der Zusammenarbeit: Einerseits wird eine hohe Kooperationsbereitschaft gelobt, andererseits ein Mangel hinsichtlich dieser beanstandet. Von der einen Ärztin wird der frühzeitige Einbezug des Sozialdienstes positiv hervorgehoben, von der anderen eine zu späte Berücksichtigung nachstationärer Versorgung eingestanden. Andersherum wird die gute Erreichbarkeit der Sozialarbeitenden positiv herausgestellt, die medizinische und pflegerische Zugänglichkeit jedoch für eingeschränkt erklärt. Zuletzt ergibt sich durch die als negativ empfundene Fluktuation und den ständigen Wechsel der Ansprechpersonen auch eine Unabhängigkeit von einzelnen Verantwortlichen, die wiederum positiv gewertet wird.

Ansätze zur Verbesserung der Zusammenarbeit

Aus Perspektive der Expertinnen lassen sich verschiedene Aspekte konstatieren, die in Angriff genommen werden müssen, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Zunächst zeigen die Ausführungen, dass Inhalte im Kontext interprofessioneller Zusammenarbeit bereits in Ausbildung und Studium der Professionen implementiert

werden sollten. Dies bezieht sich insbesondere auf Inhalte zu Kommunikation und Konfliktbearbeitung, den Erwerb von Wissen zu den Aufgaben anderer Berufsgruppen, dem Verständnis von Zusammenarbeit und der Bedeutung aller Professionen sowie auf praktische interprofessionelle Erfahrungen. Aber auch Fort- und Weiterbildung werden als wichtige Möglichkeiten gesehen, sich Wissen und Kompetenzen anzueignen, beispielsweise zu fachbereichsspezifischen Kooperationsaspekten oder rechtlichen Ansprüchen. Für die Kooperationspraxis befürworten die Expertinnen verbindliche Strukturen, die gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen. Dazu gehören regelmäßige interprofessionelle Besprechungen, Digitalisierung, eine gesicherte Erreichbarkeit und Standardisierung von Versorgungsprozessen einschließlich verbindlicher Informationsweitergabe und Kooperation sowie die Etablierung von Case Management bzw. einer Sozial- oder Pflegevisite. Schließlich sehen die Sozialpädagoginnen einen Bedarf bezüglich einer eindeutigen Definition und Verteilung von Aufgaben sowie einer institutionalisierten Möglichkeit, diese Angelegenheiten zu klären.

Diskussion

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus ist äußerst bedeutsam für die Patient:innenversorgung und an etlichen Stellen bereits gelingend, allerdings auch voraussetzungs- und durch Herausforderungen insbesondere zwischen dem sozialen und medizinischen Dienst gekennzeichnet. Die Interviews skizzieren eine von der hierarchisch übergeordneten Medizin geprägte Position des Krankenhaussozialdienstes in Kooperations- und Versorgungsprozessen. Dies wird im Datenmaterial u. a. durch mangelndes Wissen über die sozialarbeiterische Expertise, die ärztliche Delegation bzw. sozialdienstliche Übernahme von



professionsfremden Aufgaben, die hierarchiebedingte geringe Kooperationsbereitschaft und Wertschätzung mancher Ärzt:innen sowie die Abhängigkeit der Sozialen Arbeit von der Bedarfs-einschätzung und Beauftragung durch die Medizin repräsentiert.

Vormachtstellung und Weisungsbe-fugnis der Medizin führen allerdings stellenweise zu Kooperations-konflikten, Versor-gungsbeeinträch-tigungen sowie Einschränkungen des sozialdienst-lichen Hand-lungsspielraums.

In der Somatik wird im Vergleich zur Psychiatrie sowohl ein Mangel an bereichsübergreifenden klaren Organisationsstrukturen als auch eine schlechtere Integration der Sozialen Arbeit in kooperative Versorgungsprozesse deutlich. Die Studie verweist zwar darauf, dass der Sozialdienst für die befragte medizinische und pflegerische Berufsgruppe eine relevante, entlastende Größe in der Pati-ent:innenbehandlung einnimmt, allerdings kann nicht die Rede von einer egalitären Kooperation sein – das sozialarbeiterische (psycho-soziale) Unterstützungspotenzial bleibt unausgeschöpft. Die Erkenntnisse spiegeln in vielen Belangen die Befunde einschlägiger Untersuchungen wider, die teilweise schon über 40 Jahre in der Vergangenheit liegen. Dies ist jedoch nicht verwunderlich im Hinblick auf die festgeschriebenen

hierarchischen Strukturen und die Veränderungsresistenz der Organi-sation im Krankenhaus.

Limitationen

Die Studie wurde in Orientierung an die drei Gütekriterien Transparenz, Intersubjektivität und Reichweite der qualitativen Forschung durchgeführt.

Diese Studie ist durch die ihre Samplegröße von sechs Befragten eingeschränkt, zweitens ist hauptsächlich das weibliche Geschlecht repräsentiert. Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde auf zwei Krankenhäuser begrenzt, wobei nur eine Expertin einem psychiatrischen Fachkrankenhaus entstammt, während die anderen fünf Interviewpartner:innen auf somatischen Stationen arbeiten.

Empfehlungen

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen die Notwendigkeit einer stärkeren Einbindung vielfältiger Gesundheitsteams im Hinblick auf Innovationen und Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Insbesondere die Berufsgruppe der Pflegenden und der Sozialen Arbeit sollten besser in kooperative Versorgungsprozesse eingebunden werden. Denkbare Ansatzpunkte beziehen sich u. a. auf die Etablierung von Case Management, die standardisierte Integration des Sozialdienstes zum Zeitpunkt der stationären Pati-ent:innenaufnahme sowie seine Teilnahme an institutionalisierten interprofessionellen Besprechungen und Fallkonferenzen. Als Grundlage für eine stärkere Positionierung wird die Verankerung der Krankenhaussozialarbeit im Bundesgesetz sowie deren einheitliche Bestimmung in den Ländergesetzen gesehen. Auf einer allgemeineren Ebene stellen klar definierte Rollen und Tätigkeitsfelder aller an der Versorgung Beteiligten, regelmäßige Gespräche mit dem Zweck der Verbesserung von IPZ, berufsübergreifende digitale Dokumentationssysteme für einen nahtlosen Informationsfluss sowie

insgesamt eine verbindliche standardisierte Beschreibung kooperativer Abläufe weitere Erfordernisse dar. Darüber hinaus sind grundlegende Reformen im Bildungs- und Gesundheitswesen vonnöten. Dies betrifft einerseits z. B. eine stärkere Integration von Interprofessionalität in Aus-, Fort- und Weiterbildung im Sinne interprofessioneller Curricula und gemeinsamer Lehrveranstaltungen, andererseits eine Neuordnung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche im Krankenhaus, die nicht-medizinischen Professionen mehr Autonomie verleiht. Weitere Forschung zu Effekten, Chancen und Barrieren von IPZ, vor allem in Hinblick auf die Zusammenarbeit von Pflege und Sozialer Arbeit im Krankenhaus, ist notwendig. Erkenntnisse aus Studien ermöglichen die Gestaltung von Kooperations- und Bildungskonzepten und deren anschließende Erprobung in der Praxis mit dem Ziel, erfolgreiche Projekte in die Krankenhausversorgung zu übernehmen. Auf diese Weise können Barrieren abgebaut und die Ressourcen der verschiedenen Berufsgruppen optimal genutzt werden, um die Qualität der Patient:innenversorgung zu fördern. ■



Prof. Dr. Ulrike Morgenstern

Professorin für Pädagogik im Gesundheitswesen an der Akkon Hochschule für Humanwissenschaften in Berlin
Studiengangleitung für den Studiengang Gesundheits-Pflege- und Medizinpädagogik M.A



Luisa Hartmann

Sie ist als stellvertretende Einrichtungsleitung tätig.

Sie studierte Erziehungswissenschaften und Soziologie (B.A.) an der Universität Bayreuth und Soziale Arbeit (M.A.) an der IU Internationalen Hochschule.

Lernen in Vielfalt

Über den Umgang mit heterogenen Lerngruppen als Beitrag zu einem diversitätssensiblen Gesundheitswesen

Nadine Schallenkammer

Sowohl national als auch international lässt sich ein zunehmend breiter Diskurs zu Diversität in den Handlungsfeldern der Pflege- und Gesundheitsberufe feststellen. Weniger zu beobachten ist dabei die Auseinandersetzung mit der Diversität im Rahmen der Ausbildung und ihrer Lernenden und Lehrenden. Dabei haben wir es auch in der Ausbildung und im Studium mit sehr heterogenen Lerngruppen zu tun. Deren Begleitung und Umgang mit und ohne Angst im Verschieden Sein, lassen den Lerngegenstand Diversität am eigenen Leib erfahrbar werden. Heterogenität als eigenes Spannungsfeld bewegt sich in der Regel zwischen Widerständen und als Hemmschuh erlebter Herausforderung, birgt aber v.a. die Chance als gemeinsamer Reflexions- und Lerngegenstand genutzt zu werden.

Auch im folgenden Text werden heterogene Ausgangssituationen als chancenreiche Lernvoraussetzungen für die Vorbereitung auf ein komplexes und von Diversität geprägtes Berufsfeld beschrieben, wenn sie didaktisch als Reflexionsgegenstände genutzt werden. Geboten wird dabei keine konkrete „Gebrauchsanweisung“ für die Ausbildung und den Umgang mit Diversität, sondern eine theoretisch reflektierte Begründung für einen bestimmten

Umgang mit heterogenen Lerngruppen und einigen Ideen, wie dies umzusetzen wäre.

Heterogenität von Lerngruppen

Orientiert an dem HEAD Wheel Modell (Gaisch & Aichinger, 2016) soll in diesem Text anhand potenzieller Kerndimensionen von Vielfalt im Rahmen heterogener Lerngruppen deren Diversität in den Blick genommen werden. Es werden exemplarisch einzelne Kerndimensionen hervorgehoben, obwohl jede für sich eine besondere Bedeutung im Gruppenprozess entwickeln kann.

Am Beispiel von Fachschulen für Ergotherapie beschreibt Beyermann (2001) etwa, dass sich 20-Jährige mit Abitur und ersten Erfahrungen der Eigenverantwortlichkeit und 35-Jährige mit abgeschlossener Berufsausbildung und umfangreicher Berufs- und Lebenserfahrung gegenüberstehen können. Es bestehen in der Regel keine homogenen Lernvoraussetzungen zu Beginn der gemeinsamen Ausbildung bezüglich der Bildungs- und Berufsbiografien einzelner, als auch keine gemeinsame Lebensgeschichte oder gar Krankheitserfahrungen mit Blick auf den eigenen Umgang mit für den Bereich zentralen Kerndimensionen Gesundheit und Krankheit.

Weiterführend beschreiben Sahmel und Zenz (2018) die aktuelle Studiensituation in Gesundheitsfachberufen als durch vielfältige Ausgangs- und Belastungsfaktoren von Studierenden geprägt. Auch Gaisch, Aichinger und Preymann (2017) beziehen sich besonders auf die Situation an Hochschulen und Bildungsinstitutionen und beschreiben, dass nicht nur im Verhältnis Lehrende – Lernende, sondern auch in der Gruppe von Studierenden, Vertreter*innen verschiedener Generationen von Erwachsenen mit sehr verschiedenen Haltungen zu Gesellschaft, Politik, Freizeit, Sexualität, Gesundheit und digitalen Technologien aufeinandertreffen können.

Neben z.B. Rehabilitand*innen haben gerade jene Studierenden, die sich aus der Berufspraxis zurückziehen, um in der Ausbildung tätig zu werden, oft prägende Erfahrungen einer defizitären Berufspraxis machen müssen, haben fremdes und eigenes professionelles Scheitern erlebt und die gesundheitlichen Risiken ihres Berufes teils am eigenen Leib erfahren.

Die Motive der Berufswahl sind besonders hier klärungsbedürftig und ggf. krisenhaft, wie auch Löwenstein (2018) feststellt. Die Erfahrung, dass Gruppenbildungsprozesse mehr Zeit benötigen, da ständig umfassende Auslotungs- und Anpassungsprozesse untereinander und im Verhältnis zu den Lehrenden stattfinden müssen, kann als weitere Belastung erlebt werden. Unreflektiert und auf unbewusster Ebene verbleibend, kann dies ein gegenseitiges Unverständnis und Fremdheitserleben erzeugen, das zur Abwehr eigener Verletzlichkeit führt. Weiter kann es zur Vermeidung von Spannungen oder gar Brüchen und damit zu Stressbelastungen aller Beteiligten führen, insbesondere durch Krisen, die aus Nähe-Distanz-Konflikten resultieren, so Beyermann (2001).

Zur Vorbereitung auf die pädagogische Praxis

Statt aber Komplexität reduzieren zu wollen, können diese heterogenen Ausgangssituationen als chancenreiche Lernvoraussetzungen für die Vorbereitung auf ein genau solches komplexes Berufsfeld betrachtet werden, indem sie didaktisch als Reflexionsgegenstände genutzt werden. Sie bieten sich in vielfältiger Form als Verstehens-Zugänge zu der Person selbst, ihrem Gegenüber, der Gruppe und dem Fach an, um einen professionellen und dabei diversitätssensiblen Umgang mit Heterogenität bzw. dem Eigenen und dem Fremdheitserleben zu erlangen. Dies kann zum Stressabbau aller Beteiligten beitragen und einen Umgang mit Nähe-Distanz-Krisen unterstützen helfen.

Ein hier hervorzuhebender Reflexions- und Lösungsansatz für diese Herausforderungen findet sich im gemeinsamen pädagogischen Kontext, wie er zum Beispiel im Bachelor- und Masterstudiengang der Berufspädagogik für Pflege- und Gesundheitspädagogik an der Frankfurt University of Applied

Sciences besteht. Dozent*innen an der Hochschule bilden Studierende darin aus, angehende Gesundheitsfachkräfte auszubilden. Die potenziellen Krisen, in erster Linie Bildungskrisen, die im Rahmen des Studiums durch heterogene Lerngruppen entstehen, werden den Studierenden in ihrer eigenen Praxis als Lehrende wieder begegnet. Die eigene hilfreiche Lernerfahrung mit heterogenen Gruppen an der Hochschule wird, so meine These, bei der späteren Begleitung und Bewältigung von Krisen in Lerngruppen an Fachschulen helfen können.

Orientierung an inklusiver und interkultureller pädagogischer Professionalität

Es ist festzuhalten, dass diese Herausforderungen eine tiefgreifende reflexive Auseinandersetzung mit dem Thema Diversität und Vielfalt erfordern; dies mithilfe diversitätssensibler pädagogischer Konzepte. Genauer braucht es die Erfahrbarkeit und das Erleben des möglichen Umgangs mit Vielfalt und Teilhabe an Bildung im Rahmen von Ausbildung und Studium. So z.B. von Katzenbach (2015) beschrieben im taktvollen Umgang mit der Thematisierung und Nicht-Thematisierung von Differenz im Rahmen des Inklusionsdiskurses oder im Rahmen der trans- bzw. interkulturellen Pädagogik, die den für den Gesundheitsbereich relevanten Bereich Kultur fokussiert.

Neben einer solchen an (einer breit gefassten) Inklusion orientierten Perspektive, soll sich hier in aller Kürze auf eine professionalisierungstheoretische, strukturanalytische Perspektive bezogen werden. Ihre Begriffe der stellvertretenden Deutung, des Arbeitsbündnisses und der gemeinsamen Handlungslogik passen an dieser Stelle grundlegend und erscheinen übertragbar. Welche doppelte Herausforderung sich in Bezug auf den Kontext Unterricht und Lehre ergibt, bringt Wohl in einem Interview mit Schorradt von 2016 auf

den Punkt, wenn sie mit Blick auf einen pädagogischen Auftrag sagt: „Die Studierenden sollten nicht nur in der Universität diversitätssensible Lehre erfahren, sondern das Handwerkszeug dazu selbst erlernen, um später vielfaltsbewusst zu unterrichten“ (Wohl & Schorradt, 2016, o.S.).

Zur Übertragbarkeit auf eine Gesundheitsdidaktik stellt sich die Frage, wie dieses zu erlernende Handwerkszeug genauer bestimmt werden kann.

Dazu bedarf es dreier potenziell erfahrbarer Momente des Umgangs mit Heterogenität, nämlich die aus dem Inklusionsdiskurs bekannten Schlüsselbegriffe und Erfahrungsmöglichkeiten im Rahmen pädagogischer Settings: die Teilhabe bzw. komplementär dazu der Ausschluss, die Kooperation und Interdisziplinarität sowie die Reflexion.



Teilhabe und Ausschluss

Bei dem Schlüsselbegriff der Teilhabe geht es spätestens seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) auch rechtswirksam um das Recht und den Anspruch auf gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an der

Gesellschaft, wobei Inklusion als Maximum sozialer Teilhabe und Minimum an Diskriminierung definiert werden kann. Es geht zugleich um die Herstellung von Teilhabe als gesellschaftliche und damit auch pädagogische Aufgabe. Die Übertragbarkeit dieses Anspruchs aus dem Inklusionsdiskurs auf eine Didaktik Gesundheit und Pflege ist gerade am Beispiel der stigmatisierenden Folgen bestimmter Diagnosen naheliegend. Dross und Metzger (2018) verknüpfen anschlussfähig den historischen Umgang mit Lepraerkrankten und den aktuellen Umgang mit psychischen Krankheiten, den von Diagnosen Betroffenen und ihrer gesellschaftlichen Ächtung. Der Grat zwischen besonderer Hinwendung und Fürsorge auf der einen, Abscheu und Segregation, also Ausschluss auf der anderen Seite, wird offenbar und bleibt systematisch ein schmaler, weil er auf der Unterscheidung zwischen Gesunden und Kranken beruht, die ein System vorgibt, auf das alle angewiesen sind.

Kooperation und Interdisziplinarität

Zu dem Schlüsselbegriff der Kooperation ist festzustellen, dass in der Inklusionsdebatte die Forderung nach qualitativ hochwertiger, interdisziplinärer und zugleich egalitärer Kooperation auf einer Augenhöhe starke Aufmerksamkeit erfährt und dies bei der gleichzeitigen Feststellung von nur gering ausgeprägter, bzw. erst langsam sichtbaren tatsächlicher Kooperationspraxis im Feld. Breuer (2015) zufolge müssen dafür erst die nötigen institutionellen Voraussetzungen geschaffen werden, damit entgegen dem normativ geführten Kooperationsdiskurs die Verantwortung für das Gelingen und gerade auch das Scheitern von Praxis gerade nicht Einzelnen zugeschrieben werden. Vielmehr gilt es, so Bender und Heinrich (2016), die dahinterliegenden Strukturprobleme offen zu legen und sie so einer Bearbei-

tung zuzuführen. Denn das „Erkennen struktureller Widersprüche des pädagogischen [pflegerischen, therapeutischen, u.a. N.S.] Raums hebt sie zwar nicht auf, macht sie jedoch kollektiv bearbeitbar“ (Dierkes & Männle, 2018, S. 15). Weit mehr noch als in der Vorbereitung auf pädagogische Handlungsfelder gilt es in einer Didaktik für Gesundheits- und Pflegeberufe auf eine Praxis vorzubereiten, in der Kooperationsnotwendigkeiten allgegenwärtig sind. Egalitäre Kooperation gilt auch hier als zentrales Element einer gelingenden Interdisziplinarität, die aber außerhalb tradierter Hierarchien erst noch gefunden werden muss.

Reflexion

Damit zur Reflexion als zentrales Element von Professionalität, zu der in Bezugnahme auf eine Didaktik für Gesundheits- und Pflegeberufe Oelke und Meyer (2014) feststellen, dass sie als Teil eines fachspezifischen Könnens auch für die Ausbildung von Angehörigen der Pflege- und Gesundheitsberufe besonders bedeutsam ist. Zu ihren Gegenstandsbereichen benennt Thon (2017) ganz grundlegend das eigene Handeln in sozialen Interaktionen und Beziehungen, hier zu übertragen auf z.B. den eigenen Umgang im Team oder als Lehrkraft mit den Studierenden oder Schüler*innen, den es zu reflektieren gilt. Im Fokus der Reflexion steht zudem der Umgang mit bestimmten Anforderungen oder auch Ausführungen von Routinen, z.B. im Unterricht, und die äußeren Bedingungen und Strukturen des Handelns, so z.B. die Organisation der Fachschule, die rechtlichen Vorgaben und Curricula. Auch das Gesundheitswesen selbst gilt es ggf. in den Blick zu nehmen. Reflektiert werden sollen aber auch persönliche Haltungen, Einstellungen, Sichtweisen, sowie eigene (lebensgeschichtlichen) Erfahrungen (s. dazu im Rahmen der Lehrkräftebildung auch Rosenberg & Schallenkammer, 2016).

Professionalisierungstheoretische Perspektive

Um Professionalität hier nun auch näher zu bestimmen, findet sich diese in Anlehnung an Oevermann (1996) in der Bestimmung einer gemeinsamen Handlungslogik. Mit seiner strukturanalytisch orientierten Professionalisierungstheorie fragt er nach der spezifischen Tätigkeit und Handlungslogik von Berufen – bzw. nach der Struktur professioneller Tätigkeit. Als Strukturmerkmale einer solchen Handlungslogik gelten für ihn die stellvertretende Deutung und Krisenbewältigung und das hierfür erforderliche Arbeitsbündnis. Um im Tätigkeitsfeld einer solchen Handlungslogik interventionspraktisch folgen zu können, gilt es in der Ausbildung und ihrer Didaktik, das erforderliche professionspezifische Wissen zu vermitteln und zugleich ein angemessenes Handeln durch Strategien des Fallverstehens auszubilden. Oevermann formuliert in seinen Überlegungen zur pädagogischen Professionalität, dass die von der Pädagogik zu bewältigenden Krisen jene der menschlichen Entwicklung, der Ontogenese sind. Er meint damit, dass die Bildungsprozesse eines Individuums stets Krisen erzeugen, nämlich immer dann, wenn Neues entsteht, Neues gelernt und Altbewährtes über Bord geworfen werden muss. Diese Prozesse zu begleiten und zu bewältigen, ist pädagogische Handlungslogik.

Didaktik im Gesundheitswesen: Kritisch auf die Berufsrolle in einem schwierigen Feld vorbereiten

Eine Didaktik im Gesundheitswesen ist nach Beyermann (2001) eine Wissenschaft vom Zustand, von der Funktion und von der Veränderung des Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis sowie von den gesellschaftlichen und individuellen Formen und Möglichkeiten, mit Gesundheit und Krankheit umzugehen. Darin begründete gesellschaftliche Normprobleme kann die Didaktik

nicht lösen, muss aber ihre politischen und normativen Dimensionen der Reflexion zugänglich machen. Wissenschaftlich fundiert und anwendungsorientiert müssen eine Berufspädagogik und ihre Fachdidaktik Gesundheit ihre Adressat*innen in die Lage versetzen können, anwendungsorientiert (angehende) Berufsangehörige und Lehrer*innen gleichermaßen kritisch auf die eigene Berufsrolle in einem schwierigen Feld vorzubereiten.

Ausgehend von einer Berufspraxis in einem schwierigen, weil krisenhaften Berufsfeld – geht es doch um existentielle Erfahrungen und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, auf die es vorzubereiten gilt – ist die zentrale Herausforderung, der sich Vertreter*innen einer Berufspädagogik im Gesundheitswesen stellen müssen, die Spannungsfelder, in denen berufliches Handeln stattfindet, zu erfassen, didaktisch aufzubereiten und zu bearbeiten.

So gilt es
einerseits, das
Gemeinsame der
unterschiedlichen
Handlungsfelder
und ihrer
Handlungslogiken
zu erfassen und
zu vermitteln
und zugleich das
ganz Spezifische
der jeweiligen
Berufsfelder zu
identifizieren
und lehrbar
zu machen.

Spannungsreich ist auf eine interdisziplinäre Praxis vorzubereiten, in der man sich auch selbst wieder finden kann: Schaut man sich auf meine eigene berufliche Sozialisation, sind mir verschiedene Disziplinen und Berufe zu eigen; und wenn wir uns als von diesem Text Angesprochene selbst befragen, haben wir ganz gewiss einen bunten Strauß an beruflichen Hintergründen und ihren Facetten zu bieten. Diese Vielfalt an Erfahrungen, an Wissen und Verschiedenheit kann als besondere Ressource verstanden werden, die es zu nutzen gilt. Ist es doch eine komplexe Herausforderung und selten ohne Konflikte, interdisziplinär zu denken und zu arbeiten – und darauf gilt es, mit all dem, was uns zur Verfügung steht, vorzubereiten.

Didaktik im Gesundheitswesen: Spannungsfelder erfassen, aufbereiten und bearbeiten

Eine oben schon benannte zentrale Herausforderung, der sich Vertreter*innen einer Gesundheits- und Pflegedidaktik stellen müssen, besteht darin, die Spannungsfelder, in denen berufliches Handeln stattfindet, zu erfassen, didaktisch aufzubereiten und zu bearbeiten. Eine grundlegende Funktion und Strategie liegt hier in der Reduktion und Vermittlung zwischen Sachstruktur der Fachinhalte und Lernstruktur der Schüler*innen, bzw. Studierenden. Das daraus resultierende didaktische Handeln der Lehrperson ist dabei von teils unauflösbaren Widersprüchen geprägt. So stellt Kersing z.B. für die Pflegeausbildung fest, dass Anspruch und Wirklichkeit kaum vermittelbar sind, weil gelernt werden soll, das eigene Handeln an den Bedürfnissen der Kranken auszurichten. Zugleich erfahren alle an der Praxis Beteiligten einen Praxisalltag auf Station, der bestimmt ist von Ökonomisierung, von Zeit- und Personalmangel.

Weiter ist festzustellen, dass Unterricht immer ein paradoxes und damit in sich widersprüchliches Grundmuster aufweist. Diese Widersprüche bewegen sich zwischen Nähe und Distanz, Einsicht und Befehl, den Einzelnen oder der ganzen Klasse, dem Blick auf die Gesellschaft oder das Individuum, Freiheit, Kontrolle und Zwang und einem insgesamt Handeln unter Unsicherheit. Diese Widersprüche sind aus der Theorie und Geschichte der Didaktik weitestgehend bekannt, wurden aber erst in aufwendigen Rekonstruktionen von Strukturmerkmalen des Handelns von Lehrpersonen im Unterricht durch Combe und Helsper (1996) präzise untersucht.

Aus strukturtheoretischer Perspektive fragen die Autoren, wie Lehrer*innen mit den durch ihr eigenes Handeln hergestellten paradoxen Strukturen umgehen. Zentral wird mit Blick auf besondere Herausforderungen in diesem Vorgehen, die Widersprüche und damit Spannungsfelder, in denen sich didaktisches Handeln bewegt, zu erfassen, resultierende Paradoxien auszuhalten und gerade ihre Folgen der Bearbeitung zugänglich zu machen.

Fazit: Umgang mit Heterogenität dient der Vergemeinschaftung

In Übertragung von Oevermanns Professionalisierungstheorie auf pädagogische Settings heterogener Lerngruppen im Rahmen einer Didaktik der Gesundheit und Pflege bestände damit eine gemeinsa-

me Handlungslogik nun darin, die (Bildungs-)Krisen stellvertretend zu deuten und im Arbeitsbündnis mit der Lerngruppe gemeinsam, d.h. kooperativ, zu besprechen und damit zu bewältigen.

Zu lernen wäre dort soziale Teilhabe (wieder-)herzustellen, wo gesellschaftliche Systeme, wie z.B. Lerngruppen, mit Exklusionsmechanismen nach Homogenisierung streben. Dies im Rahmen einer erfahrungs- und erlernbaren pädagogischen Praxis der Thematisierung/Nicht-Thematisierung von Differenz und ihrer Reflexion.

**Auch in einer
Fachdidaktik
Gesundheit und
Pflege besteht der
Bildungsauftrag
dann darin,
angstfreie
Lernumgebungen
zu gestalten,
Bildungsprozesse
zu begleiten,
Barrieren und
Diskriminierungen
abzubauen,
soziale Teilhabe
zu ermöglichen.**

D. h. genauer eine Haltung zu und einen Umgang mit Heterogenität zu vermitteln, der im besten Fall weiterträgt, hin zu einer demokratischen Gesellschaft, die selbstverständlich divers ist.

Mit Heterogenität umgehen zu lernen dient damit der Vergemeinschaftung, denn die daraus folgende Sensibilität im Umgang mit Diversität

- ist pädagogische, ist therapeutische, ist pflegerische Aufgabe,
- ist bestimmt durch eine gemeinsame Handlungslogik,
- dient dem Fallverstehen und der Einordnung in eigenes Fachwissen, in Wissen um die Grenzen des eigenen Fachs und Möglichkeiten der anderen,
- ist interdisziplinäre und kooperative Praxis, auf die es vorzubereiten gilt und damit ein zentraler gemeinsamer Gegenstand einer Fachdidaktik Gesundheit und Pflege.

Um aber heterogene Lern- und Bildungsbiografien in der beruflichen und akademischen Qualifizierung als Chance zu verstehen und der Reflexion zugänglich zu machen, braucht es handlungsentlastete Räume in Form von z.B. Supervision, kollegialer Fallberatung und/oder auch Biographiearbeit. Vor allem braucht es Zeit, da Bildung per se weit mehr Zeit bedarf, als ihr in der Regel zugestanden wird. ■



Prof. Dr. Nadine Schallenkammer

Nadine Schallenkammer ist Diplompädagogin und Ergotherapeutin und hat am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Goethe-Universität in Frankfurt promoviert. Sie ist seit 2021 Professorin am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Frankfurt University of Applied Sciences und leitet den Masterstudiengang Berufspädagogik für Pflege und Gesundheitsberufe.

Die Literatur
zum Beitrag
finden Sie hier:



DOI: 10.3936/dmm_artid47763311

Aktuelle Bücher aus dem Hogrefe Verlag



Cornelia Mahler / Stefanie Joos (Hrsg.)

Integrative Interventionen in der Onkologie

Ein interprofessionelles Praxis- und Beratungshandbuch

Dieses Praxishandbuch bietet erstmalig evidenzbasierte, nicht-medikamentöse Interventionen zur supportiven Behandlung und zum Symptommanagement bei Menschen mit Krebserkrankungen.

2025. 220 S., 42 Abb., 139 Tab., Kt
€ 38,00 (DE) / € 39,10 (AT) / CHF 49.90
ISBN 978-3-456-86340-5
Auch als eBook erhältlich



Frank Hatch / Lenny Maietta

Kinaesthetics Infant Handling

Kindliche Bewegungsfähigkeiten entdecken, entwickeln und fördern

Das originäre Praxisbuch beschreibt, begründet und zeigt, wie Kinaesthetics Infant Handling bei und mit Frühchen, Säuglingen und Kindern angewendet wird.

3., überarb. Aufl. 2025. 176 S., 126 Abb., 1 Tab., Kt
€ 30,00 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 40.90
ISBN 978-3-456-86290-3
Auch als eBook erhältlich



Karen Leslie et al.

Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) verstehen und managen

Ein Leitfaden für Health Professionals

Die lähmende Erkrankung ME/CFS führt zu einer Intoleranz gegenüber Anstrengungen jeder Art. Das neue Fachbuch bietet Information und Aufklärung für Health Professionals.

2025. 264 S., 14 Tab., Kt
€ 40,00 (DE) / € 41,20 (AT) / CHF 52.50
ISBN 978-3-456-86371-9
Auch als eBook erhältlich



Claudia Winkelmann / Christina Rogalski / Jens Karluß

Wissensmanagement in der beruflichen Laufbahn

Fachkräfte für Gesundheit gewinnen und halten

Ein kontinuierliches Wissensmanagement der Health Professionals dient einer optimalen Gesundheitsversorgung. Es geht darum, sich Wissen anzueignen, dieses Wissen weiterzugeben und fachliche, personbezogene und soziale Kompetenzen zu entwickeln.

2025. 232 S., 90 Abb., 8 Tab., Kt
€ 30,00 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 40.90
ISBN 978-3-456-86351-1
Auch als eBook erhältlich

Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch?

Gesundheitsrisiken der Klimadestabilisierung

Cornelia Heintze

Destabilisierung des Weltökosystems

Die Aufpumpung der Atmosphäre mit Treibhausgasen fügt sich in den größeren Zusammenhang der Übernutzung natürlicher Ressourcen durch die Art, wie Menschen produzieren, konsumieren, kommunizieren, Landwirtschaft betreiben und ihre Mobilitätsbedürfnisse befriedigen. Schon seit den 70er Jahren warnen Wissenschaftler*innen vor den klimatischen Folgen. Die Prognosen etwa des Club of Rome, des Weltklimarates¹ und des Biodiversitätsrates waren und sind keineswegs alarmistisch überzogen. Zunehmend werden sie von der Realität übertroffen, wie anhand der Zunahme der Häufigkeit und Intensität von Extremwetterereignissen (Hitze, Waldbrände, Überschwemmungen, Orkane usw.) nachgewiesen werden kann.

Proklamiert wird, dass bis Mitte des Jahrhunderts Klimaneutralität erreicht werden soll.

In Politik, Gesellschaft und Wirtschaft fehlt jedoch der Wille, die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen zu ergreifen. Kein einziges Land bewegt sich auf der Zielgeraden, die das Pariser Klimaschutzabkommen von 2015 vorgibt. Im u.a. von Germanwatch

herausgegebenen Climate Change Performance Index bleiben deshalb die ersten 3 Rangplätze unbesetzt. Zuletzt schnitt Dänemark noch relativ am besten ab, während Deutschland lediglich Rang 14 belegt. Statt auf einem 1,5-Grad-Pfad ist die Weltgemeinschaft auf einem Pfad unterwegs, der nach dem Bericht der Internationalen Energieagentur (IEA) vom Oktober 2024 bei 2,4 Grad liegt.

Aus zwei Hauptgründen werden die Risiken unterschätzt:

1. Im öffentlichen Diskurs dominiert das Klimathema. Das Artensterben wird als nachrangig angesehen mit Thematisierung meist bezogen auf einzelne Arten; im besonderen Arten, mit denen Menschen positive Emotionen verbinden, was am eigentlichen Problem des Verlustes an biologischer Vielfalt vorbeigeht. Der Weltbiodiversitätsrat (Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services = IPBES) veröffentlichte 2019 einen alarmierenden Zustandsbericht, in den die Befunde aus annähernd 15.000 Studien und Berichten einfließen (IPBES 2019). Dem Bericht zufolge sind bis zu einer Million

¹Der Weltklimarat (IPCC), in dessen Arbeit Tausende von Forscher*innen und Regierungsvertreter*innen eingebunden sind, hat seit seiner Einrichtung 1988 6. Sachstandsberichte und diverse Sonderberichte veröffentlicht. Der 6. Sachstandsbericht besteht aus 3 Bänden und einem übergreifenden Synthesebericht mit Publikation im Zeitraum von 2021 bis 2023. Untersucht wurden Verwundbarkeiten sowie Anpassungskapazitäten und -grenzen natürlicher Systeme und menschlicher Gesellschaften. Die zentralen Informationen dieses und der früheren Berichte sind auf den Webseiten des IPCC verfügbar: <https://www.ipcc.ch/reports/>; 01.06.2025

Tier- und Pflanzenarten akut vom Aussterben bedroht. Gründe sind der Verlust von Lebensraum, Landnutzungsänderungen, Jagd und Wilderei, Klimawandel, Umweltgifte und das Vorrücken invasiver Pflanzen- und Tierarten wie z.B. Ratten oder Mücken. Das sechste Massensterben in der Geschichte des Lebens auf der Erde sei im Gange. Das fünfte Massensterben ereignete sich vor rund 66 Millionen Jahren, als ein kilometergroßer Asteroid auf der Erde einschlug. Damals endete die Zeit der Dinosaurier und die der Säugetiere begann. Nun lautet die Ansage: Der Erhalt der Biodiversität entscheidet darüber, ob wir überleben; die Bewältigung der Klimakrise darüber, wie wir überleben. Beides hängt eng zusammen, weshalb von fatalen „Zwillingen“ die Rede ist, die sich wechselseitig verstärken. Der gemeinsame Nenner besteht in einer Ökosystemkrise.

2. Die Klimakrise und der Verlust an Biodiversität interagieren so miteinander, dass der kumulierte Effekt größer ausfällt als bei isolierter Betrachtung zu erwarten wäre. Über Rückkopplungsprozesse kommt es zu einer sich selbst verstärkenden Destabilisierung wesentlicher Eckpfeiler des Weltökosystems. Beispielsweise nimmt die Leistung der Ozeane und Wälder als CO₂-Senken ab bis hin zu dem Punkt, wo aus Senken Emissionsquellen werden. Bei den Wäldern ist dieser Punkt teilweise bereits erreicht. In Deutschland etwa geht die Erwartung der Bundesregierung dahin, dass über die Speicherfunktion von Wäldern und Mooren die immer noch viel zu hohen Emissionen der Intensivlandwirtschaft ausgeglichen werden können. Dies könnte sich als Wunschdenken entpuppen. Nach den

Erkenntnissen der 4. Bundeswaldinventur von 2024 geben die Wälder bereits seit 2017 mehr Treibhausgase ab als sie speichern.

Die Klimaforschung versteht die Selbstverstärkungsmechanismen immer besser. Jüngste Studien, so etwa Kirchengast & Pichler 2025, kommen zu dem Ergebnis, dass der noch verbleibende Spielraum für die Emission von Treibhausgasen deutlich geringer ist als bislang angenommen. In der Konsequenz müssten die Anstrengungen zur Eindämmung der Erderwärmung und zur Sicherung der Biodiversität massiv verstärkt werden. Theoretisch wäre es noch möglich, praktisch aber verhindern kulturelle, soziale, ökonomische und politische Fallstricke den notwendigen Richtungswechsel. Mit Stand von 2025 schlagen viele Länder sogar den Rückwärtsgang ein, indem bereits beschlossene Maßnahmen teils aufgeweicht, teils zurückgenommen werden.

Hintergrund ist das Erstarken rechter bis rechtsextremer Bewegungen. Diejenigen, die mit dem Festhalten an fossilen Energien und mit Tätigkeiten der Naturzerstörung gute Geschäfte machen, erhalten wieder Oberwasser. In den USA verfolgt die Trump-Administration unter dem Motto „Drill, baby, drill“ eine aggressive Energiepolitik. Sie zielt auf eine massive Ausweitung der heimischen Öl- und Gasförderung. Auch Naturschutzgebiete bleiben nicht verschont. Die Klima- und Umweltforschung wurde zum Feind erklärt. Selbst die Generierung verlässlicher Daten über die weltweiten Veränderungen bei zentralen Klimaparametern (Treibhausgasemissionen, Entwicklung der Lufttemperatur, Oberflächentemperatur der Ozeane, Verlust von Waldgebieten usw.) ist nicht mehr gewährleistet. Zum Tragen kommt eine Art magisches Denken nach dem Kalkül: Wenn wir die Klimakrise leugnen, dann verschwin-

det sie und die beste Methode der Leugnung besteht darin, dass über das Voranschreiten der unangenehmen Realität keine umfassenden Daten mehr erhoben und das Ineinandergreifen einzelner Entwicklungen auch nicht mehr erforscht wird.

Folgen der Erderwärmung für die menschliche Gesundheit – Die Studienlage

Welche Folgen die Erderwärmung für die menschliche Gesundheit hat, ist zunehmend Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Die WHO bezeichnet den Klimawandel als „die größte Gesundheitsbedrohung für die Menschheit“ und sieht im Pariser Klimaschutzabkommen (2015) das wichtigste Public-Health-Abkommen des 21. Jahrhunderts. Nach WHO-Angaben sind die Lebensräume von rd. 3,6 Mrd. Menschen bereits extrem betroffen. Die Todesrate aufgrund extremer Wetterereignisse liege dort 15mal höher als in weniger exponierten Gebieten. Mit zusätzlichen Todesfällen von jährlich annähernd 250 Tsd. allein aufgrund von Mangelernährung, Durchfall, Malaria und Hitzeschocks wird für die Zeitspanne von 2030 bis 2050 gerechnet.

Aus der Vielzahl an Studien, die übergreifend und für einzelne medizinische Fachgebiete die bereits vorhandenen und sich ausbreitenden Gesundheitsrisiken behandeln, sei auf den Lancet-Monitoringbericht 2024 und die unter Federführung des RKI entstandenen Übersichten näher eingegangen.

Lancet-Monitoringbericht 2024 – wenig Anlass für Zuversicht

Das renommierte britische Fachjournal The Lancet etablierte zeitgleich mit dem Inkrafttreten des Pariser Klimaschutzabkommens im Jahr 2016 ein Monitoringsystem. Über 300 Forscher und Fachleute des Gesundheitssystems wirken weltweit zusammen, um national, regional und global das verfügbare

Wissen zum Zusammenhang von Klimaentwicklung und Gesundheit zusammenzutragen. Fünf Bereiche wurden definiert: 1 = Gesundheitsgefahren, Exposition und Auswirkungen; 2 = Anpassung, Planung und Gesundheitsresilienz; 3 = Minderungsmaßnahmen und ihr Gesundheitsnutzen; 4 = Wirtschaft und Finanzen; 5 = Öffentliches und politisches Engagement für Gesundheit und Klimawandel. Im Oktober 2024 erschien der 8. Monitoring-Bericht. Er kam unter Mitwirkung von 122 führenden Forscher*innen zustande und zeichnet ein düsteres Bild. Von den 15 Leitindikatoren des Untersuchungsbereichs 1 entwickeln sich 10 Indikatoren negativ. Dazu gehört, dass Infektionserkrankungen, die häufig tödlich verlaufen

wie das Denguefieber oder Malaria zugenommen haben. Besser sieht es im Bereich 2 aus. Eine angemessene Anpassung an die rasch wachsenden Gesundheitsgefahren gelang aber noch nicht, und es zeichnen sich Grenzen der Anpassung ab. Immerhin geht die Entwicklung, wenn auch zu langsam, in die richtige Richtung. Im Bereich 3 kehrt sich dies wieder ins Negative. Konstatiert werden besorgniserregend geringe Fortschritte, die zudem uneinheitlich ausfallen, was die gesundheitlichen Ungleichheiten verschärft. Die Untätigkeit bei der Emissions-Eindämmung führe jedes Jahr zu Millionen vermeidbarer Todesfälle, dar. 977 Tsd. Tote allein in 2021 aufgrund der kohlebedingten Luftverschmutzung. Die Emissionen des Straßenverkehrs

erreichen wieder das Niveau vor der Pandemie und die landwirtschaftlichen Emissionen steigen. Keinerlei Lichtblick eröffnet sich im Bereich 4. Die wirtschaftlichen Verluste, die aus den Gesundheitsfolgen des Klimawandels resultieren, nehmen zu und bedrohen die sozioökonomischen Bedingungen, von denen Gesundheit und Wohlbefinden abhängt, was die gesundheitlichen Schäden zusätzlich erhöht. Um die schlimmsten gesundheitlichen Folgen abzuwenden, müsste die Weltwirtschaft umgestaltet werden. Trotz des Ausbaus erneuerbarer Energien wird die fossile Wirtschaft aber finanziell weiterhin unterstützt, was die Umstellung behindert. Nach dem Einmarsch Russlands in die Ukraine erhöhten viele Län-

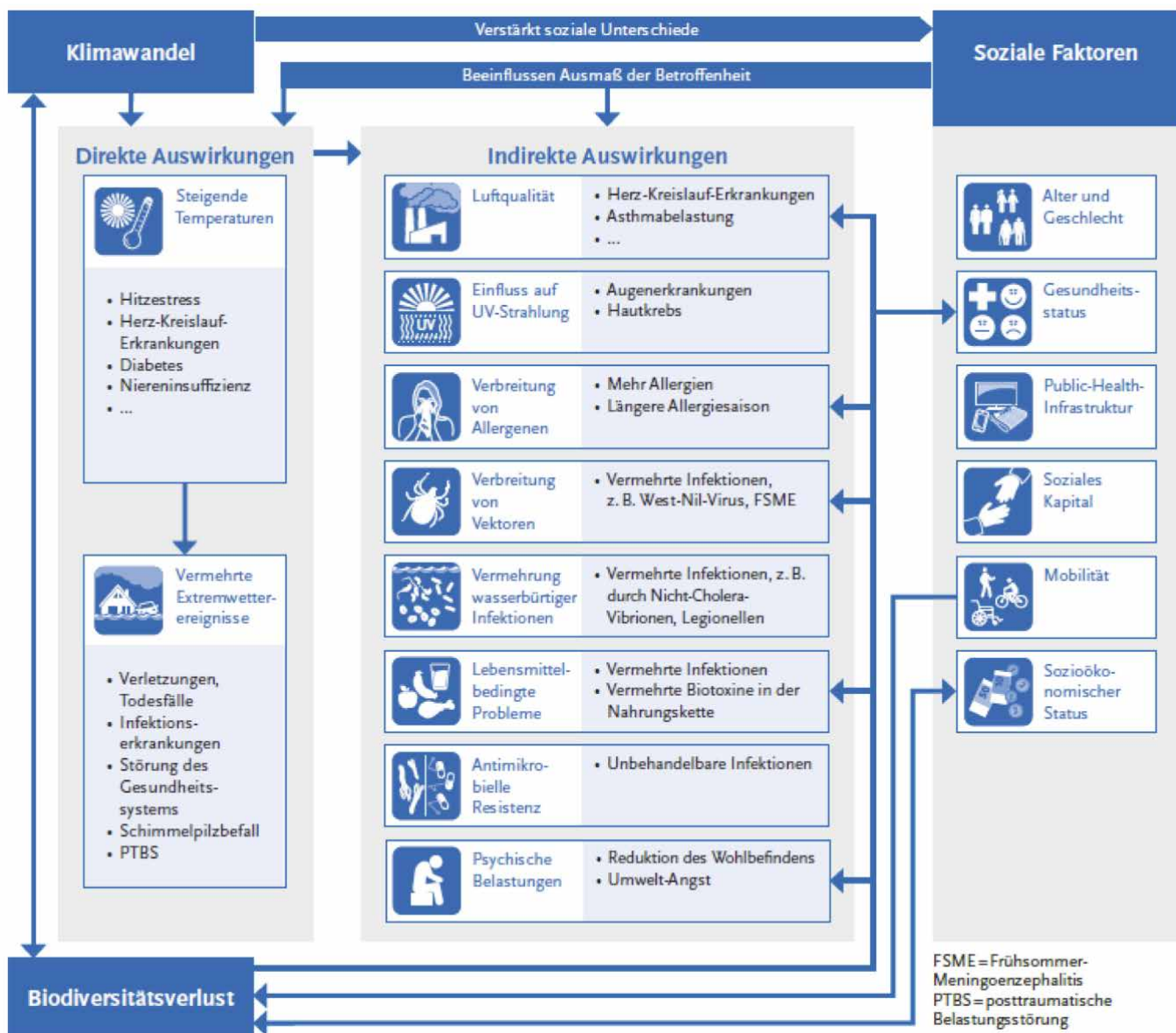


Abbildung 1: Direkte und indirekte Auswirkungen von Klimawandel und Biodiversitätsverlust auf die menschliche Gesundheit, Quelle: RKI 2023, S. 16

der ihre Subventionen für fossile Brennstoffe. Auch im Bereich 5 ist die Tendenz eher negativ. In einigen Ländern gibt es Rückschritte, was zeige, dass erzielte Fortschritte keineswegs gesichert sind.

RKI-Sachstandsbericht 2023 – direkte und indirekte Gesundheitsfolgen

Die in Deutschland federführend vom RKI verantworteten Sachstandsberichte fügen sich in das Panorama ein, das die Lancet-Berichte aufspannen. Am Sachstandsbericht 2023 haben rd. 30 nationale Behörden und Institutionen mitgewirkt. In 3 Teilen wird eine Synthese der aktuellen Evidenz geboten. Teil 1 behandelt die Auswirkungen des Klimawandels auf Infektionskrankheiten und antimikrobielle Resistenzen, Teil 2 nimmt die nicht-übertragbaren Erkrankungen und die Gefährdung der psychischen Gesundheit in den Blick. Teil 3 beschäftigt sich mit Fragen von Klimagerechtigkeit, Kommunikation und den gegebenen Handlungsoptionen.

Wie aus Abb. 1 ersichtlich, erfolgen negative Gesundheitsfolgen sowohl direkt wie indirekt. Zu den direkten Auswirkungen gehören die Zunahme von Hitzestress, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Niereninsuffizienz und von Verletzungen, Todesfällen und Infektionen. Indirekt erfolgen negative Auswirkungen auf die Gesundheit durch die Verschlechterung der Luftqualität, vermehrte UV-Strahlung, die Zunahme von Allergien und die Ausweitung von Infektionen. Die angesprochenen Lancet-Berichte zeigen, wie Träger tropischer Erkrankungen, die noch vor wenigen Jahrzehnten in Mitteleuropa so gut wie nie vorkamen, der Erderwärmung folgend sukzessive ihren Verbreitungskreis nach Norden ausdehnen. Sie treffen auf eine Bevölkerung, die gegen die Erreger von Krankheiten wie Malaria oder dem West-Nil-Fieber keinen Immunschutz aufweist.

Wie handeln? Das Konzept von Planetary Health als Basis

In der globalisierten Welt des 21. Jahrhunderts wird Gesundheit durch Faktoren mit beeinflusst, die über Nationalgrenzen hinausgehen. Pandemien, der Klimawandel, die Kontamination von Lebensmitteln mit Pestiziden und Mikroplastik sind wichtige Stichworte. Aus den Diskussionssträngen, die daraus erwachsen, entstanden zunächst das multidisziplinäre Konzept der „Globalen Gesundheit“ und in der weiteren Entwicklung die Konzepte von One Health und Planetary Health. Dem Konzept von One Health liegt die Erkenntnis zugrunde, dass es nicht nur zwischen der Gesundheit von Menschen und der Gesundheit von Tieren enge Zusammenhänge gibt. Auch bei Boden, Wasser und Luft geht es um Gesunderhaltung durch die Vermeidung giftiger Einträge, weil nur auf gesunden Böden gesunde Lebensmittel heranwachsen können und verunreinigtes Wasser ebenso wie schadstoffbelastete Luft eine Quelle für diverse Erkrankungen ist. In der Konsequenz wird ein Integratives Management von Gesundheitsrisiken bei gleichzeitiger Beachtung folgender 5 Komponenten angestrebt:

- Gesundheit von Menschen
- Gesundheit von Tieren
- Umweltschutz (Boden, Wasser, Luft)
- Gesunde Lebensmittel
- Regulierung des internationalen Handels mit Blick auf Gesundheit.

Das Konzept von Planetary Health setzt hier an, ist jedoch noch umfassender angelegt. Es befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen der menschlichen Gesundheit und den politischen, ökonomischen und sozialen Systemen sowie den natürlichen Systemen unseres Planeten, von denen die Existenz der menschlichen Zivilisation abhängt. Grundlegend für diese Erweite-

rung war der im Jahr 2015 von The Lancet herausgegebene Bericht „Rockefeller Foundation-Lancet Planetary Health Commission Report“. Es folgte die Gründung der „Planetary Health Alliance“ und der Fachzeitschrift „The Lancet Planetary Health“. In Deutschland kommt dem Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung bei der Anwendung des Konzepts auf die Gesundheit des „Patienten Erde“ eine führende Rolle zu. Der erste Planetary Health Check erschien Ende 2024. Er basiert multidisziplinär auf Erdbeobachtungsdaten und den dazu verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen. Zukünftig soll jährlich, systematisch und ganzheitlich über den Gesundheits-Zustand der Erde informiert werden. Wie Abbildung 2 (s. S. 32) ausweist, befindet sich die Erde bei einigen Dimensionen bereits außerhalb des sicheren Handlungsraums.

Die zunehmende Überschreitung planetarer Grenzen ist für die Gesellschaften eine beispiellose Herausforderung.



Klimagerechter Gesundheitsschutz muss die Bevölkerung insgesamt adressieren

Die gesundheitlichen Folgen der Klimakrise sind äußerst facettenreich. Es geht um weit mehr als um die Gefahren, die im Zusammenhang stehen mit Hitzewellen und Extremwetterereignissen. In verschiedenster Weise geraten Menschen körperlich und mental unter schädlichen Stress. Im Ergebnis wachsen die Risiken für das Entstehen unterschiedlicher Krankheiten von Infektionen bis Krebs

und die Fähigkeiten des Organismus zur Selbstreparatur nehmen ab bei gleichzeitiger Beschleunigung von Alterungsprozessen. Der Expertenrat „Gesundheit und Resilienz“ moniert in seiner 5. Stellungnahme vom Oktober 2024 die geringe Beachtung, die all dies in der öffentlichen Wahrnehmung und auch beim Gros der Akteure des Gesundheitssystems finde. Die Gesundheitsfolgen würden auf die direkten Auswirkungen reduziert mit Schwerpunktsetzung beim gesundheitsbezogenen Hitzeschutz. Tatsächlich aber erhöhe sich die Krankheitslast insgesamt.

Dem deutschen Gesundheitssystem erwachsen daraus Herausforderungen, die von der Primärversorgung über die Krankenhäuser bis zur klimagerechten Stadtplanung viele Bereiche betreffen.



Die vorhandenen Strukturen sind für die angemessene Bearbeitung nur unzureichend gerüstet. So fehlt eine starke Säule von Public Health, die die Bevölkerung insgesamt adressiert. Welche enorme Bedeutung den lange vernachlässigten Gesundheitsämtern zukommt, machte zuletzt die Corona-Pandemie schmerzlich bewusst. Im Rahmen des „Pakts für den Gesundheitsdienst“ wurden gewisse Konsequenzen gezogen. In einem nächsten Schritt müsste es jetzt darum gehen, die Gesundheitsämter klimapolitisch mit wichtigen Aufgaben zu versehen. Die Koordinierung von

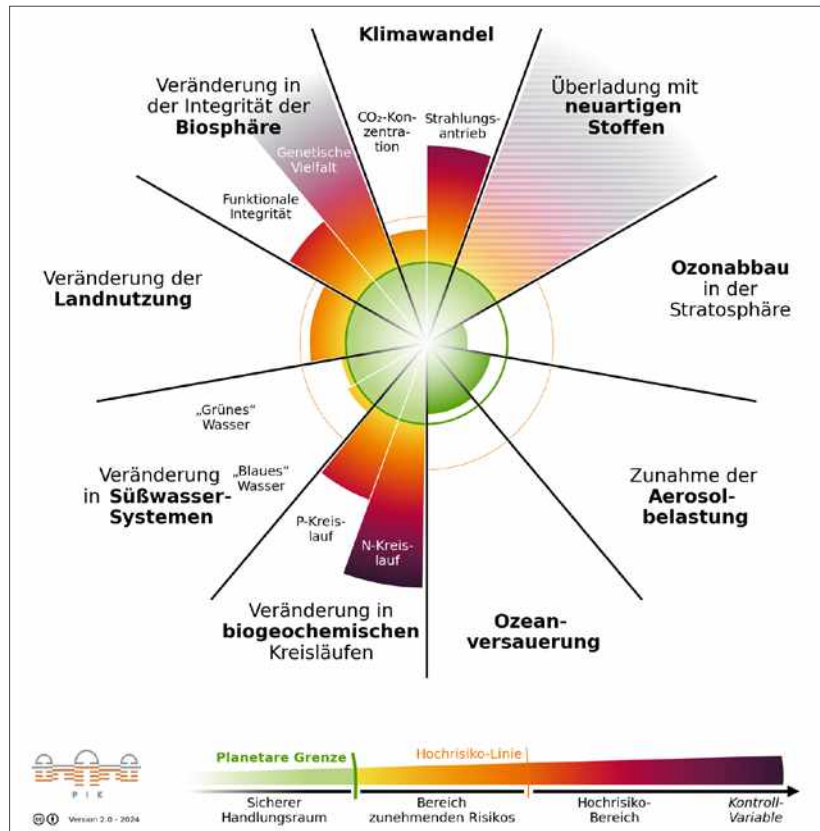


Abbildung 2: Planetarer Gesundheitscheck von Ende 2024,

Quelle: Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (PIK): <https://www.pik-potsdam.de/de/produkte/infothek/planetare-grenzen/bilder>; 02.06.25

Frühwarnsystemen, die Entwicklung von Notfallplänen und die Information der Bevölkerung über Schutzmaßnahmen könnte hier angesiedelt sein. Vulnerable Gruppen wie Kinder, ältere Menschen und sozial benachteiligte Personen stehen besonders im Fokus. Dies in enger Zusammenarbeit mit Stadtplaner*innen und dem Bevölkerungsschutz. ■



Dr. Cornelia Heintze

Dr. Cornelia Heintze (StK a. D.) war beruflich zunächst als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FU Berlin (Statistik und Arbeitsmarktforschung), dann als Wirtschaftsreferentin bei den Grünen und Referentin im Niedersachsen Finanzministerium tätig. Als Stadtkämmerin umfasste ihr Dezernat auch die Zuständigkeit für Liegenschaften, Wohnungswesen, Stadtwerke/ÖPNV und Städtische Kliniken. Sie arbeitet heute freiberuflich im Bereich international vergleichender Wohlfahrtsforschung mit Schwerpunktsetzung bei Gesundheit und Pflege.

Bei all dem muss gesehen werden, dass es Grenzen der Anpassungsfähigkeit gibt. Sich an ein um 3 oder 4 Grad wärmeres Klima anpassen zu können, dürfte illusorisch sein.



Die Literatur zum Beitrag finden Sie hier:

DOI: 10.3936/dmm_artid47763329



Klimaresilienz

Bedeutung für den Gesundheitssektor

Prof. Dr. Christian Schulz, KLUG e.V.

Wenn wir über Gesundheit im Zeitalter der ökologischen Krise sprechen, sprechen wir über die Grundlage allen Lebens: funktionierende Erdsysteme. Ohne saubere Luft, sauberes Wasser, fruchtbare Böden, sichere Ernährung und tragfähige soziale Strukturen ist kein gesundes Leben möglich. Unsere Gesundheit, unser Wohlbefinden und jede Form von Gerechtigkeit – innerhalb unserer Gesellschaft, zwischen Ländern und über Generationen hinweg – sind untrennbar mit dem Zustand unserer Umwelt verknüpft. Es geht also um alles.

Der Weltklimabericht macht deutlich: Zwischen Gesellschaft, Klimawandel und Ökosystemen bestehen tiefgreifende Wechselwirkungen. Klimaresilienz bedeutet, Klimaschutz und Anpassung als Einheit zu denken – als gemeinsame Antwort auf eine Krise, die längst Realität ist.

Planetare Gesundheit - wo stehen wir?

Die vom Menschen verursachte Erderhitzung, Umweltverschmutzung und Ausbeutung von Böden, Luft und Wasser zerstören unsere Lebensgrundlagen – und erschüttern die Stabilität ganzer Gesellschaften. Die Auswirkungen kehren als Krisen zurück: in Form von Pandemien, Extremwetter, Nahrungsmittelknappheit, Flüchtlingsbewegungen oder brennenden Wäldern mitten in Urlaubsregionen.

Sechs von neun Belastungsgrenzen der Erdsysteme sind überschritten: Klimawandel, Biodiversität, Landnutzung, Umweltverschmutzung, globale Kreisläufe

von Stickstoff, Phosphor und verfügbarem Süßwasser. Analog zum Multiorganversagen des Menschen drohen auf planetarer Ebene irreversible Kettenreaktionen, die zu beispiellosen und irreversiblen Schäden für unsere Gesellschaften führen. Schon heute befinden wir uns im Risikobereich für mindestens fünf physikalische Kipppunkte der Erdsysteme – Schwellen, deren Überschreiten selbstverstärkende Prozesse auslöst. Gleichzeitig schrumpfen die Pufferkapazitäten der Erdsysteme rapide, etwa die Fähigkeit der Ozeane, CO₂ aufzunehmen. Wir riskieren, aus dem stabilen Holozän der letzten 10.000 Jahre in ein „Hot-house Earth“ Szenario zu wechseln. Die Zivilisation wie wir sie kennen wäre damit nicht vereinbar.

Die Dynamiken sind komplex und nichtlinear – gerade das macht sie so gefährlich. Alle Analysen kommen zum selben Schluss: Nichtstun wird uns weit teurer zu stehen kommen als entschlossenes Handeln. Ein „Weiter so“ in der Gegenwart bedeutet für zukünftige Generationen viel weniger Wohlstand, Sicherheit, Freiheit und - vor allem - Gesundheit.

Die Gesundheitsfolgen der ökologischen Krise

Die ökologische Krise schlägt sich in nahezu allen Bereichen der Medizin in einer steigenden Krankheitslast nieder. Wie die Abbildung zeigt, wirken sich die Folgen der Klimakrise – direkt, indirekt und vermittelt durch soziale Ungleichheiten – auf sämtliche Organsysteme aus. Gleichzeitig ist das Gesundheitssystem selbst nur unzureichend resilient gegenüber diesen wachsenden Belastungen. Besonders deutlich

wird das angesichts zunehmender Pandemierisiken und klimabedingter Extremereignisse wie längerer, intensiverer und häufigerer Hitzewellen, die zu mehr Krankenhauseinweisungen und Tausenden vermeidbarer Todesfälle führen. Weitere gravierende Gesundheitsfolgen des sich wandelnden Klimas umfassen die Zunahme von Allergien, Infektionskrankheiten (Zoonosen), hitzebedingten Erkrankungen, psychischen Belastungen sowie gesundheitlichen Schäden durch Extremwetter und Waldbrände. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass bereits heute rund ein Viertel aller vorzeitigen Todesfälle auf geschädigte Ökosysteme zurückzuführen ist.

Zusätzlich wird unser Gesundheitssystem erheblich durch ungesunde Lebensstile belastet – Lebensstile, die zugleich zur weiteren Verschärfung der ökologischen Krise beitragen. Ein Großteil der heute behandelten Erkrankungen geht auf schädliche Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen zurück. Schätzungen zufolge sind bis zu 78 % der weltweit rund 42 Millionen vorzeitigen Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten auf vier zentrale Risikofaktoren und die dahinterstehenden Industrien zurückzuführen: Alkohol, Tabak, ungesunde Ernährung und fossile Energieträger.

Diese Industriezweige profitieren davon, dass sie die Folgekosten ihres Handelns – etwa für Gesundheitsschäden oder den Verlust von Ökosystemleistungen – systematisch auf die Gesellschaft abwälzen. Es sind die betroffenen Menschen, die Gesundheitssysteme und zukünftige Generationen, die die Rechnung für diese Externalisierung tragen. Besonders die Nahrungsmittelindustrie und die fossile Energiebranche sind

doppelt problematisch: Sie treiben nicht nur die Krankheitslast in die Höhe, sondern gehören auch zu den Hauptverursachern der Überschreitung planetarer Belastungsgrenzen.

Auch das Gesundheitssystem selbst ist Teil des Problems. Es trägt mit 5,2 bis 6,7 % zu den nationalen Treibhausgasemissionen bei und verursacht etwa 5 % des Rohstoffverbrauchs – ein erheblicher Fußabdruck für ein System, das eigentlich dem Schutz der Gesundheit dienen soll. Besonders ins Gewicht fallen die vor- und nachgelagerten Lieferketten: Sie sind für rund zwei Drittel der Emissionen des Gesundheitssektors verantwortlich.

Rollback und Verdrängung

Wir erleben derzeit einen Rollback im gesellschaftlichen Umgang mit der Klimakrise. Dahinter stehen mächtige Interessen, die vom Bestehenden profitieren – aber auch individuelle und kollektive Verdrängungsmechanismen. Auch im Gesundheitswesen hat es lange gedauert, bis die Dramatik der wissenschaftlichen Erkenntnisse ernst

genommen wurde: Bereits 2009 warnte die erste Lancet Commission on Climate and Health eindringlich vor den gesundheitlichen Gefahren der Erderhitzung – das Aufwachen des deutschen Gesundheitssektors begann erst rund ein Jahrzehnt später. Und noch immer blenden große Teile der Bevölkerung und viele politische Entscheidungsträger*innen das wahre Ausmaß der Bedrohung aus.

Mit genau dieser Dynamik der Verdrängung sind die Angehörigen der Gesundheitsberufe vertraut. Für sie ist ab dem Moment der "Diagnosestellung" eine Beteiligung an der Verdrängung keine Option mehr. Zunehmend übernehmen sie Verantwortung dafür, die Verdrängung zu überwinden und Handlungsbereitschaft zu erzeugen. Damit das gelingt, müssen wir die Verdrängungsmechanismen und Strukturen in unserem Sektor, unseren Institutionen und bei uns selbst anerkennen und die konkreten Auswirkungen und Risiken in unseren Arbeitskontexten verstehen.

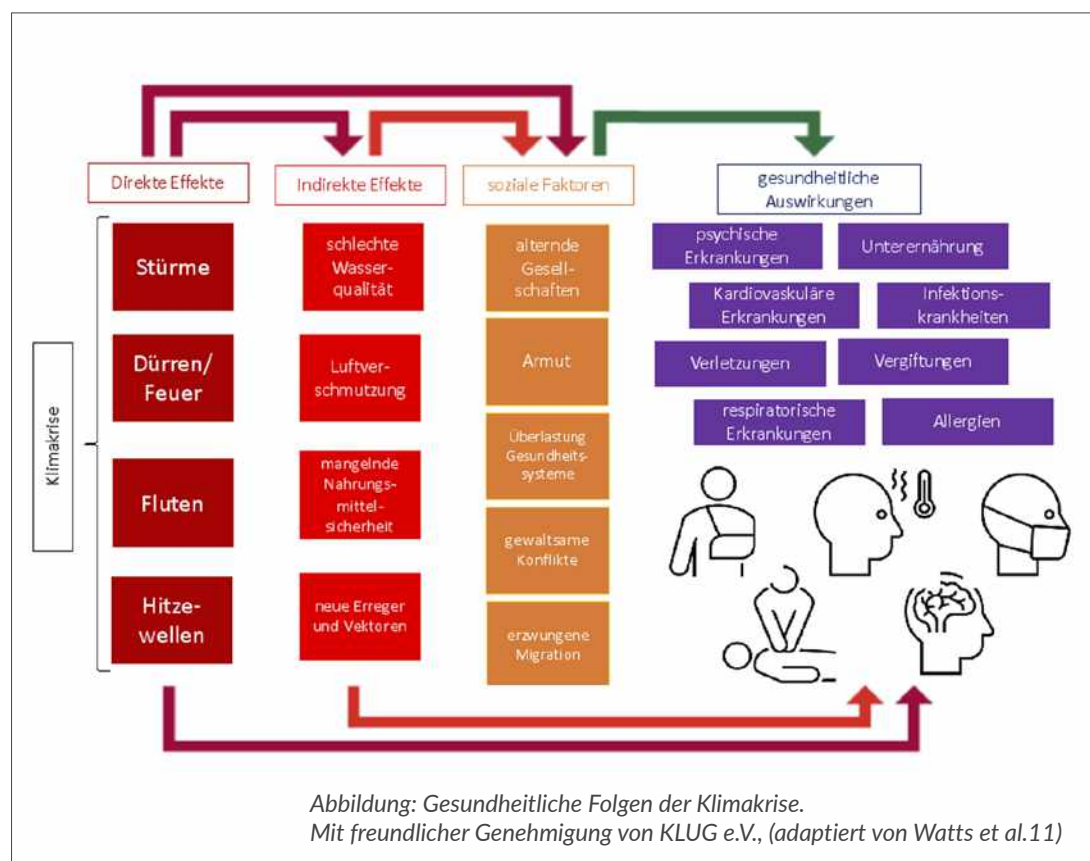


Abbildung: Gesundheitliche Folgen der Klimakrise.

Mit freundlicher Genehmigung von KLUG e.V., (adaptiert von Watts et al.11)

Welche Maßnahmen sind medizinisch indiziert?

Aus dem engen Zusammenhang zwischen Klimaresilienz und Gesundheit ergibt sich ein klarer und dringlicher Handlungsauftrag.

Die Vitalzeichen unseres Planeten stehen auf Rot

Das ist ein unmissverständlicher Appell, Gesundheit und Klimaresilienz auf allen Ebenen zur Priorität zu machen.

Angesichts des Ausmaßes und der Dringlichkeit der ökologischen Krise genügen klassische Ansätze nicht mehr. Es braucht tiefgreifende, transformative Veränderungen in Praxis, Politik, Wissenschaft und Gesellschaft. Klimaresilienz ist dabei keine Zusatzaufgabe, sondern Voraussetzung für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

Zentrale Handlungsfelder sind:

- die Berücksichtigung der jetzigen und zukünftigen gesundheitlichen Folgen der ökologischen Krise in Prävention, Diagnose und Therapie,
- die Aufklärung von politischen Entscheider*innen zu Klimaresilienz und Gesundheit und den daraus abzuleitenden konkreten Handlungsschritten für Kommunen, Länder und Bund,
- die klimasensible Gesundheitsberatung in ambulanten und stationären Settings und Aufklärung der Bevölkerung,
- Initiierung von und Beteiligung an kommunalen, regionalen und nationalen sektoralen und sektorenübergreifenden Aktionsbündnissen,
- Erfassung der Treibhausgasemissionen und Erstellung von Umsetzungsplänen zur

Emissionsfreiheit und Ressourceneffizienz in Gesundheitseinrichtungen und

- die Priorisierung von Klimaresilienz und Gesundheit in Forschung und Lehre.

Die Umsetzung kann gleichzeitig an verschiedenen Orten beginnen – in Kliniken, Praxen, Fachgesellschaften oder Netzwerken. Dabei muss nicht alles gleichzeitig geschehen: Entscheidend ist, dort anzusetzen, wo die Wirkung groß ist und erste Veränderungsbereitschaft besteht.

Besondere Priorität haben Maßnahmen mit sogenannten Co-Benefits – also solchen, die sowohl der Gesundheit der Menschen unmittelbar nützen als auch den Erhalt ökologischer Systeme fördern. Ein zentrales Beispiel dafür ist die Ernährungswende.

Ernährungswende

Ernährungsmuster mit einem hohen Anteil an energiedichten, stark verarbeiteten und tierischen Produkten sowie einem geringen Anteil an unverarbeiteten pflanzlichen Lebensmitteln erhöhen nachweislich das Risiko für Übergewicht, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes und bestimmte Krebsarten.

Gleichzeitig ist unser derzeitiges Ernährungssystem ein zentraler Treiber der ökologischen Krise.

Es verursacht rund ein Drittel der globalen Treibhausgasemissionen, ist Hauptursache für den Verlust biologischer Vielfalt und verantwortlich für etwa 80 Prozent der weltweiten Landnutzungsände-

rungen. Allein in Deutschland summieren sich die versteckten Folgekosten des Ernährungssystems – durch Gesundheitsschäden, Umwelt- und Klimabelastungen – auf jährlich 328 Milliarden US-Dollar.

Ein konsequenter Wandel hin zu einer weitgehend pflanzenbasierten Ernährung – wie sie die Planetary Health Diet beschreibt – ist deshalb einer der wirksamsten Hebel zur Bewältigung der ökologischen Krise. Genauer gesagt: ohne die Ernährungswende kann die ökologische Krise nicht bewältigt werden.

Pflanzenbasierte Ernährung benötigt erheblich weniger Fläche, Wasser, Dünger und Pestizide. Sie senkt den Ausstoß klimaschädlicher Gase, schützt Lebensräume an Land und im Meer, reduziert das Risiko für zukünftige Pandemien, stärkt die Ernährungssicherheit und eröffnet die Möglichkeit, CO₂ langfristig in Böden und Biomasse zu binden.

Gleichzeitig bringt sie erhebliche gesundheitliche Vorteile mit sich – präventiv und therapeutisch. Daher muss das Ziel einer weitgehend pflanzenbasierten Ernährung Standard werden in Gesundheits-

beratung, Speiseangebot in Kliniken und Kantinen, Leitlinien und in den Fort- und Weiterbildungscurricula.

Resilienz – sich und andere stärken

Persönliche wie kollektive Resilienz entsteht, wenn wir uns den Zumutungen unserer Zeit nicht entziehen, sondern ihnen bewusst begegnen – mit dem Vertrauen in unsere Fähigkeit, angemessen zu handeln, zu gestalten und uns weiterzuentwickeln.

Die ökologische Krise stellt uns vor gewaltige Herausforderungen, die wir nicht mit rein fachlicher Spezialisierung oder im Alleingang bewältigen können. Sie verlangt von uns, die gewohnten Denk- und Arbeitsgrenzen zu verlassen und die eigene Rolle im größeren Ganzen neu zu definieren.

Das bedeutet: disziplinübergreifend zu denken, berufsgruppenübergreifend zu handeln und sektorübergreifend Verantwortung zu übernehmen. Es heißt auch, starre Hierarchien und überkommene Machtstrukturen hinter uns zu lassen – ebenso wie den reflexhaften Fokus auf Kontrolle, Effizienz und Fehlervermeidung. Erst so wird der Raum frei für ein gemeinsames, dynamisches Verständnis dessen, was jetzt gebraucht wird – und für die Fähigkeit, dieses Verständnis immer wieder gemeinsam zu erneuern.

Die Geschichte der Medizin zeigt: Veränderung ist möglich. Vieles, was heute medizinische Routine

ist, galt einst als undenkbar. Fortschritt entstand, weil Einzelne den Mut hatten, neue Perspektiven einzunehmen, neue Wege zu gehen und sich dem Widerstand zu stellen – kreativ, beharrlich und mit einem klaren Blick für das Mögliche. Genau das ist gelebte Resilienz.

Auch heute haben wir eine Wahl: Wir können unser Wissen über die zerstörerischen Folgen unseres Lebens- und Wirtschaftsstils in entschlossenes Handeln übersetzen. Wir können mit dem beginnen, was längst notwendig ist – mit dem Aufhören. Aufhören zu zerstören. Und gleichzeitig neu lernen: wie wir andere stärken, wie wir uns stärken lassen – und wie daraus etwas Gemeinsames wächst, das tragfähig ist.

Klimaresilienz: Was brauchen wir jetzt?

Die Geschichte der Inneren Medizin kennt viele Beispiele von Ärzt*innen, die gesundheitliche Missstände nicht nur diagnostizierten, sondern aktiv politisch handelten. Genau dieses erweiterte Verantwortungsverständnis brauchen wir heute mehr denn je. Allein auf Therapie und Fachgrenzen zu setzen, greift zu kurz.

Beim Hitzeschutz ist diese Haltung bereits spürbar: Seit 2022 entstehen bundesweit Hitzeaktionsbündnisse, in denen Gesundheitsberufe, Gesundheitsinstitutionen, Verwaltungen und viele weitere Akteure – von

Schulen über Sportverbände bis zu Gewerkschaften – gemeinsam Maßnahmenpläne entwickeln und umsetzen. Das Bündnis für den Hitzeaktionstag (seit 2023, <https://hitzeaktionstag.de>) zeigt, was möglich ist, wenn sektorübergreifende Zusammenarbeit gelingt.

Diese Allianzen verdeutlichen nicht nur, welche politischen Maßnahmen es braucht – etwa in Gesetzgebung, Infrastruktur und Budgetierung – sondern machen auch sichtbar, wie eng der Hitzeschutz mit anderen zentralen Themen der ökologischen Krise wie Ernährung, Mobilität und Energie verknüpft ist. Neue Bündnisse und Netzwerke sind damit mehr als Reaktion: Sie sind ein Hebel für systemischen Wandel. ■



Christian Schulz

Er ist Anästhesist und Intensivmediziner. Als Geschäftsführer von KLUG e.V. setzt er sich ein für ein klimaresilientes Gesundheitssystem.

DOI: 10.3936/dmm_artid47763338

Möglichkeiten zur inhaltlichen Vertiefung und Fortbildung im Bereich Klimaresilienz und Gesundheit:

- Zukunft gestalten – Der Podcast über Planetary Health: <https://planetary-health-academy.de/podcasts/>
- KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V.: <https://www.klimawandel-gesundheit.de>
- Kompetenzzentrum für klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen KliMeG: <https://klimeg.de/>
- Leitfaden zur klimasensiblen Gesundheitsberatung für die hausärztliche Praxis: https://www.med.uni-wuerzburg.de/fileadmin/0300-planetaregesundheit/2024/KSGB_Leitfaden_Version_1.0_01.pdf
- Centre for Planetary Health Policy: <https://cphp-berlin.de>
- Planetary Health Check 2024: <https://www.planetaryhealthcheck.org>
- Buch: Planetary Health – Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän: <https://www.mwv-berlin.de/produkte/!/title/planetary-health/id/791>

Möglichkeiten, wirksam zu werden im Bereich Klimaresilienz und Gesundheit:

- KLUG-Mitglied werden: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/klug-unterstuetzen/aktiv-werden/mitglied-werden/>
- KLUG mit einer Förderschaft oder Spende unterstützen: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/klug-unterstuetzen/klug-foerdern/>

Der Klimawandel und seine Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Manuel Pfeilstecher

Der Klimawandel wirkt sich nicht nur auf Umwelt und körperliche Gesundheit aus, sondern zunehmend auch auf die psychische Verfassung vieler Menschen. Akute Naturereignisse, chronische Unsicherheiten und das Gefühl globaler Bedrohung führen zu vielfältigen seelischen Belastungen. Besonders betroffen sind vulnerable Gruppen wie Kinder, ältere Menschen, sozial Benachteiligte und Personen mit psychischen Vorerkrankungen. Zu den häufig dokumentierten psychischen Auswirkungen zählen Angststörungen (einschließlich Klimaangst), Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Suizidalität sowie Reizbarkeit und Sinnkrisen. Die psychosozialen Folgen des Klimawandels stellen neue Anforderungen an Versorgung, Prävention und gesellschaftliche Resilienz. Psychische Gesundheit muss in Klimaschutz- und Anpassungsstrategien systematisch mitgedacht werden – in Kliniken, Praxen und auf politischer Ebene. Der Beitrag gibt einen Überblick über zentrale Belastungsmuster und zeigt auf, wie Versorgungssysteme und Fachpersonen auf diese Herausforderungen reagieren können. Ziel ist es, das Bewusstsein für die psychische Dimension der Klimakrise zu schärfen und integrative Lösungsansätze zu fördern.

Der Klimawandel zählt zu den größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Er beschreibt den menschengemachten Wandel des globalen Klima-

systems – vor allem verursacht durch den Ausstoß von Treibhausgasen wie CO₂, Methan und Lachgas. Hauptquellen sind fossile Energien, Industrie, Landwirtschaft und Entwaldung. Die Folge ist eine fortschreitende Erwärmung mit weitreichenden Auswirkungen auf Umwelt, Gesellschaft und Gesundheit. Laut IPCC (2023) ist die globale Durchschnittstemperatur seit der vorindustriellen Zeit bereits um etwa 1,1 °C gestiegen. Dies führt zu häufigeren Extremwetterereignissen wie Hitzewellen, Dürren und Starkregen, die weltweit Lebensgrundlagen gefährden. Der Klimawandel verschärft soziale, gesundheitliche und ökonomische Ungleichheiten und erhöht das Risiko komplexer Krisen. Um seine Folgen wirksam zu begegnen, müssen auch die Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit – einschließlich der psychischen – stärker berücksichtigt werden.

Klimawandel als Gesundheitsrisiko

Klimabedingte Veränderungen bedrohen das gesundheitliche Wohlbefinden direkt und indirekt – etwa durch Extremwetter, Umweltveränderungen oder überlastete Gesundheitssysteme. Besonders gefährdet sind ältere Menschen, Kinder, chronisch Kranke und sozial Benachteiligte. Die WHO (2021a) warnt vor erheblichen Gesundheitsfolgen bei ausbleibendem Klimaschutz. Drei Beispiele machen dies deutlich: Hitzewellen erhöhen das Risiko für Kreis-

lauf- und Hitzeschäden, steigende Temperaturen fördern Infektionskrankheiten wie Malaria, und Luftverschmutzung verschlechtert die Atemwegsgesundheit. Ein umfassender Gesundheitsbegriff muss diese Entwicklungen integrieren – in Prävention wie Versorgung.

Besonders betroffene Bevölkerungsgruppen

Vulnerable Gruppen sind klimabedingten Belastungen besonders ausgesetzt. Ältere Menschen sind hitzeempfindlich, Kinder reagieren sensibel auf Umweltfaktoren, sozial Benachteiligte leben oft in unsicheren Bedingungen. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zusätzlich durch eingeschränkte Belastbarkeit und Versorgungszugänge gefährdet. Ihre seelische Gesundheit muss deshalb in der klimabezogenen Versorgung stärker berücksichtigt werden.

Psychische Gesundheit im Klimawandel: Eine oft übersehene Dimension

Die physischen Gesundheitsfolgen des Klimawandels sind zunehmend im Fokus – doch die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit werden bislang deutlich weniger beachtet.

Dabei zeigen sich auch hier gravierende Belastungen: Akute Ereignisse wie Naturkatastrophen, aber auch dauerhafte Unsicherheit, der Verlust von Lebensgrundlagen und die ständige Präsenz der Klimakrise in Medien wirken sich spürbar auf das seelische Wohlbefinden aus. Besonders gefährdet sind Menschen mit psychischen Vorerkrankungen – ihre eingeschränkte Belastbarkeit macht sie anfällig für zusätzliche Stressoren. Neue Reaktionsformen wie Klimaangst oder Umwelttrauer zeigen zudem: Der Klimawandel ist auch eine psychische Herausforderung – für Einzelne wie für die Gesellschaft. Psychische Belastungen können akut oder chronisch auftreten – abhängig von Faktoren wie Resilienz, sozialer Unterstützung oder

individueller Betroffenheit. In der Fachliteratur (WHO, 2021b) zeigt sich ein breites Spektrum möglicher Auswirkungen, das sowohl bestehende Erkrankungen verschärfen als auch neue Symptome auslösen kann.

Zur systematischen Betrachtung lassen sich folgende zentrale Kategorien unterscheiden:

- Angststörungen und Klimaangst
- Depressive Reaktionen und Umwelttrauer
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Suizidalität im Zusammenhang mit Hitze
- Aggression, Reizbarkeit und Impulsstörungen
- Gefühle von Ohnmacht und Sinnkrisen

Diese Kategorien dienen im Folgenden als Struktur, um die psychischen Auswirkungen des Klimawandels differenziert zu beleuchten.

Angststörungen und Klimaangst

Angst ist eine häufige Reaktion auf Krisen – kurzfristig kann sie hilfreich sein, doch bei übermäßiger Ausprägung kann sie in behandlungsbedürftige Angststörungen übergehen. Der Klimawandel stellt dabei einen neuartigen Auslöser dar: diffus, global, allgegenwärtig. Ein besonders diskutiertes Phänomen ist die „Klimaangst“ (Climate Anxiety) – eine intensive Sorge um die Zukunft des Planeten, oft verbunden mit Erschöpfung und Rückzug, vor allem bei jungen Menschen. Zwar ist Klimaangst keine formale Diagnose, kann aber ähnliche Symptome wie Angststörungen aufweisen oder bestehende Erkrankungen verstärken.

Ein Scoping Review des RKI verweist auf zahlreiche Studien, die Klimaangst als ernstzunehmende Reaktion einordnen (RKI, 2023). Für das Versorgungssystem bedeutet das, Klimaängste differenziert wahrzunehmen und mit handlungsorientierten Strategien professionell zu begleiten.

Depression und Solastalgie

Der Klimawandel kann auch depressive Symptome hervorrufen: Kontrollverlust, Hoffnungslosigkeit und chronischer Stress begünstigen Rückzug und Erschöpfung – besonders bei psychisch vorbelasteten Menschen. Solastalgie, das Gefühl des Verlusts vertrauter Umwelt, ist ein neu beschriebenes Phänomen, das insbesondere Menschen mit engem Naturbezug betrifft. Diese Reaktion kann in depressive Zustände münden. Der RKI-Bericht (2023) zeigt, dass depressive Folgen bislang unterschätzt werden. Die WHO (2021b) empfiehlt daher präventive Maßnahmen wie psychosoziale Angebote und Resilienzförderung in betroffenen Regionen.

PTBS nach Extremereignissen

Naturkatastrophen wie Fluten oder Brände können PTBS auslösen – vor allem bei direkter Lebensgefahr oder Verlust der Existenz. Symptome wie Flashbacks, Vermeidungsverhalten und Übererregung treten häufig auf. Besonders gefährdet sind Kinder, ältere und vorerkrankte Personen. Nach der Flut 2021 im westdeutschen Ahrtal lag die PTBS-Prävalenz in betroffenen Regionen bei über 20 % (RKI, 2023). WHO und RKI fordern daher eine stärkere Einbindung psychischer Nachsorge in Katastrophenschutz und Versorgung (WHO, 2021b).

Suizidalität und klimabedingte Hitze

Hitzewellen stehen mit einem Anstieg suizidaler Handlungen in Zusammenhang. Studien zeigen bis zu 0,9 % höhere Suizidraten pro 1 °C Temperaturanstieg in warmen Monaten (RKI, 2023). Besonders gefährdet sind Menschen mit affektiven Störungen oder unter Psychopharmaka (beeinträchtigte Wärmeregulation). Prävention durch Hitzeaktionspläne und psychosoziale Unterstützung ist laut WHO (2021b) dringend geboten.

Reizbarkeit, Aggression und Kontrollverlust

Extreme Hitze erhöht nicht nur körperlichen, sondern auch psychischen Stress. Gereiztheit, Impulsdurchbrüche und aggressives Verhalten nehmen zu. Studien zeigen einen Anstieg von Gewaltverhalten an heißen Tagen – auch in Kliniken (RKI, 2023). Gefühle der Ohnmacht und Sinnkrisen verschärfen die Belastung zusätzlich. WHO und RKI empfehlen Resilienzförderung, partizipative Angebote und psychosoziale Begleitung (WHO, 2021b).

Psychische Belastungsdynamiken im Klimawandel – Zusammenhänge und Wechselwirkungen

Die psychischen Auswirkungen des Klimawandels lassen sich nicht isoliert betrachten. Vielmehr handelt es sich um ein dynamisches Zusammenspiel verschiedener Belastungsformen, die sich gegenseitig bedingen, verstärken oder überlappen können. Angststörungen, depressive Symptome, posttraumatische Belastungen, Suizidalität, Aggression und Sinnkrisen treten selten in Reinform auf – sie entwickeln sich oft in einem psychischen Spannungsfeld, das durch individuelle Vulnerabilitäten und soziale Faktoren geprägt ist. So kann eine anhaltende Klimaangst in depressive Erschöpfung münden, wenn das Gefühl der Ohnmacht überwiegt. Gleichzeitig kann der Verlust von Handlungsperspektiven eine existentielle Sinnkrise auslösen, die wiederum suizidale Gedanken begünstigt. Auch PTBS infolge von Extremereignissen bleibt oft nicht auf ein enges Symptomcluster beschränkt, sondern geht mit Angst, Rückzug oder Reizbarkeit einher. Umgekehrt können bereits bestehende depressive oder psychotische Erkrankungen durch klimatische Stressoren wie Hitze, Isolation oder soziale Unsicherheit verschärft werden. Nicht selten führen diese kumulativen Belastungen zu einer Abwärtsspirale, in der emotionale Überforderung,

sozialer Rückzug und zunehmende Desorientierung einander verstärken. Besonders kritisch ist dies für Menschen mit eingeschränkter psychischer Stabilität, fehlendem sozialen Rückhalt oder mangelndem Zugang zu therapeutischer Hilfe.

Diese komplexen Zusammenhänge zeigen, dass die psychischen Folgen des Klimawandels nicht monokausal oder eindimensional zu verstehen sind. Vielmehr braucht es einen integrativen Blick auf psychische Gesundheit, der sowohl Wechselwirkungen als auch Kontextfaktoren und individuelle Ressourcen gleichermaßen berücksichtigt.

Psychische Gesundheit im Klimawandel – Versorgung, Prävention und gesellschaftlicher Auftrag

Die Erkenntnis, dass der Klimawandel nicht nur ökologische, sondern auch tiefgreifende psychische Folgen hat, stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Kliniken, Praxen und psychosoziale Einrichtungen müssen sich auf veränderte Belastungsbilder einstellen – etwa durch eine Zunahme von Klimaangst, hitzebedingten Krisen oder posttraumatischen Belastungen nach Extremereignissen.

In psychiatrischen Kliniken bedeutet dies konkret: Anpassung von Gebäuden und Abläufen an Hitzeperioden, Einrichtung hitzesensibler Stationen, psychologische Nachsorge nach Naturkatastrophen und Fortbildungen zu klimabezogenen Symptombildern. Auch im ambulanten Sektor gewinnt die frühzeitige Erkennung klimabedingter psychischer Belastungen an Bedeutung. Niedergelassene Ärzt*innen und Therapeut*innen sollten sensibilisiert sein für Phänomene wie Solastalgie oder Klimaangst und diese im therapeutischen Gespräch offen thematisieren – ohne zu pathologisieren, aber mit professioneller Ernsthaftigkeit.

Gleichzeitig rückt die Prävention in den Mittelpunkt. Schulen, Jugend-

zentren, Betriebe und Gemeinden bieten wichtige Anknüpfungspunkte für resilienzfördernde Maßnahmen: etwa Klima-Workshops mit psychologischer Reflexion, Gruppenangebote für junge Menschen oder psychosoziale Beratung in Regionen mit besonderer Umweltbelastung. Auch digitale Informationsplattformen, niederschwellige Selbsthilfeformate und Klimaresilienztrainings für Fachkräfte können dazu beitragen, den seelischen Belastungen frühzeitig zu begegnen.

Dabei wird deutlich: Die psychosozialen Folgen des Klimawandels lassen sich nicht allein durch Einzelinterventionen behandeln – sie erfordern eine gesamtgesellschaftliche Antwort. Seelische Gesundheit muss integraler Bestandteil von Klimaschutz, Stadtentwicklung, Bildungspolitik und Notfallvorsorge werden. Gesundheitsberufe, Umweltmedizin, Psychologie und Sozialarbeit sind gefordert, gemeinsam tragfähige Strategien zu entwickeln.

Denn: Psychische Gesundheit ist kein Nebenprodukt der Klimakrise – sie ist ein zentraler Maßstab für unsere gesellschaftliche Resilienz.

Nur wenn wir die seelische Dimension des Klimawandels ernst nehmen, können wir Menschen stärken, Unsicherheit bewältigen und gemeinsam an einer lebenswerten Zukunft arbeiten. ■



Manuel Pfeilstecher

Er ist Dozent für psychosoziale Versorgungsformen an der FH JOANNEUM in Graz

Dozent (FH), Senior Lecturer (FH)
DGKP (Psy), Registered Nurse

Die Literatur zum Beitrag
finden Sie hier:

DOI: 10.3936/dmm_artid47763317





Health for Future

Planetare Gesundheit als integraler Bestandteil des Gesundheitsbegriffs



Jana Zierler

„Health for Future“ ist ein Netzwerk von Gesundheitsfachleuten, das sich für ein klimaneutrales und widerstandsfähiges Gesundheitssystem einsetzt. Unter dem Motto „Healthy Planet – Healthy People“ arbeiten sie ganzheitlich daran, die gesundheitlichen Auswirkungen der Klimakrise zu bekämpfen und soziale Gerechtigkeit zu fördern.

Das Netzwerk ist in lokalen Gruppen in Deutschland, der Schweiz, Österreich und Belgien organisiert. Diese halten Vorträge, führen Aktionen durch, demonstrieren für Klimaschutz- sowie Anpassungsmaßnahmen und fordern auf politischer Ebene eine Transformation hin zu einem klimaneutralen Gesundheitssystem. Im Mittelpunkt stehen dabei „Co-Benefits“, die im wesentlichen Lebensstilveränderungen darstellen. Sie sollen sowohl die Gesundheit fördern als auch das Klima schützen und eine ganzheitliche Betrachtung von menschlicher sowie planetarer Gesundheit ermöglichen.

Health for Future – ein Netzwerk für Gesundheit

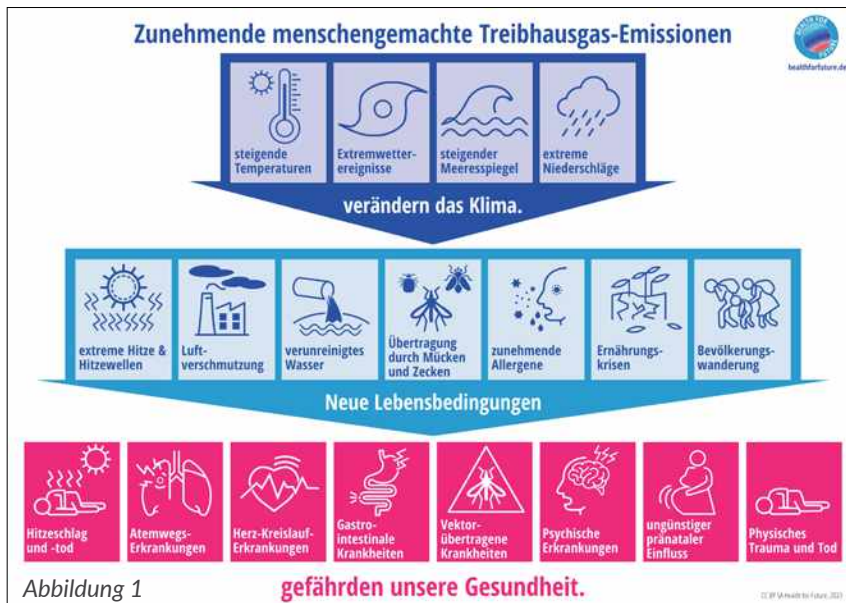
Health for Future vereint Menschen aller Gesundheitsberufe, welche vernetzt handeln und einen

gesundheitsorientierten Wandel gestalten möchten. Mit dem Slogan „Gesundheit braucht Klimaschutz“ eint sie alle das Ziel, auf ein klimaneutrales und resilientes Gesundheitssystem hin zu arbeiten. Dieses sollte die Gesundheit der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellen und die Auswirkungen der Überschreitung der planetaren Grenzen aktiv angehen. Verfolgt wird dabei ein ganzheitlicher Ansatz, der Klimaveränderungen, deren Folgen, die gesundheitlichen Auswirkungen sowie soziale Fragen der Verteilung und Gerechtigkeit miteinbezieht.

Das 1,5-Grad-Ziel als Gesundheitsziel – aber das Zeitfenster schließt sich

Die Klimakrise stellt die größte Bedrohung für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert dar. Gleichzeitig ist die erfolgreiche Bekämpfung der Klimakrise und das Einhalten der 1,5°C-Grenze die größte Chance für unsere Gesundheit, wie „the Lancet Countdown on health and climate change“ immer wieder betont.

Der „Health care climate footprint report“ hat gezeigt, dass das Gesundheitssystem selbst ca. 5% der glo-



balen CO₂-Emissionen verursacht, während die Folgen der Klimakrise unsere Gesundheit massiv angreifen. Es erscheint daher logisch, durch konsequenten Klimaschutz auch die Gesundheit der Menschen zu schützen. Denn die menschliche Lebensgrundlage ist erheblich gefährdet. Für die Umsetzung ihrer Ziele nutzt die Bewegung das wissenschaftliche und lösungsorientierte Konzept „Planetary Health“. Es berücksichtigt, dass es gesunde Menschen nur auf einem gesunden Planeten mit intakten Ökosystemen und erhaltener Biodiversität geben kann. Ein ganzheitliches Konzept, um nachhaltig menschliche und planetare Gesundheit in Einklang zu bringen (siehe Abbildung 1).

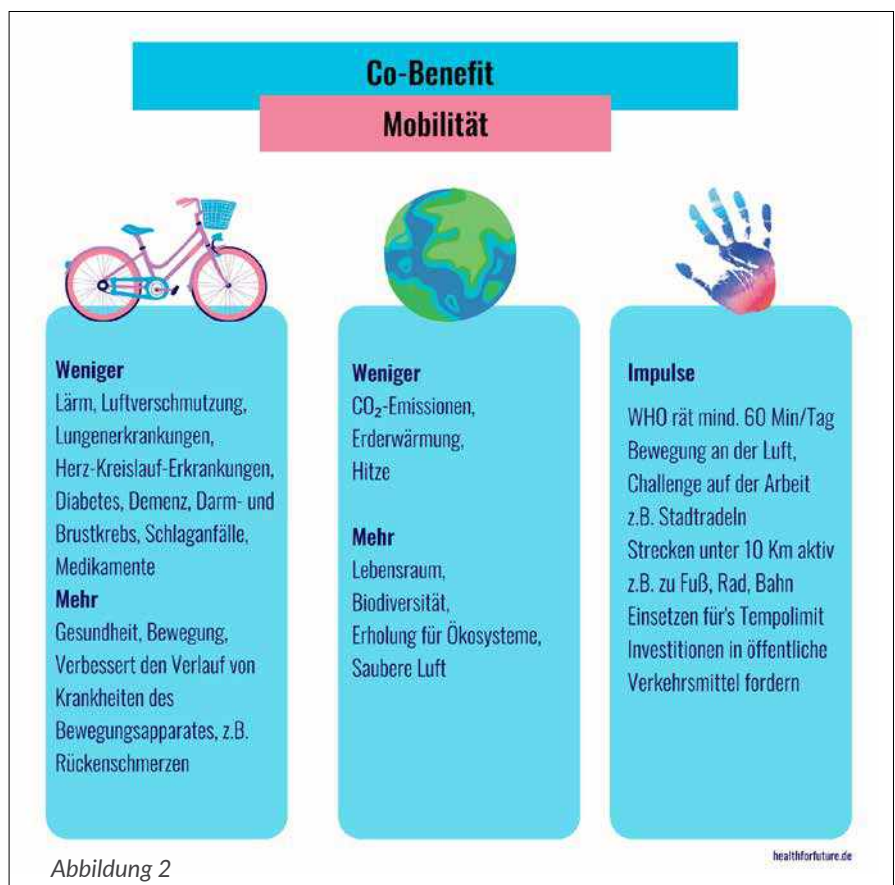
Von Moderation, Aktivierung bis hin zur klimasensiblen Gesundheitsberatung

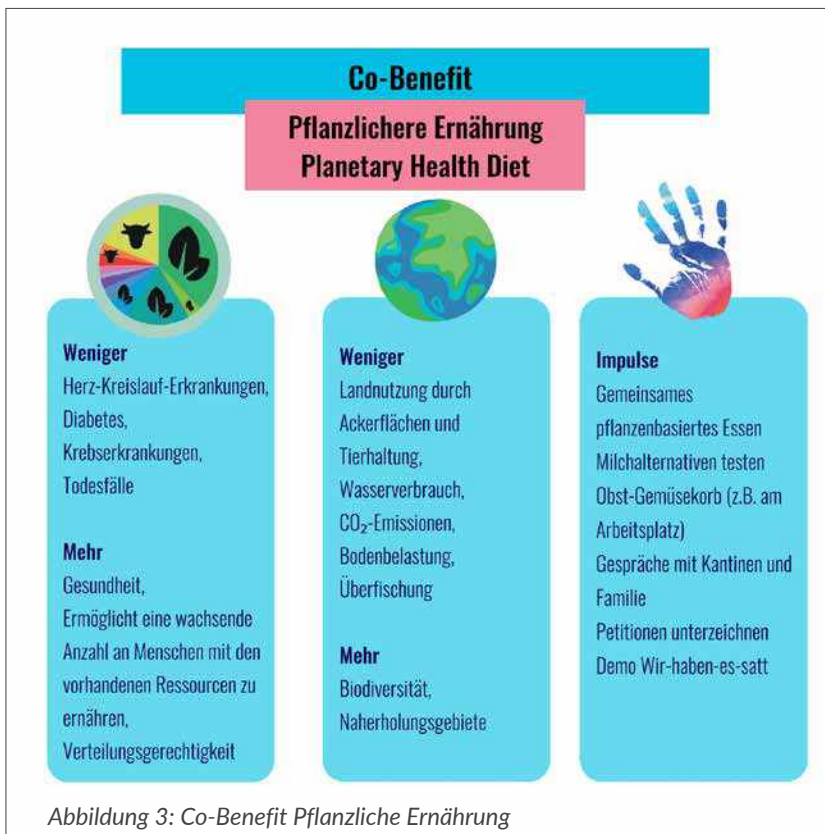
Es gibt in Deutschland, Schweiz, Österreich und Belgien mehr als 60 Ortsgruppen, die sich lokal auf verschiedenste Weisen engagieren. So werden beispielsweise zahlreiche Vorträge und Veranstaltungen rund um das Thema „Klimawandel und Gesundheit“ organisiert – sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für Fachpublikum. Es gibt vielerorts Initiativen, die gemeinsam mit den örtlichen Gesundheitseinrichtungen die Klimaneutrali-

tät des Gesundheitswesens in die Praxis umzusetzen. Weiter wird für mehr Klimaschutz demonstriert, Mahnwachen gehalten, Infostände aufgebaut und Aktionen zu Themen wie Hitze und Gesundheit durchgeführt. Ganz aktuell gab es am 04.06.2025, wie jedes Jahr, einen Hitzeaktionstag, an dem viele Ortsgruppen lokale Aktionen umgesetzt haben, um auf die Gesundheitsgefahr durch Hitze aufmerksam zu machen (siehe Titelfoto, Hitzeaktion in Köln 2025)

Zusätzlich gibt es eine bundesweite Ebene mit zahlreichen Arbeitsgruppen (AGs), zum Beispiel die AG „ErgoLogoPhysio“, bestehend aus sehr engagierten Menschen aus Therapieberufen, AG Pflege, Midwives (Hebammen), Lehre, Divestment, Ernährung, Bildung, Presse- und Social-Media sowie „Skills-Labs“, die interaktive Fortbildungs- und Austauschformate anbieten.

Die AGs entwickeln regelmäßig bundesweite Kampagnen, die sowohl auf Bundes- als auch auf Ortsgruppenebene stattfinden. Es gab etwa eine „Wer rettet 150.000 Leben?“-Kampagne, welche die Politik auf die verheerenden und zum Teil tödlichen Folgen der Klimakrise für die Gesundheit aufmerksam gemacht hat. Hierzu fanden neben der zentralen Kundgebung mit Demonstration in Berlin auch über Deutschland verteilte Mahnwachen der Ortsgruppen statt. Darüber hinaus gab es dezentrale Aktionen für eine konsequente Energiewende und ein Tempolimit sowie den bereits erwähnten jährlichen Hitzeaktionstag, um nur eine kleine Übersicht zu geben.





Integration von Planetary Health in den Alltag von Gesundheitsberuflern - Praxistipps

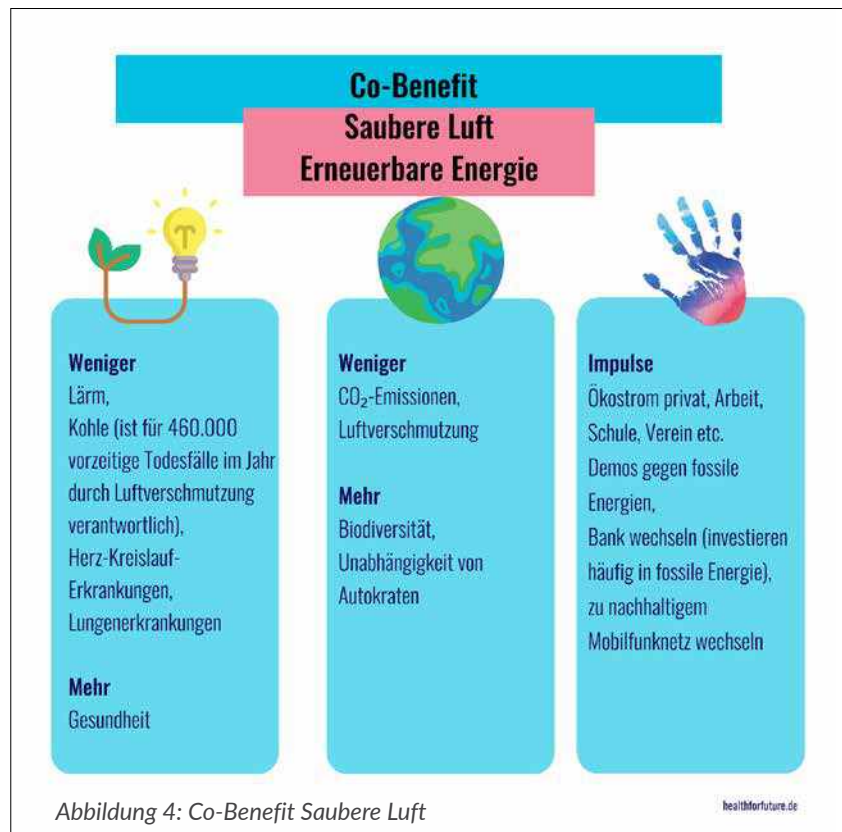
Capon et al. haben bereits 2018 gezeigt, dass Mitglieder der verschiedenen Gesundheitsberufe großes Vertrauen in der Bevölkerung genießen und zusätzlich zahlreiche Kontaktpunkte zu den unterschiedlichsten Menschen haben. Das ist die große Chance, die genutzt werden kann, um aktiv mit Patient*innen, Klient*innen, Kolleg*innen sowie Mitmenschen ins Gespräch zu kommen, ein neues Bewusstsein von ganzheitlicher Gesundheit zu bilden, Rahmenbedingungen einzufordern und Lebensstilveränderungen zu unterstützen.

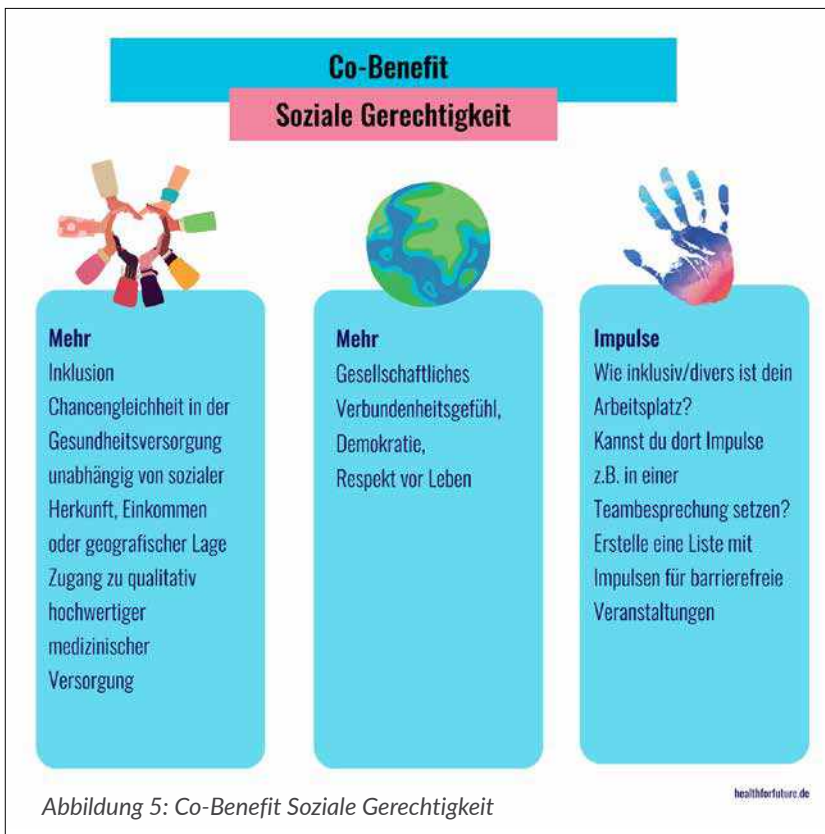
Dabei müssen gar nicht in jedem Gespräch die vielen negativen Auswirkungen der Klimakrise zur Sprache kommen. Oft reicht es zu betonen, was Menschen für ihre eigene Gesundheit Förderliches in ihren Alltag integrieren können. So kann durch mehr aktive Bewegung in Form von Fahrradfahren und Laufen ein großer Beitrag zur Prävention sowie Therapie von

Herz-Kreislauf- und Muskulo-Skelettalen Erkrankungen erzielt werden. Gleichzeitig wird CO₂ eingespart, wenn das Auto stehen bleibt.

Ähnliche Vorteile für die Gesundheit entstehen, wenn wir vermehrt öffentliche Verkehrsmittel nutzen. Weniger Autos in Städten tragen zu einer Verbesserung der Luftqualität bei, es gibt weniger Lärm, was sowohl Stress reduzieren als auch Schlaf verbessern kann, sowie mehr Möglichkeiten, Flächen zu entsiegeln und Grünflächen zu schaffen (siehe Abbildung 2). Grüne Städte, mit ruhigen und schattigen Erholungsflächen, attraktiven Angeboten für Bewegung und mehr Sicherheit im Straßenverkehr sind positive Zukunftsvisionen, die mit anderen geteilt werden können und Lust auf Klimaschutz statt Angst vor Veränderungen machen.

Eine gesunde, vielfältige und vollwertige Ernährung im Sinne einer „Planetary Health Diet“, wie sie „The Lancet Eat Comission“ bereits 2019 publiziert hat (siehe Abbildung 3), ist ein weiteres Beispiel für die so genannten „Co-Benefits“. Haines et al. beschreiben darin, wie sich durch vermehrte Aufnahme von pflanzlichen Lebensmitteln





und Zufriedenheit mit dem eigenen Handeln bei. Teil der Lösung zu sein, anstatt Teil des Problems, kann Ängsten im Bezug auf die Klimakrise und der unsicheren Zukunft entgegenwirken und ganz persönlich zu einem zufriedenen Berufsleben beitragen. ■



Jana Zierler

Ist seit 2021 aktiv bei Health for Future in den Ortsgruppen Tübingen und Ludwigsburg, sowie der bundesweiten Kampagnen- und Pressearbeit. Seit Januar 2025 arbeitet sie als Assistenzärztin im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde.
Korrespondenzadresse:
presse@healthforfuture.de

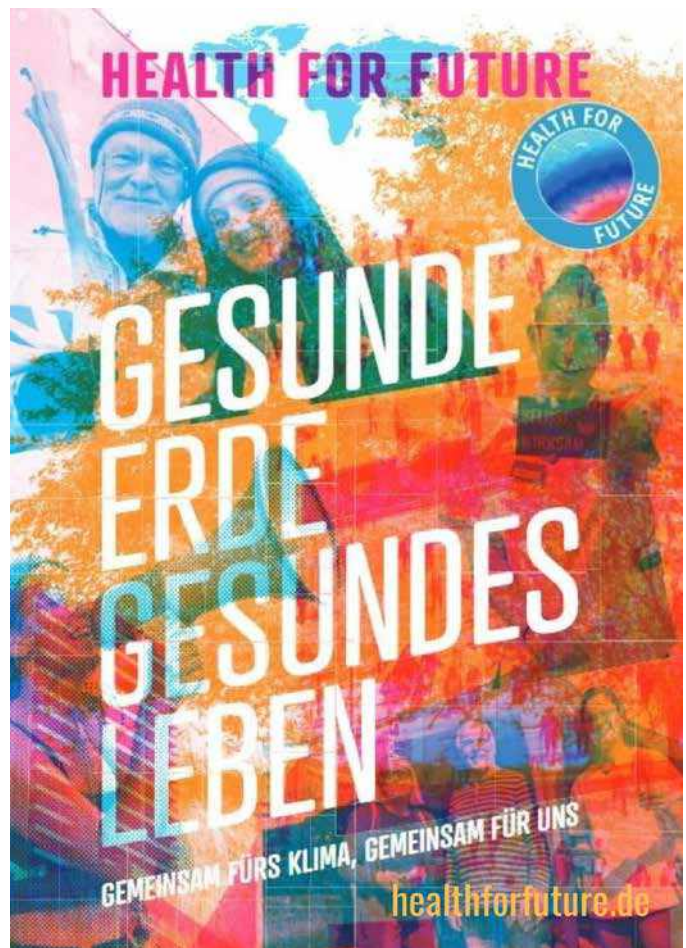
und die Reduktion von Fleisch, tierischen Produkten und industriell hoch verarbeiteten Speisen ein großer positiver Einfluss auf die Gesundheit der Einzelnen als auch zahlreiche Ziele im Umwelt- und Klimaschutz erreichen lassen. Das Prinzip der Co-Benefits funktioniert auch, wenn Menschen nicht des Klimaschutzes wegen Veränderungen in ihrem Alltag vornehmen, sondern lediglich der eigenen Gesundheit wegen (weitere Beispiele für Co-Benefits und Handlungsimpulse in den Abbildungen 4 und 5).

In dem Gesundheitsberufler mit Patient*innen und Klient*innen über die Möglichkeiten eines gesünderen Lebensstils sprechen (Co-Benefits) und selbst als gutes Beispiel voran gehen, können sie viel dazu beitragen, ein größeres Bewusstsein für die Notwendigkeit von Klimaschutz im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsschutzes zu schaffen.

Die Vernetzung mit Gleichgesinnten, das gemeinsame hinwirken auf ein klimaresilientes Gesund-

heitssystem und das Entstehen für den Erhalt der menschlichen sowie planetaren Gesundheit fördert nicht nur die Gemeinschaft, es trägt auch zur Selbstwirksamkeit

DOI: 10.3936/dmm_artid47763319



Arzneimittel, Umwelt und Klima

Kristina Juraschko

Von den neuen EU-Beschlüssen für mehr Umwelt- und Klimaschutz sind nicht alle begeistert, so auch im Pharmabereich. Aufgrund der neuen F-Gas-Verordnung (EU) 2024/573 sollen Hersteller von Dosieraerosolen in den nächsten Jahren auf klimafreundlichere Treibgase umstellen. Da die Umstellung mit hohen Kosten verbunden ist, hat ein Hersteller im Mai 2025 angekündigt, in naher Zukunft seine Produktion von Salbutamol-Dosieraerosolen einzustellen. Diese Nachricht hat für viel Verunsicherung gesorgt. Weiterhin wurde im November 2024 die neue EU-Kommunalabwasserrichtlinie (KARL) beschlossen, um im Abwasser die Gesamtlast an Mikroschadstoffen, darunter auch Arzneimittel, zu senken. Die Richtlinie beinhaltet unter anderem Vorgaben zum Ausbau von Kläranlagen mit einer vierten Reinigungsstufe (Amtsblatt der Europäischen Union, 2024). Einige Pharmafirmen haben bereits Klage eingereicht, weil die Richtlinie vorsieht, dass nach dem Verursacherprinzip Pharma- und Kosmetikfirmen für circa 80% der anfallenden Kosten für eine vierte Reinigungsstufe aufkommen müssen. Die Finanzierung der vierten Reinigungsstufe ist daher leider noch nicht gesichert. Außerdem drohen Hersteller mit Lieferausfällen, weil sie umweltschädliche Arzneimittel in der Zukunft aus Kostengründen nicht mehr herstellen werden. Wird es zukünftig gelingen, die pharmazeutische Versorgung und den notwendigen Umweltschutz in Einklang zu bringen?

Arzneimittel in der Umwelt

Es ist allgemein bekannt, dass weltweit Arzneimittelrückstände zunehmend unsere Ökosysteme belas-

ten. In Deutschland sind circa 2.500 verschiedene Humanarzneistoffe auf dem Markt, davon ist etwa die Hälfte umweltrelevant. Für uns Menschen sind dies wichtige und hochwirksame Arzneimittel, jedoch mit negativen Nebenwirkungen auf unsere Ökosysteme. Der Verbrauch dieser umweltrelevanten Wirkstoffe in Deutschland beträgt circa 10.000 Tonnen pro Jahr.

Da die Aufnahme von Arzneimitteln in den Körper auch bei korrekter oraler Anwendung nicht hundertprozentig ist, landet täglich eine erhebliche Menge von umweltrelevanten Arzneimitteln im Abwasser.

Die Anwendung durch Patient*innen stellt den Haupt-eintragsweg von Humanarzneimitteln in die Umwelt dar. Arzneistoffe und deren Metabolite werden in die Kanalisation und schließlich ins Klärwerk gespült. Eine unsachgemäße Entsorgung von Altarzneimitteln über das Abwasser trägt außerdem zur Wasserverschmutzung bei. Weiterhin fallen durch die Industrie bei der Herstellung von Arzneimitteln Arzneimittelrückstän-

de im Abwasser an. Nebenbei sei erwähnt, dass auch Tierarzneimittel die Umwelt belasten, unter anderem durch Ausbringen von Gülle auf die Felder. Von hier aus können Tierarzneistoffe wie Sulfonamid-Antibiotika direkt in die Oberflächengewässer und sogar ins Grundwasser gelangen.

Die vierte Reinigungsstufe, die erst in vielen Jahren und nicht in allen Kläranlagen installiert werden soll, kann Mikroschadstoffe nicht hundertprozentig entfernen. Erschwerend kommt hinzu, dass Umweltauswirkungen aller Arzneimittel bei weitem nicht umfassend erforscht sind. Außerdem wird der Arzneimittelverbrauch in den nächsten Jahren aufgrund des demographischen Wandels steigen. Deshalb muss der Fokus darauf liegen, dass erst gar nicht so viele Arzneimittel benötigt werden, die unsere Gewässer belasten (Umweltbundesamt, 2024). Die negativen Auswirkungen von Humanarzneimitteln in der Umwelt soll an folgenden Beispielen erläutert werden.

Diclofenac-haltige Schmerzgele

Diclofenac ist ein Arzneistoff aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR, auch NSAID genannt), der vor allem zur Behandlung von leichten bis mittleren Schmerzen und Entzündungen eingesetzt wird.

Die schädlichen Nebenwirkungen auf unsere Umwelt, verursacht durch Diclofenac, sind gravierend. Beispielsweise ist eine nierenschädigende Wirkung bei Fischen durch Diclofenac gut belegt. Obwohl die umweltschädlichen Wirkungen allseits bekannt sind, ist der Verbrauch von Diclofenac-Schmerzgelel immens. Da der allergrößte Anteil des aufgetragenen Gels aufgrund der geringen Resorptionsquote durch die Haut früher oder später im Abwasser landet, tragen Diclofenac-haltige Schmerzgele erheblich zur Umweltverschmutzung bei. Als

wahre Wundermittel werden die Schmerzgele teilweise beworben, dabei sollten diese im Sinne des Umweltschutzes nur ganz gezielt eingesetzt werden. Die von Herstellern beworbene Wischen-vor-dem-waschen-Strategie könnte man als Greenwashing bezeichnen. Die Preise der generischen Artikel und die Internetpreise sind sehr niedrig und führen zu einer leichten Verfügbarkeit. Interessant ist, dass es Kliniken in Deutschland gibt, die Diclofenac-Schmerzgele aufgrund der schlechten Umweltverträglichkeit aus dem Sortiment genommen haben. Alternativen stehen zur Verfügung. Bei Verstauchungen, Prellungen und Zerrungen haben sich Beinwellhaltige Topika bewährt. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass bei der Indikation unkomplizierte Sprunggelenksverletzung eine Beinwellwurzelextrakt-Salbe mindestens so stark wie ein einprozentiges Diclofenac-Gel die Schmerzen und Schwellung reduziert. Bei unspezifischen Rücken- und Nackenschmerzen, oftmals verursacht durch Stress oder einen unergonomischen Arbeitsplatz, können Topika mit Capsaicin eingesetzt werden. So sieht es auch die Nationale VersorgungsLeitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ (2017) vor, in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), 2017). Den Einsatz von topischen Analgetika, wie zum Beispiel Diclofenac, empfiehlt die Leitlinie hingegen nicht. Außerdem kann man bei Muskelverspannungen viel mit nicht-medikamentösen Maßnahmen, wie gezielten Bewegungs- und Dehnübungen und Stressabbau durch progressive Muskelentspannung, erreichen.

Metformin

Der gut wirksame Diabetesarzneistoff gelangt nach der Einnahme tonnenweise pro Jahr ins Abwasser. Das liegt daran, dass Metformin der Humanarzneistoff mit dem höchsten Verbrauch in

Deutschland ist, die Tagesdosen von Metformin im Grammbereich liegen und die Resorption wie bei anderen oral verabreichten Arzneimitteln nicht hundertprozentig ist (DAZ-Radaktion, 2023). Es gibt Hinweise auf eine endokrine Wirksamkeit von Metformin bei Fischen. Bei der Karpfenfischart *D. rerio* wurden unter anderem schädliche Wirkungen auf Wachstum und Fortpflanzung festgestellt bei Konzentrationen, welche auch in unseren Gewässern gemessen werden.

Laut Umweltbundesamt (2024)
„ist sowohl ein ökotoxikologisches Risiko, als auch ein Risiko für die Trinkwasserqualität“.

Der Hauptmetabolit von Metformin, Guanylharnstoff, ist nicht weniger schädlich für Fische. Durch Einbau einer vierten Reinigungsstufe kann die Elimination von Guanylharnstoff nicht weiter verbessert werden.

Sartane

Sartane sind wichtige Herz-Kreislauf-Medikamente. Die in Deutschland zugelassenen Wirkstoffe Valsartan, Olmesartan, Irbesartan, Losartan, Candesartan, Telmisartan, Eprosartan und Azilsartan wurden vom Umweltbundesamt (2024) zu einer Gruppe zusammengefasst und dabei als reproduktionstoxische Spurenstoffe eingestuft.

Insgesamt betrachtet wird durch den Einbau der vierten Reinigungsstufe die Elimination von Sartanen deutlich verbessert, jedoch wird keine vollständige Entfernung erzielt. Das vielfach verordne-

te Valsartan beispielsweise kann laut Umweltbundesamt durch eine vierte Reinigungsstufe nicht zurückgehalten werden.

Prävention und Beratung als wichtige Bausteine

Gerade wenn es um Herz-Kreislauf-Erkrankungen geht, ist die Bedeutung der Verhaltens- und Verhältnis-Prävention groß. Medizinisches und pharmazeutisches Personal können im Sinne der Verhaltensprävention zu einem gesunden und bewegten Lebensstil mit pflanzenbasierter und fleischreduzierter Ernährung informieren und beraten.

Eine fleischlose beziehungsweise fleischreduzierte Ernährungsweise tut nicht nur dem Menschen, sondern auch unserem Planeten gut.



Durch eine Ernährung nach dem Konzept von Planetary Health Diet (Bundeszentrum, 2025) könnten weltweit Millionen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingte Todesfälle verhindert werden. So eine global angelegte Studie. (Gu X. et al., 2024)

Richtige Einnahme - richtige Wirkung

Ein Leitsatz der nachhaltigen Pharmazie lautet: So viel Arzneimittel wie nötig, so wenig wie möglich. Um dieses Ziel zu erreichen, ist ein Baustein die Beratung zur richtigen Einnahme von Arzneimitteln durch das medizinische und pharmazeutische Personal. Denn eine korrekte Anwendung ist die Voraussetzung, dass der Wirkstoff

am gewünschten Ort zur richtigen Zeit im Körper ankommt und seine volle Wirksamkeit entfalten kann. So spielt beispielsweise der Zeitpunkt der Nahrungsmiteinnahme bei der Resorption vieler Wirkstoffe eine wichtige Rolle.

Für eine optimale Resorption müssen beispielsweise Lercanidipin und Roxithromycin mindestens eine Viertelstunde vor dem Essen, L-Thyroxin mindestens eine halbe Stunde vor dem Frühstück eingenommen werden; andere Arzneimittel wie beispielsweise Cefuroxim nach einer Mahlzeit. Bestimmte Arzneimittel können bei gleichzeitiger Einnahme nicht resorbierbare Komplexe bilden, wie beispielsweise Alendronsäure und Calcium-Präparate. Bei einer solchen Fehlanwendung von Arzneimitteln kann es schlimmstenfalls zu keiner oder einer geringeren Wirksamkeit kommen. Der Arzneistoff wird dann aus dem Körper in das Abwasser ausgeschieden, ohne im Körper eine ausreichende Wirkung erzielt zu haben.

Kluge Verordnung

Leider ist es momentan nur eingeschränkt möglich, Daten zur Ökotoxizität von Arzneimitteln zu erhalten. Das Projekt „Arzneimittelindex Umwelt – Machbarkeitsstudie zur Etablierung eines pharmazeutischen Umweltinformations- und -klassifikationssystems in Deutschland“ vom Ecologic-Institut verspricht Verbesserung. Es ist eine Datenbank in Planung, mit der Daten zur Ökotoxizität von Arzneimitteln zugänglich gemacht und auch klassifiziert werden. Dann wird es für Ärztinnen und Ärzte einfacher, auch ökologische Aspekte bei der Verordnung zu berücksichtigen.

In der Apotheke würden Apotheker*innen und PTA (Pharmazeutisch Technische Assistent*innen) eine Aufnahme der Daten in die Datenbank der Spitzenorganisation der Apotheker*innen (ABDA-Datenbank) begrüßen. Dann fiele

es dem pharmazeutischen Personal leichter, bei Produkten, die ohne ärztliches Rezept abgegeben werden dürfen (Over-The Counter - OTC - Produkte), auch die ökologischen Aspekte in die Beratung aufzunehmen.

Schon heute lassen sich statt der Arzneimittel, welche bekanntermaßen umweltschädlich sind, häufig Alternativen einsetzen. Generell sind pflanzliche Arzneimittel besser umweltverträglich als Arzneimittel mit synthetischem Wirkstoff.

Arzneimittel und Klima

Es ist bekannt, dass der Gesundheitssektor in Deutschland für circa 5% der Treibhausgase verantwortlich ist (ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“, 2025). Ein großer Anteil wird verursacht durch Arzneimittel. Daher lohnt es sich, Arzneimittelpackungen einzusparen.

Wenn beispielsweise Rosuvastatin 20mg eingenommen werden soll, ist es sinnvoll, statt 2 Tabletten Rosuvastatin 10mg eine Tablette Rosuvastatin 20mg zu verordnen. Es ist sinnvoll, bei gelegentlicher Einnahme eines Arzneimittels statt Tropfen oder Säften mit kurzer Aufbrauchsfrist Präparate mit einportionierten Dosen (zum Beispiel Tabletten oder Kapseln) zu empfehlen. Dadurch können Arzneimittelverwürfe vermieden werden. Beispielsweise werden bei den Indikationen Fieber, trockener Husten oder Übelkeit/Erbrechen oftmals nur wenige Dosen benötigt.

Fiebersäfte haben häufig eine Aufbrauchsfrist von nur 6 Monaten und müssen verworfen werden, auch wenn die Flasche noch nicht leer ist. Die Gefahr besteht, dass diese fälschlicherweise im Abwasser entsorgt werden. Daher macht es Sinn, wenn es das Alter und Gewicht erlauben, Tabletten anzubieten. Für Kinder über 6 Jahren und mit mindestens 20kg können Ibuprofen-Tabletten mit 200mg eine Alternative darstellen. Bei

Schwierigkeiten, eine Tablette zu schlucken, gibt es Schmelztabletten oder einzelportionierte Päckchen mit flüssigem Inhalt. Im Falle von Paracetamol steht ein Direktgranulat mit 250mg ab 4 Jahren (17kg) zur Verfügung.

Die Ibuprofen-Schmelztabletten werden durch die gesetzlichen Krankenkassen oftmals durch einen Rabattvertrag mit Tabletten zum Einnehmen akzeptiert. Auch wenn das pharmazeutische Personal aufgrund von Schluckbeschwerden pharmazeutische Bedenken angibt, muss von Patientenseite ein geringer Mehrbetrag gezahlt werden. Bei einer Haltbarkeit der Arzneimittelpackung von mehreren Jahren rentiert sich aber die Zuzahlung auf lange Sicht.

Einen positiven Beitrag zum Klimaschutz können Ärzt*innen leisten, wenn sie Dosieraerosole nur ganz gezielt verordnen. Die S2k-Leitlinie „Klimabewusste Verordnung von Inhalativa“ (2024) ist sehr empfehlenswert und bietet eine gute Orientierungshilfe.

Dosieraerosole enthalten klimaschädliche Treibgase, die bei der Anwendung durch Patient*innen freigesetzt werden. Wann immer möglich, sollten umweltfreundlichere Alternativen wie zum Beispiel Pulverinhalatoren zur Anwendung kommen. Wie eingangs erwähnt, sollen Hersteller

von Dosieraerosolen zukünftig auf klimafreundlichere Treibgase umstellen. Ob diese jedoch auch umweltschonend sind, ist fraglich. In UK steht eine Zulassung für einen Inhalator mit klimafreundlicherem Treibgas bevor. Der Stoff (E)-1,3,3,3-Tetrafluorpropen zählt zu den perfluorierten Alkylverbindungen und ist daher nicht unproblematisch für die Umwelt.

Ein wichtiges Thema ist auch die Entsorgung der Dosieraerosole, wenn diese nicht komplett aufgebraucht werden. Diese Spraydosen dürfen nicht in den Hausmüll geworfen, sondern müssen zur Problemmüllsammelstelle gebracht werden. Eine Studie aus UK hat gezeigt, dass Dosieraerosole in den meisten Fällen falsch entsorgt werden.

Ebenso klimaschädlich sind Narkosegase. Erfreulicherweise gibt es Kliniken in Deutschland, die sich bemühen, Narkosegase wieder aufzufangen und wiederverwerten, damit diese nicht in die Atmosphäre gelangen. Lachgas, welches in der Geburtshilfe zur Schmerzstillung Anwendung findet, ist etwa 300mal klimaschädlicher als CO₂ (BUND, 2022). In manchen Kliniken in Deutschland wird Lachgas aus Klimaschutzgründen gar nicht mehr eingesetzt.

Fazit

Arzneimittel und deren nach Anwendung ausgeschiedenen Reste und Abbauprodukte sind häufig gefährlich für die Ökosysteme. Deswegen müssen die Risiken, soweit wie möglich, vermieden werden. Entscheidend wird sein, so wenig Arzneimittel wie möglich anzuwenden und die Aspekte der Prävention in den Vordergrund zu rücken. Gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels wird dies eine noch viel dringendere Aufgabe werden. Die zukünftig vorgesehene vierte Reinigungsstufe bei Klärwerken ist ein wichtiger Schritt nach vorn, aber längst nicht ausreichend. Es ist festzuhalten, dass Aspekte zu Klima und Umwelt wichtiger denn je sind und diese auch bei der Arzneimittelverordnung oder beim Arzneimittelkauf eine Rolle spielen sollten. ■

Kristina Juraschko,

Apothekerin aus Ingolstadt.
Sie engagiert sich bei
Pharmacists for Future:
<https://pharmacistsforfuture.org/>

Die Literatur zum Beitrag
finden Sie hier:

DOI: 10.3936/dmm_artid47763322



© Roland Matticzki / RM Sehstern Berlin

Die Pharmacists for Future wurden im Jahr 2021 gegründet und sind eine Initiative des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP). Aus ganz Deutschland kommen Pharmazeut*innen, PTA und Student*innen der Pharmazie bei monatlichen online-Treffen zu einem Austausch zusammen. Zu den zahlreichen Aktivitäten zählen Fachvorträge, Bereitstellung von Informationsmaterial auf der eigenen Internetseite und die Präsenz auf den Messen Interpharm und Expopharm. 2024 hat die Gruppe sogar eine Fortbildungsreihe auf Youtube auf die Beine gestellt. Das Ziel der Pharmacists for Future ist es, die Pharmazie nachhaltiger zu gestalten.



Website



LinkedIn



Youtube



Instagram



Facebook

Planetary Health und die Schweizer Ärzteschaft

Nachhaltigkeitsinitiative der Schweizer Ärzteschaft

Robin Rieser

Der menschengemachte Klimawandel ist in unserem Alltag angekommen. Zu den Treibhausgasemissionen, welche diesen verursachen, trägt der Gesundheitssektor wesentlich bei. Um der gemeinsamen Verantwortung in Sachen Klimawandel gerecht zu werden, hat die FMH die Strategie «Planetary Health – Strategie zu den Handlungsmöglichkeiten der Ärzteschaft in der Schweiz zum Klimawandel» verfasst. Diese wurde am 7. Oktober 2021 von der Ärztekammer verabschiedet.

Der Klimawandel ist in unserem täglichen Leben angekommen – die Bergstürze von Brienz GR und Blatten VS in der Schweiz beweisen dies eindrücklich. Auch die Unwetterkatastrophen des Sommers 2021 führten in der Schweiz und in weiten Teilen Europas zu immensen Schäden und Todesfällen. Diese häufiger auftretenden und extremen Wetterlagen sind Folge der Klimaveränderung und damit auch der Veränderung der Ökosysteme. Diese Veränderungen haben direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung (siehe Abb. 1). Hohe Temperaturen belasten den menschlichen Organismus: Hitze kann Erschöpfung und Hitzschlag auslösen sowie bestehende Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-, Atemwegs-, Nieren- oder psychische Erkrankungen verschlimmern. Weiter erhöhen Hitzeperioden das Risiko für Infektionen und Wundheilungsstörungen. Hitzewellen und einzelne Hitzetage verursachten in der Schweiz sowohl eine Zunahme von Notfall-Spitaleintritten als auch eine Zunahme der allgemeinen Sterblichkeit. Tropennächte sind ein zusätzliches Gesundheitsrisiko, da die nächtliche Erholung durch die fehlende Abkühlung beeinträchtigt wird. Studien zufolge wirken sich hohe Temperaturen auch negativ auf die psychische Gesundheit aus: Untersuchungen in den USA und in Australien haben nachgewiesen, dass Hitzewellen Aggressionen fördern und die Kriminalitätsrate ansteigen lassen. Zusätzliche gesundheitliche Risiken im Zusammenhang mit sich verändernden Ökosystemen bestehen zudem durch

die mögliche Ausbreitung von neuen Krankheitsüberträgern, Krankheitserregern sowie allergenen Pflanzen. Ferner könnten die zukünftigen klimatischen Bedingungen eine Zunahme von über Wasser, Nahrungsmittel und Vektoren übertragenen Infektionskrankheiten begünstigen. Die Produktion und Haltbarkeit von Nahrungsmitteln hängt in vielfacher Weise mit den klimatischen Bedingungen zusammen, so dass Lebensmittelhygiene an Bedeutung gewinnt.

Gesundheit und Umwelt

Der Gesundheitssektor trägt wesentlich zu den nationalen Treibhausgasemissionen bei. International beträgt der Anteil des Gesundheitssektors an den Gesamtemissionen gemäß neuestem Lancet Countdown-Bericht 4,6 %. Besonders hoch ist der Anteil der CO₂-Emissionen des nationalen Gesundheitssystems an den Gesamtemissionen mit zwischen 8 und 10 % beispielsweise in den USA. In Großbritannien betrug 2017 der entsprechende Anteil 4 bis 5 %. Aufgrund der Bestrebungen des National Health Service (NHS), das weltweit erste Netto-Null-Gesundheitssystem zu werden, sinkt er seither. Die Zahlen für die Schweiz unterscheiden sich je nach Studie und Berechnungsmethode. Ein internationaler Vergleich des CO₂-Fußabdrucks des Gesundheitssektors von Pichler et al. geht für die Schweiz im Jahr 2014 von einem Anteil von

5,9 % aus. Die internationale Organisation *Health Care Without Harm* hat diesen Wert für 2019 auf 6,7 % geschätzt. Zahlen von nationalen Studien gibt es bisher keine. Vielerorts besteht die Gefahr, dass die in der Vergangenheit erzielten Fortschritte bei der globalen Gesundheit durch die globale Erwärmung beeinträchtigt werden. Die Hochwasser, Starkregen, Waldbrände und Dürren des Sommers 2021 und die Felsstürze in Brienz und Blatten haben eindrücklich gezeigt, dass wir alle die Verantwortung tragen, unseren Teil zum Schutz des Klimas und der öffentlichen Gesundheit beizutragen. Der NHS hat sich bereits vor 10 Jahren für den Weg des Klimaschutzes ent-

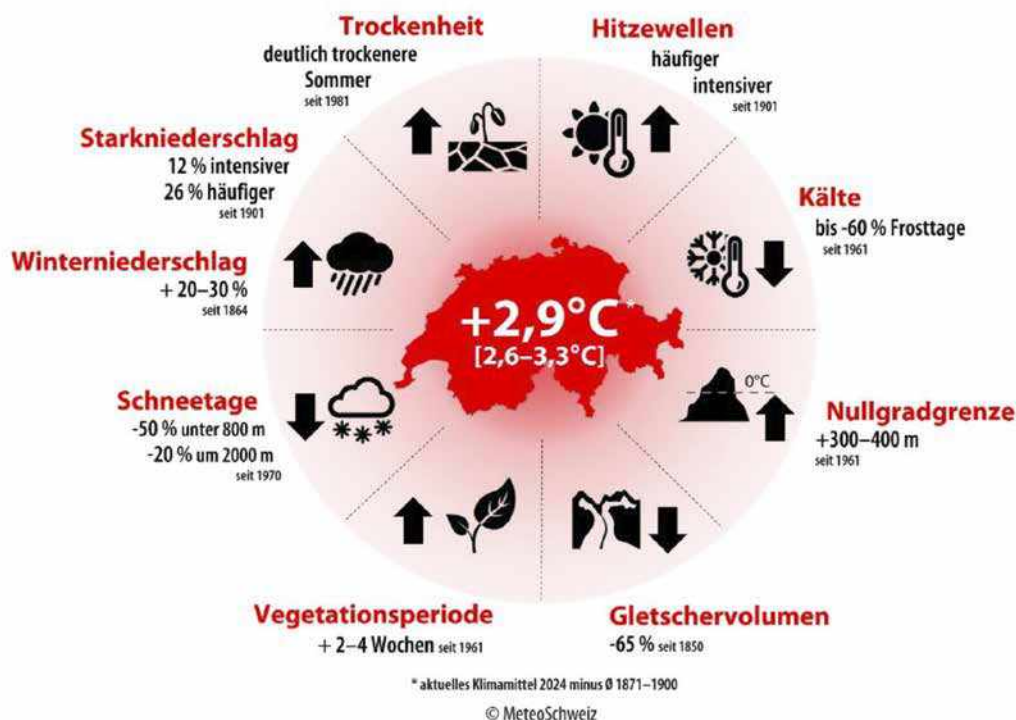


Abb. 1 – Wichtige Veränderungen des Schweizer Klimas basierend auf Beobachtungsdaten. (BAFU/MeteoSchweiz, 2020), Aktualisiert und angepasst, Quelle: MeteoSchweiz.

schieden. Seine Anstrengungen fokussieren sich auf Organisationen und Individuen, beispielsweise auch auf die Hausärztinnen und Hausärzte. Das Green Impact for Health Toolkit des Royal College of General Practitioners (RCGP) bietet Möglichkeiten, Nachhaltigkeit über verschiedene Themen in die tägliche Praxisarbeit zu integrieren. Es beschreibt an den Sustainable Development Goals (SDGs) an der UNO orientierte Maßnahmen, die nach Bedarf und Möglichkeit Schritt für Schritt umgesetzt werden können. Beispielsweise im Bereich Abfall und Recycling: Wird der in der Praxis entstehende Abfall getrennt, Druckerpapier aus Recyclingpapier genutzt und Altpapier recycelt, erreicht die Praxis das bronze level Abfall und Recycling. Weitere Level (silver, gold und carbon) beinhalten die Reduktion von Einwegplastik und persönlichem Schutzmaterial, Handhabung ungenutzter Medikamente, Lagerhaltung und Bestellwesen, Auswahl der Büromaterialien etc. Werden Maßnahmen über alle 13 Bereiche umgesetzt, besteht

durch ein Auditverfahren sogar die Möglichkeit, die eigene Praxis auszeichnen zu lassen oder den Green Impact Award zu erhalten. Der stufenweise Aufbau der Maßnahmen und der einfache Zugang über eine Online-Plattform machen das Green Impact for Health Toolkit des RCGP zu einer verhältnismässigen und realistischen Maßnahme, um die Erreichung der SDGs und den Schutz des Klimas voranzutreiben.

Erfolge in der Schweiz

Bereits heute finden sich in der ganzen Schweiz innovative Projekte, die sich der Umsetzung der SDGs annehmen. Das Kantons- und Spital Luzern setzte im Zeitraum von 2017 bis 2020 ein Projekt zur Reduktion der Lebensmittelverschwendung (Foodwaste) um. Durch wenige Maßnahmen konnte eine Reduktion von 35 % erreicht werden. Dies entspricht ungefähr 150 000 Tonnen weniger Lebensmittelabfällen. Das 2000-Watt-Areal setzt sich zum Ziel, Siedlungsgebiete zu schaffen, die es den Bewohnern ermögli-

chen, energieeffizient und nachhaltig zu leben. In die Planung werden unter anderem Aspekte von Mobilität, Grünflächen, Nutzung, Baumaterialien und Energie miteinbezogen. Das Projekt Green Hospital evaluierte die Ressourceneffizienz der Schweizer Spitäler, um zu ermitteln, welche Prozesse optimiert werden können und wo ökonomisches und ökologisches Sparpotenzial besteht. Der Kanton Bern hat am 26. September 2021 als zweiter Kanton der Schweiz entschieden, Klimaschutz in die Verfassung aufzunehmen. Der Kanton Bern will damit bis 2050 klimaneutral sein, er will sich mit den Gemeinden aktiv für eine Begrenzung der Klimaveränderung und dessen Auswirkungen einsetzen. Diese Projekte schlagen den Weg der nachhaltigen Nutzung unserer Ressourcen ein und zeigen, dass es möglich ist, gleichzeitig wettbewerbsfähig und klimafreundlich handeln zu können. Die Delegiertenversammlung der FMH hat an ihrer Sitzung vom 3. September 2020 den Klimawandel als substantielle Bedro-

hung für die regionale und globale Gesundheit anerkannt und im Namen der Schweizer Ärzteschaft das «Manifest für eine gesunde Zukunft» unterschrieben. Um der gemeinsamen Verantwortung in Sachen Klimawandel gerecht zu werden, hat die FMH die Strategie «Planetary Health – Strategie zu den Handlungsmöglichkeiten der Ärzteschaft in der Schweiz zum Klimawandel» verfasst, die am 7. Oktober 2021 von der Ärztekammer der FMH verabschiedet wurde. Die Strategie umfasst Ziele in vier verschiedenen Handlungsbereichen: Information, Reduktion, Adaptation und Vorbildrolle, und verfolgt die Vision eines nachhaltig gesundheitsfördernden und klimaresilienten Schweizer Gesundheitswesens. Die Schweizer Ärzteschaft unterstützt eine Verstärkung der Maßnahmen gegen den Klimawandel und hilft mit, die Zielsetzung eines umweltfreundlichen Schweizer Gesundheitswesens mit verhältnismässigen, finanziell tragbaren Maßnahmen zu erreichen.

Initiativen der Ärzteschaft

Die Umsetzung der Strategieziele wird durch den Bereich Public Health & Gesundheitsberufe der FMH koordiniert. Die umzusetzenden Projekte werden durch die Begleitgruppe Planetary Health begutachtet, ein beratendes Gremium des Zentralvorstandes, welches die der FMH angeschlossenen Dachorganisationen repräsentiert. Durch die Begleitung durch dieses Expertengremium wird sichergestellt, dass die erarbeiteten Dienstleistungen und Produkte akzeptiert werden und auf die Bedürfnisse der Ärzteschaft zugeschnitten sind. Der aktuelle Stand der Zielerreichung und die bereits erarbeiteten Produkte und Dienstleistungen ist auf der FMH-Webseite ersichtlich. Bisher wurden folgende Projekte umgesetzt:

Toolkit Planetary Health

Das Toolkit soll allen interessier-

ten Arztpraxen in der Schweiz klare Handlungsmöglichkeiten zur Reduktion ihres ökologischen Fußabdrucks liefern. Jede teilnehmende Praxis kann für sich entscheiden, welche Maßnahmen für sie relevant und passend sind. Somit können mit wenig Aufwand bereits erste Schritte in Richtung mehr Nachhaltigkeit getan werden. Besonders engagierte Praxen können zudem ein Zertifikat «nachhaltige Praxis» erlangen. Die aktuell enthaltenen Maßnahmen sind allgemein gehalten und können von Praxen verschiedener Fachgebiete umgesetzt werden. Um den Ansprüchen spezialärztlicher Praxen gerecht zu werden, sollen bis 2026 erste fachspezifische Module entwickelt und integriert werden.

Planetary Health Award

Viele Projekte für ein nachhaltigeres Gesundheitswesen werden bereits heute umgesetzt: in Praxen, Spitälern und den Kantonen. Diese oftmals kleinen, aber innovativen Projekte haben kaum die Möglichkeit zur Skalierung oder zum Transfer in andere Institutionen. Der Planetary Health Award soll diesen Projekten die Möglichkeit geben, mehr Aufmerksamkeit und damit Verbreitung zu erhalten. Damit sollen wertvolle Ressourcen gespart werden und Wissen über implementierbare Maßnahmen mit interessierten Organisationen geteilt werden.

Handbuch Nachhaltigkeit

Die FMH hat für Ihre Standorte Bern und Olten eine Treibhausgasbilanz erstellen lassen. Auf Basis der Erkenntnisse werden einerseits Maßnahmen zur Reduktion der Treibhausgasbilanz an beiden Standorten umgesetzt, andererseits sollen die Mitgliedorganisationen von der Erhebung ebenfalls profitieren. Das Handbuch bietet den Mitgliedorganisationen konkrete Handlungsmaßnahmen zur Reduktion des Umweltfußabdrucks ihrer Sekretariate. Der Bereich Public Health & Gesund-

heitsberufe der FMH unterstützt die Sekretariate der angeschlossenen Organisationen bei der Umsetzung und Auswahl passender Maßnahmen.

Gemeinsame Verantwortung

Zur Erreichung der Schweizer Klimaziele und der SDG's braucht es mehr als die einzelnen Anstrengungen der Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Kantone und Gemeinden. Das Gesundheitswesen der Schweiz steht hierbei noch am Anfang, hat jedoch enormes Potenzial einerseits selbst die Umweltbelastung zu reduzieren und andererseits glaubwürdig für den Schutz von Umwelt und Gesundheit einzustehen. Möglichkeiten zur Reduktion der Umweltbelastung und Anpassung an den Klimawandel bestehen in verschiedenen Bereichen wie dem Betrieb und Unterhalt von Gesundheitseinrichtungen, der Verschreibung von Medikamenten oder mit Förderung von gesundheitsförderlichem Verhalten und den einhergehenden Co-Benefits. Mit gut koordinierten Maßnahmen kann gemeinsam ein wirkungsvoller Beitrag geleistet werden, um die Gesundheit aller in der Schweiz lebenden Personen zu schützen und den Weg für eine nachhaltige und gesundheitsfördernde Zukunft zu ebnen. ■



Robin Rieser

Wissenschaftlicher Mitarbeiter Bereich Public Health & Gesundheitsberufe Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH), Projektverantwortlicher für die Umsetzung der Strategie Planetary Health FMH [public.health\[at\]fmh.ch](mailto:public.health[at]fmh.ch)

Weitere Informationen zum Thema Planetary Health und den Projekten der FMH finden sie auf der Webseite. <https://planetary-health.fmh.ch>

Die Literatur zum Beitrag finden Sie hier:



DOI: 10.3936/dmm_artid47763331

Planetary Health

Perspektive der Pflegewissenschaft



Sektion Planetary Health der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)

Vor dem Hintergrund der gravierenden Umweltveränderungen gewinnt eine globale Perspektive auf Gesundheit zunehmend an Bedeutung. Insbesondere die Klimakrise gilt als fundamentale Gesundheitsbedrohung. Das Konzept der 'planetaren Gesundheit' (Planetary Health) betrachtet die Gesundheit des Menschen im Zusammenhang mit seiner Umwelt. Es basiert auf der Erkenntnis, dass es keine gesunden Menschen ohne eine gesunde Erde geben kann. Der Schutz des Planeten und damit auch der Schutz unserer Gesundheit erfordern nachhaltiges Handeln auf allen Ebenen.

Die professionelle Pflege, als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, ist in und über alle Sektoren hinweg verantwortlich, die ihr anvertrauten Menschen vor den negativen Auswirkungen der Klimakrise zu schützen. Darüber hinaus ist sie gefordert, eine aktive Rolle in Bezug auf eine notwendige Transformation des Gesundheitssystems und im gesellschaftlichen Engagement zum Schutz der natürlichen Umwelt einzunehmen. Diese Verantwortung der Pflege in Bezug auf den Schutz des Planeten wird auch im Ethikkodex des International Council of Nurses (2021) sowie in der neuen Definition von „Nursing“ und „A Nurse“ des ICN sichtbar (ICN, 2025).

Damit ergeben sich auch Schlussfolgerungen für eine Auseinandersetzung mit der Thematik auf pflegewissenschaftlicher Ebene. Im März 2024 gründete sich die Sektion Planetary Health als dreizehnte Sektion der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP). Sie widmet sich den gesundheitlichen Auswirkungen der menschengemachten Schädigung der natürlichen Systeme unserer Erde aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die DGP-Sektion Planetary Health

mit ihrer Zielsetzung vorzustellen sowie potenzielle Handlungsbereiche aufzuzeigen.

Die Sektion Planetary Health

Die Sektion verfolgt das generelle Ziel, innerhalb der Scientific Community und der Bezugsdisziplinen das Bewusstsein für die pflegewissenschaftliche Relevanz des Themas Planetary Health zu fördern. Zur Verwirklichung dieser Zielsetzung will sich die Sektion zukünftig mit fünf strategischen Handlungsfeldern beschäftigen: Konzeptentwicklung, Forschung, Lehre, Vernetzung und gesellschaftliche Verantwortung. Im Bereich der Konzeptentwicklung stehen unter anderem die begriffliche Klärung, die theoretische und normative Einbettung – etwa mit Bezug auf den ICN-Ethikkodex oder die Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen (SDGs) – sowie die Bestimmung der pflegerischen Rolle im Fokus. Damit soll der Aufbau eines professionspezifischen Wissensfundus eingeleitet werden.

Im Bereich Forschung will die Sektion als Impulsgeber für nationale und internationale Projekte zu Planetary Health in der Pflege fungieren und zu einem verantwortlichen Umgang mit Ressourcen innerhalb von Forschungsaktivitäten sensibilisieren. In der Lehre soll Planetary Health durch die Weiterentwicklung pflegebezogener Curricula, die Förderung des Praxistransfers und die Entwicklung spezifischer Fort- und Weiterbildungsformate langfristig verankert werden. Die Sektion setzt sich für eine hochschulübergreifende, interprofessionelle sowie internationale Vernetzung ein. Damit soll zugleich die Bedeutung von Pflegewissenschaft im Zusammenwirken der gesundheitsbezogenen Disziplinen bei der Bewältigung der Klimakrise herausgestellt werden. Schließlich sieht die Sektion ihre Rolle auch in einer gesellschaftlichen Verantwortung, etwa durch den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in politische und gesellschaftliche Diskurse, durch Publikationen, Stellungnahmen sowie Beiträge auf Fachveranstaltungen.

Erste Aktivitäten

Nach einer grundlegenden Verständigung über die Ausrichtung der Sektionsarbeit erfolgte in einem ersten Arbeitsschritt eine Auseinandersetzung der Sektion mit dem Begriff „Planetary Health“, der als

Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Pflege mit dem Ziel der Förderung und Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft. Sie wurde 1989 gegründet und versteht sich im Konzert der wissenschaftlichen Disziplinen und in gesellschaftlichen Diskussionen als das Sprachrohr der Pflegewissenschaft. Die themenbezogene Arbeit erfolgt in verschiedenen Sektionen. Homepage: www.dg-pflegewissenschaft.de

Sektionsbezeichnung gewählt wurde. Mittels einer internationalen Literaturanalyse wurde den folgenden Fragen nachgegangen: Wie wird in pflegewissenschaftlichen Veröffentlichungen der Begriff „Planetary Health“ definiert? Gibt es eine spezifische pflegewissenschaftliche Definition bzw. ist in vorliegenden Definitionen ein pflegewissenschaftlicher Bezug erkennbar?

Im Ergebnis zeigte sich, dass eine allgemein anerkannte pflegewissenschaftliche Definition des Begriffs Planetary Health derzeit nicht existiert. Daher erfolgte in der Sektion eine Einigung auf die Verwendung der Planetary-Health-Definition von Whitmee et al. (2015) als derzeit weit verbreitete, disziplinübergreifend anerkannte Definition. Planetary Health wird darin als ein umfassendes Gesundheitskonzept

verstanden, welches sich mit den Beziehungen zwischen der menschlichen Gesundheit und den politischen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Systemen unseres Planeten beschäftigt. Aus einer weiteren Definition der Planetary Health Alliance (2025) wurde das Verständnis um die Lösungs- und Handlungsorientierung sowie Interdisziplinarität von Planetary Health ergänzt.

Das methodische Vorgehen der Literaturanalyse zum Verständnis von Planetary Health, das Ergebnis und die Schlussfolgerungen für die Sektionsarbeit wurden in einem Working Paper zusammengefasst, welches auf der Homepage der DGP zum Download bereitsteht. Weitere Aktivitäten der Sektion Planetary Health im ersten Jahr ihres Bestehens war u.a. die Beteiligung an der DGP-Stellungnahme zur „Dialogfassung Weiterent-

wicklung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie 2024“. Die Sektion brachte sich aktiv beim Gremientag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft mit einem Workshop zur sektionsübergreifenden Zusammenarbeit ein. Teilnehmende konnten ihre persönlichen Erfahrungen zum Thema einbringen, sich über mögliche Implikationen für die (Pflege-) Wissenschaft austauschen sowie die Bedeutsamkeit für die weiteren Sektionen bewusstmachen. Hieraus entstand die Mitarbeit bei der Entwicklung eines Leitfadens für nachhaltige DGP-Reiseaktivitäten.

Zukünftige Arbeitsschwerpunkte der Sektion liegen in der weiteren Konkretisierung der Rollen und Aufgaben von Pflegewissenschaft in Bezug auf planetare Gesundheit sowie in der Verankerung des Themas in Studium und Lehre. ■

Mitarbeit in der Sektion

Die Mitglieder der Sektion sind Bachelor- und Masterstudierende sowie Absolvent*innen pflegebezogener Studiengänge, Promovend*innen sowie Lehrende an Hochschulen. Ihre Motivation zur Mitarbeit in der Sektion Planetary Health wird in den Statements sichtbar.

Die Treffen finden 3-4 x jährlich im Online-Format statt. Weitere pflegewissenschaftlich interessierte Mitglieder sind herzlich willkommen. Kontakt: sektion.planetaryhealth@dg-pflegewissenschaft.de

Prof. em. Dr. Christine Auer:

Als Pflegehistorikerin interessiere ich mich vor allem für die, wenngleich kurze, historische Entwicklung des Themenfeldes „Planetary Health“ innerhalb der (deutschen und internationalen) Pflegewissenschaft sowie die zugehörige wissenschaftstheoretische Diskussion um Einbettung in den Wissenskodex.

Nadja Körner, Pflegewissenschaft M.A., Pflegepädagogik B.A.:

Gesundheitsförderung und damit der Einsatz für Planetary Health sind keine Zusatzaufgaben, sondern gehören ins Kernhandeln der professionellen Pflege. Als Mitglied der Sektion möchte ich dazu beitragen, dass durch pflegewissenschaftliche Aufarbeitung dieses Bewusstsein gestärkt und in konkretes Handeln übersetzt wird. Besonders interessiere ich mich für Co-Benefits, also wie nachhaltiges Handeln zugleich Gesundheit schützt und Ressourcen spart.

Prof. Dr. Petra Wihofszky:

*Als Gesundheitswissenschaftlerin engagiere ich mich in der Sektion „Planetary Health“ der DGP, weil mir nachhaltiges Handeln im Gesundheitswesen ein zentrales Anliegen ist. Ich schätze die interdisziplinäre Zusammenarbeit, da vielfältige Perspektiven die Entwicklung innovativer und kreativer Lösungen fördern. Für mich ist es wichtig, durch Vernetzung mit Kolleg*innen nachhaltige Veränderungen aktiv voranzutreiben*

Kristina Seidler-Rolf, Pflegepädagogik M.A.:

Für mich ist es bedeutsam, Planetary Health in die Pflegepädagogik zu integrieren. Dies entspricht dem Bildungsauftrag, sich mit komplexen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts auseinander zu setzen und handlungsfähig zu sein. Aus den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen lassen sich didaktische Strategien ableiten. Damit leistet die Pflegepädagogik einen Beitrag zur Transformation des Gesundheitswesens hin zu nachhaltiger Entwicklung und trägt zugleich zur Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft bei.

Prof. Dr. Christa Bükler:

Ich engagiere mich in der Sektion Planetary Health, weil ich die pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik befördern möchte. Die DGP als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Pflege mit mehr als eintausend Mitgliedern bietet dazu ein geeignetes Forum, um sich mit anderen interessierten Personen zu vernetzen und gemeinsam Aktivitäten voranzutreiben.

Natascha Köstler, M.A.:

*Wir können als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen und durch das Vertrauen, das uns von Patient*innen, Klient*innen und deren An- und Zugehörigen entgegengebracht wird, positiven Einfluss auf die menschliche und planetare Gesundheit nehmen. Um diese Chancen zu nutzen, aber auch dieser Verantwortung gerecht werden zu können, ist ein grundlegendes Verständnis notwendig. Hierzu möchte ich mich als Lehrende in der Pflege und als Community Health Nurse auf der Ebene der Gemeinde und öffentlichen Gesundheit einsetzen, um für die Verflechtung von Lebenswelt und Umwelt zu sensibilisieren.*

Magdalena Bohn, B.Sc.:

Ich engagiere mich in der Sektion Planetary Health, weil Gesundheit nur auf einem gesunden Planeten möglich ist. Die Zusammenhänge zwischen Umwelt, Klima und Gesundheit sollten stärker in den Fokus der Pflegewissenschaft rücken. Nach meinem pflegewissenschaftlichen Bachelorstudium sehe ich es als meine Verantwortung, mich für diese Themen einzusetzen. Die Sektion Planetary Health bietet dafür die wissenschaftliche Grundlage. Es geht nicht nur darum, Probleme zu benennen, sondern gemeinsam Lösungen zu entwickeln – für unsere Gesundheit und die unserer Umwelt. Denn letztlich gehören wir zur Erde, nicht umgekehrt.

Mit Kreislaufwirtschaft im Krankenhaus gegen die Klimakrise

Viele Ansätze, aber wenig Daten sowie weitere Hürden für ein wichtiges Zukunftsthema

Anne-Kathrin Cassier-Woidasky et al.

Haben Sie sich auch schon gefragt, welche ökologischen Auswirkungen Ihr tägliches Handeln im Krankenhaus hat? Sich gewundert, warum zu Hause sorgfältig getrennt, am Arbeitsplatz aber alles im Restmüll entsorgt wird? Sich überlegt, ob man nicht auch in hygienisch kritischen Bereichen materialsparender arbeiten kann? Ob Patientensicherheit immer zu Lasten des Umweltschutzes gehen muss? Sich gefragt, ob es wirklich unvermeidbar ist, dass hochwertige Produkte nach einmaligem Gebrauch oder sogar unbenutzt im Abfall landen, nur weil sie unsteril geworden sind?

Nach einer Benchmarkstudie der Forschungsstelle Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen für das Jahr 2023 entspricht die jährliche Gesamt-Abfallmasse pro Bett in deutschen Krankenhäusern mit 1.545 kg etwa der Masse des Klein-SUV Mercedes GLA. Täglich entstehen im Mittel gut 4,2 kg Abfälle pro Bett. Laut einer niederländischen Studie fallen etwa 12 kg Abfall pro Operation an, wovon zumindest in Kanada, USA und UK praktisch alles beseitigt wird. Vergleichbare Daten für Deutschland fehlen bisher oder sind nur wenig aussagekräftig. Gleiches gilt für die Frage nach der genauen Zusammensetzung der Abfälle: Nicht überprüfbaren Angaben zufolge werden etwa 90 % der Medizinprodukte-Abfälle Einmalgebrauchsprodukten zugerechnet. Produkte mit hohem Wertstoffpotenzial sind z. B. chirurgische Instrumente wie Scheren, Klemmen oder Nadelhalter, Endoskope, Ablationskatheter sowie Werkzeuge oder Klammernahtgeräte, deren Mengenanteile am Gesamtaufkommen der Medizinprodukte-Abfälle bisher nur annäherungsweise geschätzt bzw. hochgerechnet

werden können. Für die Beantwortung grundlegender kreislaufwirtschaftlicher Fragen aus der Krankenhauspraxis fehlen derzeit wissenschaftlich abgesicherte Daten und Erkenntnisse.

In Deutschland wird mehr als die Hälfte aller Abfälle aus Krankenhäusern verbrannt und erzeugt so klimawirksame Emissionen.

„Allerdings hat nicht nur die Entsorgung der Abfälle eine Klimawirkung, sondern auch die Rohstoffgewinnung, Material- und Produktherstellung und Logistik für die Produkte, die im Krankenhaus zu Abfällen werden. Je nach Produkt können diese Schritte deutlich relevanter als die Entsorgung sein. Medizinprodukte einschließlich ihrer Lieferketten haben mit 71 % den größten Anteil an der Gesamtemission des Gesundheitswesens. Insgesamt ist die Gesundheitswirtschaft für gut 5 % der Klimawirkung Deutschlands verantwortlich, weltweit liegt der Anteil bei etwa 4,6 %. Absolut liegen die pro-Einwohner-Emissionen dieses Sektors in Deutschland mit über 800 kg Kohlenstoffdioxid-Äquivalenten (CO₂eq) um etwa ein Drittel höher als in anderen EU-Ländern, die etwa 600 kg CO₂eq pro Einwohner und Jahr emittieren.“

Damit sind die grundsätzlichen Ansatzpunkte des Klimaschutzes klar: Durch Vermeidung von Abfällen im Krankenhaus und eine möglichst hochwertige Abfallverwertung anstelle einer Verbrennung kann das Klima besser geschützt werden.

Abfallvermeidung ist bereits aus ökonomischen Gründen sinnvoll.

Aus gesundheitswissenschaftlicher wie auch volkswirtschaftlicher Sicht wären wirksame Präventionsansätze anzustreben, damit materialintensive Interventionen wie z.B. Herzkatheter-Untersuchungen gar nicht erst notwendig werden. Doch auch die beste Präventionsarbeit macht die Gesundheitsversorgung und damit einen gewissen Materialbedarf nicht überflüssig.

Ein typisches Krankenhaus in Deutschland kauft nach bisher

noch unveröffentlichten Untersuchungen der Forschungsstelle Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen während eines Jahres etwa 18.000 unterschiedliche Produkte ein - vom Toilettenpapier in Großgebinden bis zu komplexen High-Tech-Geräten wie Klammer- nahtgeräten oder Herzkathetern mit Gold- oder Platinelektroden. Ein Ansatz des Klimaschutzes und der Abfallvermeidung kann die Veränderung des Beschaffungswesens durch bewusste Produktauswahl sein, auch Änderungen von betriebswirtschaftlich relevanten Fehlanreizen und juristischen Vorgaben insbesondere hinsichtlich medizinischer Einmalgebrauchsprodukte kommen in Betracht. Erste Nachfragen und Veränderungen im Beschaffungswesen sind derzeit zu beobachten – meist ausgelöst durch die Nachhaltigkeits-Berichtspflichten der Europäischen Union. Sie treffen aber auf Medizinprodukte-Anbieter, deren Kapazitäten in den vergangenen Jahren vor allem durch die Zulassungsanforderungen der europäischen Medizinprodukte-Verordnung (Medical Device Regulation/MDR) stark beansprucht waren. Während seitens der Anwenderinnen und Anwender im Krankenhaus der Wunsch

nach klimafreundlichen Produkten geäußert wird, können nur sehr wenige Anbieter belastbare Aussagen zur Klima- und Umweltwirkung ihrer Produkte machen. Dennoch ist „Ecodesign“ auch bei den Herstellern von Medizinprodukten zumindest in der Diskussion ein relevantes Thema.

In einer orientierenden Untersuchung wurden die Beschaffungsdaten aus dem Einkauf eines deutschen Krankenhauses mit etwa 600 Betten aus dem Jahr 2023 ausgewertet. Abbildung 1 zeigt die Werkstoffverteilung in einem deutschen 600-Betten-Krankenhaus. Sie führen zu einer Klimawirkung von etwa 293 t CO₂eq.

Die 142 mengenmäßig relevantesten Produkte, die etwa 87 % des gesamten Bestellaufkommens ausmachten, wurden anschließend im Labor zur Materialbestimmung analysiert (Markmann 2025). Aus Ökobilanz-Datenbanken wurde jedem Werkstoff eine Klimawirkung zugewiesen. Die Gesamtmasse der im Jahr 2023 bestellten 15.131.928 Gegenstände lag einschließlich Verpackung bei 109.113 kg. Die rechnerische Klimawirkung dieser Produkte lag bei fast 300.000 kg CO₂eq. Damit verursacht allein der Materialverbrauch dieses Krankenhauses Emissionen in Höhe der Hin- und Rückflüge von 107 Menschen auf die Malediven, wobei Herstellungs-, Logistik- und Entsorgungsaufwände bei der Klimawirkung noch unberücksichtigt sind.

Ökobilanzierung von Medizinprodukten steht ganz am Anfang.



WERKSTOFFE DER 142 RELEVANTESTEN EINWEGPRODUKTE IM KRANKENHAUS

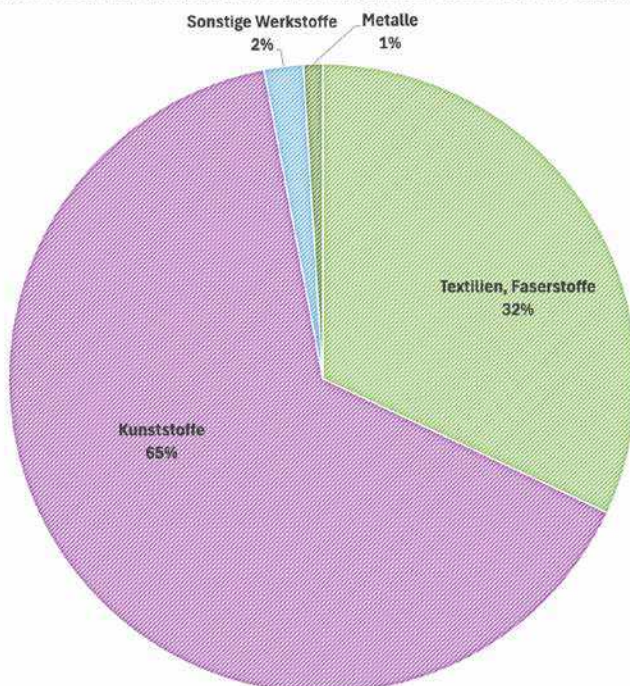


Abbildung 1
Werkstoffverteilung

Das Instrumentarium für die Bestimmung umweltbezogener Kennwerte ist bereits seit Jahrzehnten mit der DIN EN ISO 14040-Serie für die Erstellung von Ökobilanzen („Life Cycle Assessment“/LCA) und mit DIN EN ISO 14067 für den „Carbon Footprint von Produkten“ (PCF) vorhanden und hat sich in vielen Branchen wie der Bau- oder Automobilindustrie etabliert.

Im Gesundheitswesen ist das bisher nicht in gleichem Maße standardisiert und verbreitet. Dabei sind gerade solche im Rahmen von Ökobilanzen oder PCF systematisch erhobenen und auch publizierten Daten zu Umwelt- und Klimawirkungen von Produkten eine zentrale Voraussetzung der klimaorientierten Weiterentwicklung der Herstellung, Auswahl und Nutzung von Medizinprodukten, ohne Abstriche an der Patientensicherheit machen zu müssen. Dass man Dinge, die man nicht messen kann, auch nicht steuern kann, ist eine Management-Binsenweisheit. Genau das aber ist derzeit bei der Auswahl klimafreundlicher Produkte der Fall, denn für die weit überwiegende Zahl der Medizinprodukte am Markt ist die Klimawirkung völlig unklar.

Auch Heuristiken wie „Produkte aus nachwachsenden Rohstoffen sind klimafreundlich“ führen meist nicht zur Klimaentlastung, sondern auf einen „ökologischen Holzweg“. Daher ist es verdientvoll, dass sich das Deutsche Institut für Normung (DIN) auf Antrag einiger Medizinprodukte-Hersteller dieses Themas angenommen hat.

Seit März 2025 existiert der Normenausschuss 176-01-10 zu „Ökobilanzen für Medizinprodukte und Pharmaprodukte“, und es ist zu hoffen, dass durch dieses Gremium schnell brancheneinheitliche Grundlagen für die Umweltbilanzierung festgelegt werden und diese dann auch zügig in die Umsetzung gelangen.

Der Klassiker: „Mehrweg statt Einweg“!?



Mehrweglösungen, also die Aufbereitung wiederverwendbarer Produkte, sind im Vergleich zu Einweglösungen in der Regel mit geringeren Umwelt- und Klimawirkungen verbunden, allerdings erscheint eine vollständige Umstellung (zurück) auf die Mehrfachnutzung von Instrumenten und Material aufgrund verschiedener Anforderungen unwahrscheinlich. Zu den immer wieder genannten Gründen für Einweglösungen zählen neben den geringeren Lebenszykluskosten auch Haftungsrisiken durch die Instrumentenaufbereitung. Hierbei bleiben Aspekte der Mitarbeiterzufriedenheit und Prozesseffizienz durch den Einsatz hochwertiger und leistungsfähiger Mehrweg-Produkte jedoch oftmals unberücksichtigt.

Mehrfach genutzte medizinische Produkte verursachen zwar weniger Abfall als Einwegprodukte, aber auch die Wiederaufbereitung erfordert substanzielle Mengen Wasser, Energie und personelle Ressourcen. In einer Metastudie aus 1240 Ökobilanz-Publikationen konnte gezeigt werden, dass der Einsatz von wiederverwendbaren Medizinprodukten ökologisch vorteilhaft gegenüber Einmalgebrauchsprodukten ist. Auch aus medizinischer Sicht sind zahlreiche ökonomisch sinnvolle Mehrweglösungen möglich, die das Abfallaufkommen ohne Qualitätseinbußen deutlich reduzieren könnten.

Prozessveränderungen erschließen kurzfristig Klimaschutzpotentiale.



Zu den abfallintensivsten Orten im Krankenhaus zählen Operationsäle und Intensivstationen kreislaufwirtschaftlich stellen sie eine weitgehend unerforschte „Black Box“ dar. Auch ist der Abfallanfall sowohl einzelner Produkte als auch der Gesamt-Abfallstrom im Krankenhaus bisher kaum erforscht. Auf der Mikroebene können Prozess- und Verhaltensänderungen durch einen reflektierten Umgang mit Material zur Vermeidung von Abfällen und auch zum Klimaschutz beitragen – etwa, indem Sterilgut nicht im Voraus geöffnet wird, sondern erst dann, wenn es sicher benötigt wird. Auch die separierte Sammlung von Verpackungsmaterial ohne Patientenkontakt (z. B. in der OP-Vorbereitung auf der reinen Seite) und „kontaminiertem“ Material (AS 18 01 04, mit Patientenkontakt) lässt sich bereits mit wenigen Ablaufänderungen in den Krankenhausalltag integrieren. Diese Maßnahmen können erfolgreich sein, wenn sie von den Nutzern akzeptiert sind und möglichst wenig Aufwand verursachen. Die hier bestehende Schnittstelle ist bisher kaum untersucht worden, Vorarbeiten zeigen, dass hier ein entscheidender Erfolgsfaktor liegt.

In vielen Prozeduren haben Einmalprodukte wiederverwendbare Produkte verdrängt und sind zum Standard geworden. Vom Grundsatz her ist das sinnvoll, da mit invasiven Prozeduren praktisch jeder Bereich des menschlichen Körpers erreicht werden kann. Das stellt hohe Anforderungen an

die Sicherheit und Integrität der verwendeten Medizinprodukte. Neben ökonomischen, hygienischen und haftungsrechtlichen Erwägungen führt häufig auch Bequemlichkeit zum Einsatz von Einmalmaterial, wobei Umweltaspekte bisher nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Allerdings steigt in technik- und ressourcenintensiven Bereichen wie der Anästhesie und Intensivmedizin bereits das Bewusstsein für die Notwendigkeit des ressourcenschonenden Umgangs mit Material. So wurde von zwei anästhesistischen Fachgesellschaften ein Positionspapier mit konkreten und evidenzbasierten Handlungsempfehlungen und Forderungen zu nachhaltigem Handeln, auch die Bundesärztekammer hat inzwischen Empfehlungen erarbeitet, um Klimaneutralität im Krankenhaus zu erreichen (BÄK 2023). Könnten Einmalgebrauchsprodukte einer stofflichen Verwertung (Recycling) zugeführt werden, hätte dies fast immer vorteilhafte Umweltauswirkungen. Bei allen Recherchen zum Recycling-Potenzial von Krankenhausabfällen stellt man allerdings fest, dass die bestehenden Entsorgungsregelungen ausschließlich auf Hygiene, Arbeitsschutz und Wirtschaftlichkeit fokussieren und Nachhaltigkeitsanforderungen praktisch unberücksichtigt sind.

Recycling ist die „ultima ratio“, aber sie hat große Hürden zu überwinden.

Nach dem Kreislaufwirtschaftsgesetz (§6, KrWG 2012) besteht eine klare Hierarchie zum Umgang mit Abfall. An erster Stelle steht die

Vermeidung, gefolgt von der Wiederverwendung, dem Recycling, der energetischen Verwertung (Verbrennung mit Wärmerückgewinnung) bis hin zur Beseitigung (Verbrennung ohne Wärmerückgewinnung). Nicht vermeidbare Abfälle sollen nach den Vorgaben des Kreislaufwirtschaftsgesetzes möglichst stofflich verwertet (rezykliert) werden, um wertvolle Rohstoffe zurückzugewinnen. Dieser Weg wird in Deutschland für Krankenhausabfälle bisher nicht beschritten: Der übliche Entsorgungsweg für hygienisch problematische Abfälle ist die Beseitigung durch Verbrennung bzw. bestenfalls energetische Verwertung. Dadurch werden hochwertige Polymere zu klimawirksamen Verbrennungsgasen und Metalle Teil der festen Verbrennungsrückstände und damit zur schlechtesten Schrottqualität. Zusätzlich kommen durch Treibhausgas-Emissionszertifikate in den kommenden Jahren absehbar höhere Entsorgungskosten auf die Krankenhäuser zu.

Rechtlich werden Abfälle aus dem Gesundheitswesen im Kapitel 18 der Abfallverzeichnisverordnung (AVV 2020) berücksichtigt und Schlüsselnummern (AS) sowie entsprechenden Entsorgungswegen und einer Gefährdungseinordnung zugeordnet. Im Klinikalltag sind folgende Abfallarten relevant, die in der Regel in die Verbrennung gelangen:

- AS 18 01 01 (spitze und scharfe Instrumente aus der gesamten Patientenversorgung, sie gelten als nicht gefährlicher Abfall)
- AS 18 01 02 (Körperteile und Organe sowie Blutbeutel, sie gelten ebenfalls nicht als gefährlicher Abfall, sind aber separat zu sammeln und zu verbrennen)
- AS 18 01 03* (Abfälle, die mit meldepflichtigen Krankheitserregern kontaminiert sind, sie gelten als gefährlicher Abfall und sind in zugelassenen Anlagen zu verbrennen oder nach

zertifizierten Verfahren zu desinfizieren)

- AS 18 01 04 (alle anderen Abfälle aus der Patientenversorgung: mit Blut, Sekreten bzw. Exkreten behaftete Abfälle wie Verbände, Einwegwäsche, Stuhlwindeln, Einwegartikel etc. Diese gelten als nicht gefährlicher Abfall.)

Grundlage für den Umgang mit diesen Abfällen und die Zulassung bzw. behördliche Überwachung der Abfallentsorgung ist die durch die Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) herausgegebene Vollzugshilfe M18 (LAGA 2021). Für Abfälle des AS 18 01 04, dem mit knapp 52 % aller Abfälle aus dem Krankenhaus relevantesten Abfallstrom, formuliert die Vollzugshilfe: „Eine Sortierung oder stoffliche Verwertung von Abfällen des AS 18 01 04 ist unter hygienischen Gesichtspunkten grundsätzlich zu untersagen.“ Diese Regelung stellt ein zentrales Hemmnis für die Kreislaufführung von Krankenhausabfällen dar. Sie steht daher aktuell stark in der Diskussion, und es hat sich bereits eine Initiative mit dem Ziel der kreislaufforientierten Fortschreibung der LAGA M18 gebildet. Aus technischer Sicht ist eine Kreislaufschließung für Werkstoffe in den AS 18 01 03 und 04 bereits heute problemlos möglich, wenn Arbeitsschutzanforderungen wie die Infektiosität der Abfälle und das Verletzungsrisiko beherrscht werden können. Davon kann bei der Verbindung von bewährten Desinfektionsverfahren wie Autoklavierung mit mechanischer Aufbereitungs- und Robotertechnik ausgegangen werden. Leider behindert die derzeitige Rechtslage in diesem Bereich umweltfreundliche Neuentwicklungen, die über einzelne Modellvorhaben hinausgehen – wie etwa die unternehmensspezifische Getrennterfassung spezifischer komplexer Produkte wie Endocutter oder Stapler oder die Sterilisierung von nicht infektiösen Einweg-OP-Ins-

trumenten, die ein mechanisches Recycling mit Wiederverwertungsraten von 80 % ermöglichten.

Fazit: Es braucht interdisziplinäre Kooperation und Forschung.



Trotz jahrzehntelanger kreislaufwirtschaftlicher Entwicklungen in Deutschland fehlt bis heute ein praxiserprobtes und klimafreundliches Entsorgungssystem für Abfälle aus dem Gesundheitsbereich, das sowohl die Anforderungen der Nutzerinnen und Nutzer als auch der Entsorgungswirtschaft überzeugend miteinander verbindet. Die Leistung der Entsorgungswirtschaft wiederum ist von der Gestaltung der Produkte und Geschäftsmodellen wie Rücknahmeangeboten der Medizinproduktehersteller abhängig. Unternehmensspezifische Rücknahme- und Recyclinglösungen werden hierbei weder ökonomisch noch technisch tragfähig sein: Für klimaschonende Kreislaufwirtschaft im Krankenhaus müssen

alle Stakeholder der gesundheitswirtschaftlichen Wertschöpfungskette zusammenarbeiten.

Modellhaft wird eine solche Zusammenarbeit im Rahmen des Forschungsprojekts MEiK (Medizinische Einmalgebrauchsprodukte in der Kreislaufwirtschaft - Wege von der Beseitigung zur stofflichen Verwertung) erprobt, das vom jetzigen Bundesministerium für Wirtschaft und Energie für drei Jahre gefördert wird.

Die Forschungsstelle Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen an der Hochschule Pforzheim koordiniert dieses Verbundvorhaben von Medizinprodukte-Herstellern, Entsorgern, Krankenhäusern und Hochschulen, in dem die Prozesse rund um die Abfallentstehung im Krankenhaus von der Produktentstehung bis zur Entsorgung untersucht werden. Eines der zentralen Ziele des Vorhabens ist es, kreislaufwirtschaftliche Basisdaten zu erheben, deren Klimawirkung zu quantifizieren und die Prozesse rund um die Schnittstelle, an der das Produkt zum Abfall wird, zu analysieren, um nutzergerechte Vermeidungs- und Entsorgungslösungen zu entwickeln. Aktuelle Zwischenergebnisse zum Vorhaben finden sich unter www.hs-pforzheim/meik.

Die Literatur zum Beitrag finden Sie hier:



DOI: 10.3936/dmm_artid47763335



Prof. Dr. phil. Anne-Kathrin Cassier-Woidasky
Professur für Pflegewissenschaft,
Universität Trier
Teilprojektleitung MEiK, htw saar

Franziska Zecha, M. Sc.
wissenschaftliche Mitarbeiterin
Forschungsstelle Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen,
Hochschule Pforzheim

Anton Vielsack M. Sc.
wissenschaftlicher Mitarbeiter
Forschungsstelle Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen,
Hochschule Pforzheim

Prof. Dr. Tobias Viere
Projektleiter
wissenschaftlicher Mitarbeiter
Forschungsstelle Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen,
Institut für Industrial Ecology
Hochschule Pforzheim

Prof. Dr.-Ing. Jörg Woidasky
Projektleiter, Direktor der Forschungsstelle
Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen,
Institut für Industrial Ecology
Hochschule Pforzheim

Kontakt a.cassier-woidasky@htwsaar.de

Im MEiK-Projekt erforschen wir, mit welchen Veränderungen Einwegabfälle in Krankenhäusern reduziert werden können, um nachhaltige Prozessveränderungen zu fördern. Dazu untersuchen wir Einfluss und Interessen der relevantesten Stakeholder im Gesundheitswesen. Bitte unterstützen Sie uns mit Ihrer Einschätzung in der Umfrage „Interessen und Einfluss bei der Umsetzung der Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen“.

<https://survey.htwsaar.de/537474?lang=de>

Vielen Dank!





Foto: KI

Green Hospital

Wenn Pflege und Kliniken gemeinsam ökologisch denken

Nadja Körner, Petra Wihofszky, Christian Mazurek, Kristina Kelm

Ein typischer Montagmorgen auf der kardiologischen Station: um 07:00 Uhr beginnt der Frühdienst mit einer knappen Übergabe. Sie, eine erfahrene Pflegefachperson, bereiten sich mit Ihrer Auszubildenden auf die Versorgung von Herrn K. vor. Herr K. musste aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung vor fünf Tagen operiert werden und benötigt eine vollständige Körperpflege im Bett. Die Materialliste ist lang: Einmalhandschuhe, Stoffwaschlappen, Einmalwaschlappen, Handtücher, Inkontinenzmaterial, Waschschüssel, Seife, Desinfektionsmittel usw. Nach einer guten halben Stunde haben Sie Herrn K. versorgt und räumen auf. Ein halbvoller Müllbeutel – nach gerade einmal einem Patienten. Das stimmt Sie beide nachdenklich. Die Auszubildende blickt Sie fragend an: „Das kann doch nicht sein. Wie lässt sich das reduzieren?“

Dieses Szenario ist kein Einzelfall. Jeden Tag entstehen sechs Kilogramm Abfall pro Patient*in in deutschen Krankenhäusern. Und somit das Vierfache der Normalbürger*innen (Lenzen-Schulte, 2019). Das ist nur eines von vielen Beispielen, wie ressourcenintensiv die Gesundheitsversorgung der Menschen ist.

In Deutschland sorgt das Gesundheitswesen so für 5,2 % der jährlichen Treibhausgasemissionen. Der Sektor, der eigentlich für den Schutz und die Förderung der Gesundheit zuständig ist, trägt also paradoxerweise zur Klimakrise bei. Diese wird als größte Gesundheits-

bedrohung des 21. Jahrhunderts bezeichnet (WHO, 2018). Darüber hinaus besteht ein starker Zusammenhang zwischen dem Klima-Fußabdruck und den Gesundheitsausgaben eines Landes. Im Allgemeinen gilt: Je höher die Ausgaben, gemessen als Prozentsatz des Bruttoinlandsprodukts (BIP) eines Landes, desto höher sind die Pro-Kopf-Emissionen im Gesundheitswesen dieses Landes. Darauf sollte nicht nur in Form von Kuratation der durch die Klimakrise und ihren Ursachen Erkrankten, Verletzten oder Sterbenden reagiert werden, sondern auch mit Prävention und radikaler Reduktion der eigenen Emissionen.

Planetary Health

Planetary Health ist ein gesundheitswissenschaftliches Konzept, das die wechselseitige Abhängigkeit zwischen menschlicher Gesundheit und der Stabilität natürlicher Systeme beschreibt. Das Wohlergehen der Menschheit kann langfristig nur durch die Bewahrung planetarer Grenzen, z. B. Klimastabilität und Artenvielfalt, gesichert werden. Dieser systemische Ansatz erweitert das traditionelle Gesundheitsverständnis: nicht nur individuelle medizinische Faktoren, sondern auch politische, soziale und ökologische Rahmenbedingungen bestimmen Gesundheitsoutcomes.

Es ist eine Herausforderung Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Pflegefachpersonen kommt hier eine Schlüsselrolle (Changemaker) zu. Sie gestalten täglich Prozesse, die unmittelbare Auswirkungen auf die Umwelt haben: vom Materialverbrauch über Energieeffizienz bis zur Patient*innenberatung. Der ICN-Ethikkodex unterstreicht diese Verantwortung und fordert sie explizit auf, sich nicht nur für die Gesundheit der und des Einzelnen, sondern auch für die des Planeten (Planetary Health) einzusetzen. Konkret bedeutet das: Klimaschutzmaßnahmen beschleunigen und umweltschädliche Praktiken reduzieren. Diese doppelte Verantwortung ist kein Zusatzauftrag, sondern Kern des professionellen Handelns (ICN, 2024, 2021).

Changemaker

Changemaker sind zentrale Akteur*innen gesellschaftlicher Transformationsprozesse. Sie übersetzen komplexe Herausforderungen, wie die Klimakrise oder soziale Ungerechtigkeit, in konkretes Handeln, sensibilisieren die Menschen und bewegen sie zum Mitgestalten. Damit verbinden sie individuelle Verantwortung mit systemischer Wirkung und tragen so zu einer nachhaltigen Zukunft bei. Pflegefachpersonen sind prädestiniert für diese Rolle, da sie ein hohes Vertrauen in der Bevölkerung genießen und Zugang zu allen Gesellschaftsschichten und vulnerablen Gruppen haben. Sie können die Menschen direkt in ihren Lebenswelten erreichen, deren Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigen und sie aktiv auf dem Weg zu einem gesünderen und nachhaltigeren Leben begleiten.

Projekt Naht

Das Verbundprojekt „Naht - Nachhaltiges Handeln in der pflegeberuflichen Bildung: Curriculare Integration von Planetary Health und digitaler Kompetenz“ der Hochschulen Esslingen, Bielefeld und Hannover setzt genau hier an. Im Projekt wird digitales Lehr- und Lernmaterial auf Basis des evidenzbasierten NursusTOOLKIT (<http://www.nursus.eu/de/>) entwickelt. Dieses adressiert Praxisanleitende der Pflege in Fort- und Weiterbildungen. Durch die Zusammenarbeit mit regionalen Bildungsträgern und Pflegeeinrichtungen werden Praxisanleitende geschult, um Nachhaltigkeitsprinzipien in ihre praktischen Anleitungen zu integrieren.

Das NahtToolkit besteht aus sechs Modulen, in denen der Zusammenhang von Planetary Health, Nachhaltigkeit und Pflege behandelt wird. Das erste Modul stellt das Grundlagenmodul dar und ist für die Teilnehmenden verpflichtend, da hier in das Themenfeld eingeführt wird. Die Module 2 bis 6 sind Vertiefungs-

module und können je nach Interessenschwerpunkt gewählt werden.

- Modul 1: Klimakrise und Gesundheit im Kontext der Pflege und Praxisanleitung
- Modul 2: Nachhaltigkeit und Hygiene im pflegerischen Handeln anleiten
- Modul 3: Nachhaltigkeit in pflegerischen Mentoringgesprächen anleiten
- Modul 4: Ressourcenschonendes pflegerisches Handeln anleiten
- Modul 5: Pflegerisches Handeln bei Hitze anleiten
- Modul 6: Pflegerisches Handeln bei klimabedingten Erkrankungen anleiten

Das Projekt zielt darauf ab, 1. Praxisanleitende durch maßgeschneiderte Fort- und Weiterbildungen für die Vermittlung von Nachhaltigkeitskompetenzen zu qualifizieren, 2. Planetary-Health-Inhalte curricular zu verankern und 3. aus den Projekterfahrungen praxisrelevante Empfehlungen für die Pflegebildung abzuleiten. Damit werden sowohl individuelle Fähigkeiten als auch strukturelle Grundlagen für nachhaltiges Handeln in der Pflege gestärkt.

Zwei der regionalen Praxispartner sind das Klinikum Stuttgart und das Marienhospital Stuttgart. Beides sind renommierte Krankenhäuser der Maximalversorgung mit besonderem Engagement im Bereich Nachhaltigkeit.

Das Klinikum Stuttgart ist nicht nur das größte Haus der Maximalversorgung in Baden-Württemberg mit rund 3.000 Pflegefachpersonen, sondern auch ein Vorreiter in Sachen Nachhaltigkeit. Dies belegt unter anderem die Auszeichnung mit dem Deutschen Nachhaltigkeitspreis 2024. Das Klinikum versteht sich ausdrücklich als gesellschaftlicher Verantwortungsträger und integriert Nachhaltigkeitsprinzipien sowohl im Klinikalltag als auch in seiner strategischen Ausrichtung.

Zitat von Herrn Christian Mazurek, Referent Pflegedirektion, Klinikum Stuttgart: „Das Klinikum Stuttgart hat Nachhaltigkeit als eines seiner zentralen Unternehmensziele definiert. Es strebt sozial, ökologisch und wirtschaftlich verantwortungsbewusstes Handeln an und möchte als größter Maximalversorger in Baden-Württemberg eine Vorreiterrolle übernehmen. Dabei orientiert sich das Klinikum an der WIN-Charta, die Unternehmen verpflichtet, Verantwortung für nachhaltiges Handeln zu übernehmen und einen Beitrag zum Klimaschutz zu leisten. Nachhaltigkeit umfasst für das Klinikum nicht nur den Schutz natürlicher Ressourcen und die Schonung der Umwelt, sondern auch einen respektvollen, gleichberechtigten Umgang mit Menschen. Darüber hinaus wird der kontinuierliche Versorgungsauftrag des Klinikums sichergestellt, um eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Dabei koordiniert die Stabstelle Nachhaltigkeit alle Aktivitäten des Nachhaltigkeitsmanagements, überprüft bestehende Projekte auf Nachhaltigkeitsaspekte und informiert die Geschäftsbereiche über

neue Trends, um zukunftsorientierte Projekte zu fördern.“

Ebenso engagiert zeigt sich das Marienhospital Stuttgart mit 700 Pflegefachpersonen. Hier hat sich unter der Leitung der Nachhaltigkeitsbeauftragten des Hauses, ein interdisziplinärer Arbeitskreis Nachhaltigkeit gebildet. Angeregt durch die globalen Diskussionen auf dem UN-Klimagipfel COP 28, entwickelt das Team konkrete Maßnahmen für mehr Nachhaltigkeit im Krankenhausbetrieb. Von der Ressourcennutzung bis hin zu klimafreundlichen Prozessen.

Zitat von Frau Dr. Mihaela Berechet, Nachhaltigkeitsbeauftragte, Marienhospital Stuttgart: „Für ein christliches Krankenhaus wie das Marienhospital ist Nachhaltigkeit ein zentrales Leitprinzip. Es verkörpert die Verantwortung für die Bewahrung der Schöpfung und den achtsamen Umgang mit Ressourcen. Nachhaltiges Handeln bedeutet für uns, die Gesundheit der Patienten und Patientinnen zu fördern und zugleich die Umwelt für zukünftige Generationen zu schützen. Deswegen prägt ein achtsamer Umgang mit Menschen und Umwelt unsere Entscheidungen und zeigt unser Verständnis sowohl von Fürsorge als auch von Nachhaltigkeit.“

Projekt AN*NA

Beide Häuser befinden sich auf dem Weg, Nachhaltigkeit in der Krankenversorgung umzusetzen und beteiligen sich auch als Praxispartner im Projekt „AN*NA – Anschlussprojekt zu Naht“ aktiv. Eingebettet in den größeren Forschungsverbund KliBUp (Klimagesundheit in Lebenswelten), der Bottom-Up-Strategien zur Steigerung von Resilienz in Kita, Pflege und Kommune erforscht.

Unter der Leitung der Hochschule Esslingen knüpft AN*NA an das Projekt Naht an. Während Naht Nachhaltigkeitsideen im Pflegealltag generiert, schafft AN*NA nun den entscheidenden Brückenschlag: Es erforscht, wie par-

tizipative Strukturen geschaffen werden, welche die Bottom-Up-Ansätze der Pflegefachpersonen mit den Top-Down-Strategien des Krankenhausmanagements verknüpfen. Im Mittelpunkt steht die gemeinsame Entwicklung von Umsetzungsstrukturen, die wechselseitig wirken: von der Individual- auf die Organisationsebene und zurück. Damit werden Transformationsprozesse in Richtung Planetary Health angestoßen.

Der Dreiklang aus zum einen Partizipation ermöglichen, zum anderen Co-Benefits fördern und zum Dritten Nachhaltig handeln bildet das Herzstück von AN*NA (Abb. 1). Durch gezielte Begleitung und Evaluation werden das Klinikum Stuttgart und das Marienhospital Stuttgart dabei unterstützt, die in Naht entwickelten Vorschläge in die Tat umzusetzen. Dabei steht nicht nur die praktische Anwendung im Fokus, sondern auch die Analyse der Wechselwirkungen zwischen Nachhaltigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung (Co-Benefits).

Zitat von Kristina Kelm, Pflegedienstleitung, Marienhospital Stuttgart: „Um Nachhaltigkeit zu gestalten gibt es viele Ansatzpunk-

te. Pflege ist ein vielseitiger Beruf mit vielen Schnittstellen innerhalb eines Krankenhauses - daher ist die Berufsgruppe Pflege prädestiniert, das Thema Nachhaltigkeit in den verschiedenen Facetten im Klinikalltag in allen Bereichen aktiv zu gestalten. Die Beteiligung an dem Projekt AN*NA im Anschluss an Naht ist für uns naheliegend. Wir möchten, dass die Ergebnisse aus dem Projekt Naht nicht ins Stocken geraten, sondern wirklich im Klinikalltag ankommen und gelebt werden.

Uns gefällt der Bottom-Up-Ansatz in dem Projekt AN*NA. Mitarbeitende

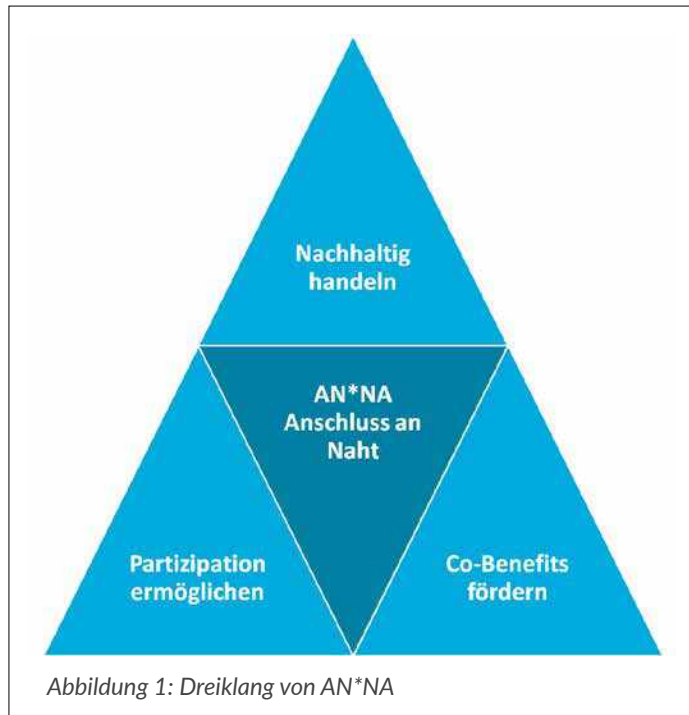


Abbildung 1: Dreiklang von AN*NA

Co-Benefits

Co-Benefits beschreiben die wechselseitigen positiven Nebeneffekte zwischen nachhaltigen, präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Das heißt, Maßnahmen zur Reduktion der Umweltzerstörung haben positive Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit oder umgekehrt Gesundheitsförderungsmaßnahmen tragen zum Umweltschutz bei. Eine einzige Maßnahme adressiert gleichzeitig ökologische und gesundheitliche Ziele. Als Beispiel: Eine pflanzenbetonte Ernährung mit reduziertem Fleischkonsum senkt nicht nur das individuelle Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern trägt auch zur Verringerung von Treibhausgasemissionen bei, da weniger Nutztierhaltung erforderlich ist.

zu beteiligen und sie mit Ihren Themen und Vorschlägen anzuhören und ernst zu nehmen, entspricht unserem Führungsverständnis. Wir sind davon überzeugt, dass mit diesem Ansatz Maßnahmen akzeptierter, ergebnisorientierter und gewinnbringender umgesetzt werden.“

Zitat von Christian Mazurek, Referent Pflegedirektion, Klinikum Stuttgart: „Das Naht-Projekt hat im Bereich der Praxisanleitung am Klinikum Stuttgart bereits erste Erfolge erzielt, indem es das Bewusstsein für die Klimakrise und seine Auswirkungen auf das tägliche Leben, insbesondere im Gesundheitsbereich, geschärft hat. Im Rahmen des partizipativen AN*NA-Prozesses werden nun in enger Zusammenarbeit mit der Versorgungspraxis konkrete Maßnahmen ergriffen, um die Strukturen nachhaltig zu verbessern. Neben Kolleg*innen aus der direkten Versorgung an den Patient*innen im Pflegebereich sind auch zentrale Praxisanleitende, das Pflegemanagement, die Stabstelle Nachhaltigkeit und der betriebsärztliche Dienst aktiv in den Prozess eingebunden.

In einem Pilotbereich am Klinikum Stuttgart sollen Workshops und Fortbildungen durchgeführt werden, die darauf abzielen, die Kolleg*innen in der Praxis für das Thema Nachhaltigkeit zu sensibilisieren. Dabei sollen sie befähigt werden, einen reflektierten Blick auf die ökologischen und sozialen Aspekte ihres Handelns zu entwickeln. Ziel ist es, die Teilnehmenden zu ermutigen, ihre eigenen Ideen zur Förderung der Nachhaltigkeit einzubringen und diese im Alltag umzusetzen. Der partizipative Ansatz fördert die aktive Mitgestaltung und trägt dazu bei, dass nachhaltige Veränderungen nicht nur theoretisch, sondern praktisch in den Arbeitsalltag integriert werden.“

Durch diesen Ansatz wird sichergestellt, dass die in Naht erworbenen Kompetenzen nicht isoliert bleiben, sondern in konkretes nachhaltiges Handeln münden. AN*NA fungiert somit als Katalysator, der die Lücke zwischen Wis-

sen und Praxis schließt und zeigt, wie partizipative Ansätze dabei unterstützen, mittel- und langfristige Veränderungen zu bewirken.

Wie ließe sich nun die Frage Ihrer Auszubildenden vom Anfang beantworten?

Sie sind zurück auf Station, nachdem Sie die Naht-Fortbildung besucht haben. In den Modulen hatten Sie viel Gelegenheit sich mit Kolleg*innen auszutauschen. Zum Thema Abfall erarbeiteten Sie gemeinsam Lösungsansätze: Konsequente Mülltrennung und Strategien zur Müllvermeidung. Sie analysierten, wo im Pflegehandeln Material eingespart oder auf nachhaltige Alternativen umgestellt werden kann. Sie hinterfragten auch, ob es bestimmte Materialien überhaupt benötigt und versuchten „Outside of the Box“ zu denken.

Heute besprechen Sie das mit Ihrer Auszubildenden während Sie den Pflegewagen vorbereiten: „Lass uns nur so viel vorbereiten, wie wir wirklich brauchen. Falls uns etwas ausgeht, können wir das noch aus dem Wagen holen. Für Plastikmüll habe ich uns eine Extratüte drangehängt, damit das nicht im Restmüll landet“. Ihre Auszubildende zögert beim Auspacken der Einmalhandschuhe: „Was ist damit?“. „Das prüfen wir heute. In welchen Situationen brauchen wir Handschuhe und wie können wir eine gute Routine mit reduziertem Handschuhwechsel und -verbrauch etablieren?“, lautet Ihre Antwort.

Nach der Versorgung von Herrn K. sehen Sie bereits einen ersten Erfolg: der Müllbeutel ist nur noch zu einem Viertel gefüllt.

Dieses Ergebnis wollen Sie gern aktiv im Projekt AN*NA einbringen, damit Ihre Kolleg*innen, Ihre Station und das gesamte Krankenhaus von Ihren Ideen und Erfahrungen profitieren können.

Change is now – denn Nachhaltigkeit im Krankenhaus entsteht nicht durch Warten, sondern durch Handeln. ■



Nadja Körner (Pflegewissenschaft M.A., Pflegepädagogik B.A.)

Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen in den Projekten Naht und AN*NA. Nadja.koerner@hs-esslingen.de



Prof. Dr. P.H. Petra Wihofszky

Sie ist Professorin an der Hochschule Esslingen im Gebiet Gesundheitswissenschaften mit Schwerpunkt Pflege.



Christian Mazurek (Pflege B.Sc.)

Er ist Referent der Pflegedirektion am Klinikum Stuttgart.



Kristina Kelm (Pflege/Pflegemanagement B.A.)

Sie ist Pflegedienstleitung am Marienhospital Stuttgart.

Die Literatur zum Beitrag finden Sie hier:



DOI: 10.3936/dmm_artid47763321

Hitzeprävention für ältere Menschen als zugehender Unterstützungsansatz

Der nächste Sommer kommt.

Michael Cirkel & Peter Enste

„Ich habe Angst vor der nächsten Hitzewelle“, so Frau G.. Sie ist 72 Jahre alt, körperlich fit, fährt Fahrrad, geht spazieren und nimmt nur ein Medikament. Aufgewachsen ist sie auf dem Land, „da gab es auch heiße Phasen, aber es kühlte sich nachts immer ab“. Das hat sich geändert, seit sie in ihrer Eigentumswohnung wohnt, am Stadtrand, im siebten Stock: „Wir haben ein Flachdach, das Haus ist nicht gedämmt und wir haben keine Möglichkeit, Rollläden anzubringen. Im Sommer heizt sich die Wohnung auf, 34 Grad sind da keine Ausnahme.“

Grund genug für Frau G., sich auf den Aufruf zur Beteiligung an einem Hitzeschutzprojekt für ältere Menschen in Recklinghausen zu melden. Das Projekt hatte zum Ziel, Unterstützungsmaßnahmen für Senior*innen zur Hitzeprävention zu entwickeln, zu erproben und zu bewerten.

Den Anstoß gab der Seniorenbeirat der Stadt Recklinghausen, der hier enormen Handlungsbedarf sah, um insbesondere die ca. 6.000 über 80-Jährigen zu schützen. Aber es geht nicht allein um die individuelle Gesundheitsprävention. Eine Vielzahl von Rettungseinsätzen, Arztbesuchen und letztlich auch Sterbefällen könne nach Aussagen eines weiteren Projektpartners, des Deutschen Roten Kreuzes, vermieden werden, wenn hitzebedingte Gesundheitsgefahren von Angehörigen und Senior*innen ernst genommen würden und sich gerade die vulnerablen

Gruppen der Gesellschaft besser darauf vorbereiten würden. Das RKI schätzt die hitzeassoziierten Sterbefälle in Deutschland allein in den Sommern 2020 bis 2024 auf annähernd 18.000 Menschen (RKI 2024). Aufgrund der individuellen Risikofaktoren, der möglichen Interaktion unterschiedlicher Erkrankungen und der mangelnden Kategorisierung des Faktors Hitze, lassen sich jedoch hitzeassoziierte Einweisungen nur in sehr eindeutigen Fällen z.B. Hitzschlag (ICD T 67.0) quantifizieren. Einen Überblick über Studien zur Auswirkungen von Hitzeperioden auf die Morbidität bieten Wasem et al. (2018).

Als besondere individuelle Risikofaktoren werden neben dem erhöhten Alter vor allem Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme, psychische Störungen wie Demenz, mangelnde körperliche Fitness und fehlende Akklimatisierung identifiziert. Darüber hinaus spielen die Wohnverhältnisse und das Wohnumfeld eine Rolle, etwa durch innerstädtische Wärmeineffekte, Wohnungen im Dachgeschoß und prekäre Wohnsituationen in Kombination mit fehlenden Mitteln, um die Hitzebelastung zu senken. Ergänzend sei auch auf Un- oder Fehlinformiertheit sowie die soziale Lage z.B. soziale Isolation, hingewiesen. Die sozialen Faktoren sind insofern von Bedeutung, als dass sie zum einen wirksamen Hitzeschutz - sei es aus Mangel an finanziellen Ressourcen oder an Kenntnissen oder Einsicht - verhindern können, zum

ändern, weil starke Hitze außerhäusige Aktivitäten einschränkt und soziale Teilhabemöglichkeiten reduziert.

Studiendesign

Im Rahmen des vorliegenden Projektes wurde ein explorativer Ansatz gewählt, der mehrere Phasen umfasste. Ziel war es, ein Betreuungskonzept zu entwickeln und zu evaluieren, das dazu beiträgt gesundheitliche Schäden infolge großer Hitze in der Zielgruppe „Ältere Menschen“ zu minimieren. Dem lag die Annahme zugrunde, dass Hitzeperioden nach gegebenen Erkenntnissen nicht zu vermeiden sind und infolge des Klimawandels häufiger und länger auftreten werden als bisher. Daher gilt es die gesundheitsgefährdenden Auswirkungen großer Hitze durch individuelle Verhaltens- und Verhältnisprävention zu reduzieren. Damit sollte nicht nur die Mortalität reduziert werden, sondern vor allem auch das Gesundheitssystem durch die Vermeidung hitzeinduzierter Einweisungen entlastet werden. Die Entwicklung und Evaluierung des Konzepts erfolgte in drei Phasen.

- In der ersten Phase wurden sowohl gezielt Daten in Form von problemzentrierten Interviews erhoben, als auch Maßnahmen zur Information und Kommunikation der Zielgruppe durchgeführt. Parallel erfolgte die Gewinnung von Teilnehmenden für die 2. Phase.

- Diese 2. Phase umfasste ein durch qualifizierte Mitarbeiter*innen des Projektpartners DRK umgesetztes Betreuungskonzept. D.h. mit den eingeschriebenen Teilnehmenden wurde zunächst ein Erstgespräch im Rahmen eines Hausbesuches geführt, das der Erhebung von Grunddaten sowie dem gegenseitigen Kennenlernen diente. Bei Eintreten einer Hitzeperiode setzte die Betreuungsphase ein, die einen täglichen Telefonanruf umfasste und entsprechend dokumentiert wurde.
- Die 3. Phase umfasste Abschlussgespräche mit zufällig ausgewählten Teilnehmenden zur Bewertung der Intervention.

Ausgewählte Ergebnisse

Doch zurück zu Frau G.: sie stellt gewissermaßen die Blaupause für die Teilnehmenden dar. Von 50 über 65-Jährigen, die sich zunächst zur Beteiligung bereit erklärt hatten, blieben nach einem Jahr noch 23 Teilnehmende übrig, die verwertbare Aussagen lieferten. Bei diesen handelt es sich überwiegend um körperlich wie geistig fitte, sozial gut eingebundene und durchaus informierte Menschen, bei denen das Kriterium Vulnerabilität nur eingeschränkt galt. Obwohl nur 17 % der Teilnehmenden nicht unter einer chronischen Erkrankung litten und nur 4 % nicht auf regelmäßige Medikation angewiesen waren, waren mit einer Ausnahme alle Befragten mit ihrem Gesundheitszustand und ihrer Lebenssituation zufrieden. Trotz alledem gaben nur 26 % an, keinerlei Schwierigkeiten mit Hitzephasen zu haben. Der überwiegende Teil fühlte sich eingeschränkt oder belastet und hatte bereits schlechte Erfahrungen mit Hitzeereignissen machen und hitzebedingte Einbußen ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen. Die Interviews zeigten auch, dass der überwiegende Teil der Teilnehmenden nicht ausreichend über die gesundheitlichen Risiken von Hitzewellen informiert waren. Insbesondere die Wechselwirkungen zwischen Hitze, chronischen Erkrankungen und Medikamenten waren nicht bekannt. Eine Aufklärung über diese Zusammenhänge von Seiten der professionellen Gesundheitsdienstleister, seien es Hausärzt*innen, Pflegekräfte oder Apotheker*innen erfolgte nur in sehr wenigen Fällen.

Dazu noch einmal Frau G.: *„Hitze gab es ja schon immer und es war ja auch schön. Früher hatten wir dann Hitze-frei, man konnte sich leichter anziehen und war in der Freizeit viel mehr draußen und die ganze Laune war besser als bei Kälte. Auch im Urlaub sind wir lieber ins Warme gefahren wo es nicht regnet.“*

Es zeigt sich, dass zwischen den konkreten Fragen in der aktuellen Situation und der allgemeinen Bewertung Hitzephänomene teilweise völlig unterschiedlich, sogar widersprüchlich wahrgenommen werden. Je tiefer man in den biographischen Interviews in das Thema einstieg, umso deutlicher wurde, dass

Hitze nicht nur ein naturwissenschaftliches, sondern ein soziales Phänomen ist. Trotz aller Fakten, die das gesundheitsgefährdende und sogar tödliche Potenzial von Hitzeereignissen belegen, wird Hitze als etwas Positives empfunden. Diese Pfadabhängigkeit ist tief verwurzelt und hat sich trotz unterschiedlicher individueller Biographieverläufe bei allen Befragten so verfestigt, dass eine negative Umdeutung fast unmöglich und bestenfalls zum Zeitpunkt eines Extremhitzeereignisses kurzfristig akzeptiert wird. Dies wird verstärkt durch einen gesellschaftlichen Konsens, der sich in medialer Berichterstattung, Werbung und Unterhaltungssendungen manifestiert und Hitze mit Freizeit, Urlaub, Entspannung, gutem Leben u.ä. in Verbindung bringt.

Dennoch, oder vielleicht auch gerade deshalb, wurde die zugehende Unterstützung in Form täglicher Anrufe während der Hitzeperiode, von allen Teilnehmenden als hilfreich empfunden, während ihnen nicht eingefallen wäre ein kommunales Hitzetelefon zu kontaktieren. Die Anrufe wurden durch die mitarbeitenden der Hausnotrufzentrale des DRK Kreisverbandes Recklinghausen durchgeführt und beinhalteten überwiegend einfache Hinweise zur Verhaltensanpassung wie z.B. rechtzeitiges Verschatten der Wohnung, richtiges Lüftungsverhalten und immer wieder die Erinnerung, ausreichend zu trinken. Die Telefonanrufe waren offen angelegt und führten immer wieder zu Gesprächssituationen, die in Dauer und Inhalt weit über das eigentliche Thema hinausgingen und sozial unterstützenden Charakter hatten. Die Erfahrungen mit der Betreuungsphase zeigten auch, das Gesundheit und Fitnesszustand subjektiv häufig höher eingeschätzt werden, als es bei objektiver Betrachtung der Fall ist. Diese Selbstüberschätzung wohnt ein Gefährdungspotenzial inne, dem nur durch höheres Maß an individueller Aufklärung entgegengewirkt werden kann und indem fortlaufend auf die Gefahren von übermäßiger Hitze hingewiesen wird.

Fazit

Die Ergebnisse aus dem Projekt bieten wertvolle Einblicke in die Erfahrungen älterer Menschen mit Hitzewellen und deren gesundheitliche Auswirkungen. Durch gezielte Maßnahmen zur Aufklärung, Anpassung der Wohnverhältnisse und Verbesserung kommunaler Strukturen können nicht nur die Lebensqualität älterer Menschen erhalten, sondern auch deren Gesundheit langfristig geschützt und die Resilienz gegenüber klimabedingten Phänomenen erhöht werden. Ein integrativer und zugehender Ansatz, der individuelle, gesellschaftliche und politische Dimensionen berücksichtigt, ist entscheidend, um den Herausforderungen des Klimawandels wirksam zu begegnen.

Aber nicht nur vulnerable Gruppen sind betroffen:

Auch bei objektiv gesunden Menschen kann langanhaltende Hitze zu gefährlichen Situationen führen und erfordert ein höheres Maß an individueller Aufklärung.

Hier sind auch die involvierten Gesundheitsdienstleister gefragt, allen voran die Hausärzt*innen aber auch Pflegekräfte, Apotheker*innen, Therapeut*innen u.a.m., fortlaufend auf die Gefahren von übermäßiger Hitze hinzuweisen. Denn auch das ist ein Ergebnis des Projektes: Hitze wird bagatellisiert, die entsprechenden Gefahren unterschätzt und ein nachhaltiger Bewusstseinswandel ist durch das einmalige Informieren nicht zu bewirken. Hitzeperioden, ebenso wie Unwetter, Überschwemmungen, Schneekatastrophen u.ä., wurden in der Regel als singuläre Phänomene betrachtet, die nicht dauerhaft im Bewusstsein verankert wurden, sondern vor allem unter dem Einfluss aktueller Ereignisse und Unglücke schnell verdrängt wurden. Je höher der Abstraktionsgrad des potenziellen Risikos, umso eher wurde es als nicht beeinflussbar durch aktuellere und konkretere Geschehnisse verdrängt.

Die bauliche Qualität der Wohnungen, insbesondere hinsichtlich der isolierenden Wirkung von Dach, Fenstern und Gebäudehülle sowie die Möglichkeit zur Verschattung, spielt eine entscheidende Rolle bei der Hitzewahrnehmung in der Wohnung. Mangelnde bauliche Maßnahmen können die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigen, lassen sich aber oftmals nicht von den Personen, die in den Wohnungen leben, beseitigen.

Obwohl die kommunalen Maßnahmen zur Hitzebewältigung im Allgemeinen positiv wahrgenommen werden, gibt es spezifische Bedenken bezüglich ihrer praktischen Umsetzung und Zugänglichkeit, insbesondere für ältere Menschen. Der im Projekt gewählte zugehen-

de Ansatz scheint ein guter Weg zu sein, um insbesondere vulnerable Menschen der höheren Altersklassen zu schützen und in Hitzeperioden zu unterstützen. Allerdings herrscht auch ein hohes Maß an Misstrauen und Unsicherheiten, nicht zuletzt durch Angehörige, die eine Inanspruchnahme behindern. Umso wichtiger ist es, durch fortlaufende Kommunikation und Information langfristig Vertrauen aufzubauen und die Seriosität eines solchen Angebotes durch die Einbindung bekannter und lokal verankerter Einrichtungen abzusichern.

Im Rahmen der vorliegenden Studie und auf Grundlage der Daten ist es nicht möglich, mehr als grobe Überlegungen zu den Ursachen und Funktionsweisen des Umgangs mit individuellen gesundheitlichen Risiken, angesichts einer objektiven und wiederkehrenden Gefährdungslage zu treffen und daraus Handlungsanleitungen abzuleiten. Die Tatsache, dass Information, Kommunikation und Vertrauen eine große Rolle spielen, ist deutlich geworden und an dieser Stelle sollten auf kommunaler und lokaler Ebene auch weiterhin Anstrengungen unternommen werden, genauso wie im Bereich einer klimaresilienten Stadtgestaltung. Wie jedoch auch die älteren Menschen zu erreichen sind, die über kein Gefährdungsbewusstsein und vermutlich auch keine Risikokompetenz, also die Fähigkeit, im Krisenfall richtig zu reagieren, verfügen, bleibt weiterhin offen. Hier stellt sich die Frage nach der Risikoeinsicht, den individuellen Voraussetzungen um Risiken zu beurteilen und zu bewerten, sich zielgerichtet über Risiken zu informieren und entsprechend zu handeln sowie nach dem Vertrauen in unterstützende Personen oder Organisationen. Diese Fragen wären Gegenstand einer Untersuchung, die noch weit stärker auf die individuellen Präferenzen und subjektiven Verhaltensweisen abzielt.

Das Schlusswort soll aber noch einmal Frau G. überlassen werden: *„Zuerst dacht ich ja, das ist nichts für mich, ich bin ja nicht pflegebedürftig, aber vielleicht hilft es anderen. Dann habe ich aber gemerkt, Mensch, da kannst du noch was lernen zum Beispiel das mit den Medikamenten, das wusste ich überhaupt nicht... und dann wusste ich ja, wenn es heiß wird, wirst du angerufen und da habe ich dann immer schon eine Flasche Wasser rausgestellt, damit ich nicht vergesse, genug zu trinken“.* ■



Michael Cirkel

Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität des Instituts Arbeit und Technik. Er beschäftigt sich mit sozialen und ökonomischen Fragen des demografischen Wandels, des Wohnens und der altersgerechten Quartiersentwicklung sowie der Akzeptanz neuer Technologien in der alternden Gesellschaft.



Dr. Peter Enste

Er leitet den Forschungsschwerpunkt „Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität“. Momentan arbeitet er an ethischen, rechtlichen und sozialen Fragestellungen (ELSI) im Kontext der Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft, den Auswirkungen von sozialen Ungleichheiten auf die individuelle Gesundheit und an Methoden zur partizipativen Technikentwicklung von älteren Menschen.

Die Literatur zum Beitrag finden Sie hier:

DOI: 10.3936/dmm_artid47763325



Hitze trifft Erschöpfung

ME/CFS und Long COVID-Betroffene im Klimawandel

Jacqueline Ludwig & Jette Lange

Die Klimakrise in Österreich ist nicht nur eine ökologische und ökonomische Herausforderung, sondern zunehmend eine Belastung für die menschliche Gesundheit. Steigende Temperaturen, häufigere Hitzewellen und instabile Wetterlagen wirken sich direkt auf den Gesundheitszustand vulnerabler Gruppen aus. Laut Huppmann et al. gehören dazu „Menschen, die im Freien arbeiten, ältere Menschen und jene mit niedrigem sozioökonomischem Status“. In der öffentlichen und institutionellen Wahrnehmung weniger präsent ist eine weitere betroffene Gruppe: Menschen mit chronischen Erkrankungen wie ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) und Long COVID, sowie deren pflegende Angehörige.

Der vorliegende Beitrag basiert auf Nebenerkenntnissen aus dem Forschungsprojekt ‚Klima und Gesundheit im Kontext informeller Pflege‘, in dem die Auswirkungen des Klimawandels in diesem Versorgungsbereich untersucht werden. Im Fokus des Projekts stehen pflegende Angehörige und 24-Stunden-Betreuungskräfte, deren Erfahrungen mit klimabedingten Belastungen bisher kaum wissenschaftlich erfasst wurden. Ziel ist es, diese Belastungen sichtbar zu machen und konkrete Unterstützungsbedarfe zu identifizieren. Das Forschungsdesign kombiniert qualitative Interviews, partizipative Workshops

sowie die Entwicklung einer App, die mit alltagsnahen Pflegetipps, interaktiven Wissensformaten und mehrsprachigen Inhalten speziell auf die Bedürfnisse informeller Pflege- und Betreuungspersonen während Hitzewellen zugeschnitten ist. So sollen die digitale Gesundheitskompetenz gestärkt und praktische Hilfestellungen im Pflegealltag bereitgestellt werden. Im Rahmen dieses Projekts wurden auch pflegende Angehörige interviewt, die Kinder oder Partner*innen mit ME/CFS und Long COVID versorgen, und ihre Erfahrungen mit Hitze und Temperaturschwankungen erfasst.

**...wir haben ein Jahr lang
gebraucht, um einen Arzt
zu finden, der uns die
Krankheit erklärt und dem
nicht wir die Krankheit
erklären.** (Transkript-Ang-11, Pos. 27)

In diesem Beitrag werden sowohl ME/CFS- bzw. an Long COVID Erkrankte sowie deren pflegende Ange-

hörige als ME/CFS- und Long COVID-Betroffene bezeichnet, da auch die pflegenden Angehörigen über die Einschränkungen im täglichen Leben betroffen sind. Der Beitrag soll Angehörige von Gesundheitsberufen für diese Personengruppen und ihre Belastungen sensibilisieren. Im Rahmen ihrer edukativen Aufgaben sollten Gesundheits- und Pflegefachpersonen auch Hilfestellung für ME/CFS- und Long COVID-Betroffene geben und diese vor dem Hintergrund immer häufiger vorkommender Hitzewellen schulen und anleiten.

ME/CFS und Long COVID

ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) ist eine komplexe neuroimmunologische Erkrankung, die mit einer tiefgreifenden Erschöpfung, Dysregulation des autonomen Nervensystems, kognitiven Einschränkungen („Brain Fog“) sowie ausgeprägter Reiz- und Belastungsintoleranz einhergeht. Viele Betroffene reagieren besonders sensibel auf körperliche, kognitive und sensorische Reize. Die Erkrankung ist in vielen Fällen langfristig oder dauerhaft einschränkend. Long COVID hingegen umfasst anhaltende oder neu auftretende Beschwerden, die länger als vier Wochen nach einer akuten COVID-19-Erkrankung bestehen. Dazu zählen unter anderem Fatigue, Atemnot, Konzentrationsstörungen, Tachykardie, aber auch Belastungsintoleranz. Ein Teil der Betroffenen entwickelt im Verlauf ein klinisches Bild, das den Kriterien für ME/CFS entspricht – insbesondere, wenn die Belastungsintoleranz dauerhaft vorhanden ist. Long COVID lässt sich daher als postvirales Syndrom mit Überschneidungen zu ME/CFS verstehen.

Die Diagnostik von ME/CFS erscheint schwierig und Schätzungen gehen mit einer hohen Dunkelziffer einher. In Österreich wird der Anteil der Betrof-

fenen an der Gesamtbevölkerung aktuell auf ca. 0,7 % bis 0,8 % geschätzt. Bei einer Bevölkerung von rund 9,2 Millionen sind das etwa 73.600 Personen, darunter etwa 47.800 mit moderatem Verlauf und 14.700 mit schwerem bis sehr schwerem Krankheitsverlauf; Tendenz steigend.

Belastungen von ME/CFS- und Long COVID Betroffenen

Die Interviewaussagen aus unserem Forschungsprojekt zeigen, dass sich diese klimatischen Auswirkungen konkret im Versorgungsalltag manifestieren. Die pflegenden Angehörigen berichten, wie klimabedingte Auswirkungen, vor allem die Hitze, Einfluss auf die Erkrankung nimmt, aber auch von eigenen starken Belastungen und von fehlender Unterstützung bis hin zu Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem.

Hitze und Temperaturschwankungen

Zwar gehören Probleme mit Hitze, Kälte und Temperaturschwankungen nicht zu den dominanten Charakteristika bei ME/CFS, sie werden jedoch häufig als Begleitsymptome beschrieben. Steigende Temperaturen und zunehmend instabile Wetterlagen in Österreich, insbesondere mit schnellen Temperaturwechseln, können direkt zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen und damit auch den Pflegealltag sowie die Belastung der pflegenden Angehörigen erheblich beeinflussen. Die pflegenden Angehörigen von ME/CFS- und Long COVID-Erkrankten schildern in den Interviews eine ausgeprägte Schwäche, Kraftverlust, Schlafstörungen und das Risiko eines sogenannten „Crashes“ während heißer Tage bei diesen:

„Also die Hitze macht sie schwach. Es ist für sie als wie wenn sie aufstehen würde und selbständig herumgehen würde ja, sie merkt einfach, dass sie dadurch Energie verliert und Kraft

verliert. [...] schlechter Schlaf. Äh, schwitzen, wenn man die ganze Zeit im Bett liegt und trotzdem schwitzt, ist auch nicht unbedingt angenehm.“ (Ang-11, Pos. 35)

Darüber hinaus berichten Angehörige von einer ausgeprägten Dysregulation der Körpertemperatur bei Betroffenen. Diese kann sich in paradoxem Kälteempfinden trotz extremer Hitze äußern, was die Pflege zusätzlich erschwert. Temperaturbedürfnisse wechseln plötzlich. Das verlangt von den pflegenden Angehörigen ständige Aufmerksamkeit, hohe Reaktionsbereitschaft und die Fähigkeit zur schnellen Einschätzung der Lage.

„Temperaturveränderungen beziehungsweise Hitze verschlechterte Symptome total ja und ist auch immer wieder eine Gefahr eines Crashes [...] Es geht schon wenn's an die 30 Grad zugeht, wird es schon schwierig. Je nach momentaner Verfassung, aber über 30 Grad kann man das Haus eigentlich nicht mehr verlassen“ (Ang-04, Pos. 11)

„...dass [meiner Tochter] ihre Temperaturregulierung überhaupt nicht funktioniert. Man muss sich das so vorstellen an einem Tag wie heute, wo es extrem heiß ist und jeder nur daran denkt, dann mit einem Tanktop das Haus zu verlassen, musste sich dann [meine Tochter] oft mit einer Wollweste noch anziehen und bekleiden und hat sogar Wollstiefel verwenden müssen, einfach weil ihr sonst viel zu kalt war. Und das schwierig ist, dann zu beobachten. Wann kippt das? Weil dann kann es wieder ins andere Extrem fallen. Das heißt, ich muss dann wieder schauen, dass sie gekühlt wird.“ (Ang-09, Pos. 23)

„Auswirkungen von den heißeren Temperaturen auf die Gesundheit ist eigentlich das, womit ich mich hauptsächlich beschäftige, weil es ja meine Lebensgefährtin betrifft.“ (Ang-11, Pos. 11)

Was für gesunde Menschen ein heißer Sommertag ist, bedeutet für pflegende Angehörige eine ständige Gratwanderung.



Sie müssen permanent reagieren, auf Symptome achten, Kleidung wechseln, für Abkühlung sorgen – und das oft ohne pflegerische Unterstützung oder Anleitung. Der Zusammenhang zwischen Klimabelastung und ME/CFS-Symptomen ist damit auch ein pflegerisches Thema.

Emotionale Belastungen und institutionelles Misstrauen

Die Interviews zeigen, dass die intensive Betreuung, insbesondere bei Betroffenen mit ausgeprägter Symptomatik, mit emotionalen, physischen und finanziellen Belastungen für informell Pflegende einhergehen kann. Diese Bedingungen wirken sich spürbar auf das Leben der pflegenden Angehörigen aus: Sie sind zeitlich stark eingeschränkt, bis hin, dass die eigene Berufstätigkeit reduziert oder ganz aufgegeben wird.

„Mir sagt meine Therapeutin immer und auch meine Ärzte sagen mir immer, ja man, man darf die eigenen Bedürfnisse nicht außer Acht lassen und man muss auf die eigenen Bedürfnisse schauen und ich sag dann immer ja, das ist eh nett, aber wann soll ich mir die Zeit dafür nehmen [...] Also ich hab dann den einen Tag zwar die Entlastung, dafür hab ich am nächsten Tag die Doppelbelastung, weil alles, was ich am Vortag nicht gemacht hab muss ich trotzdem machen.“ (Transkript-Ang-11, Pos. 69)

Hier zeigt sich die Wertigkeit, welche Unterstützungsleistungen einnehmen können. Pflegende Angehörige vom ME/CFS- und Long Covid-Erkrankten agieren häufig im Verborgenen, ohne systematische Unterstützung oder gesellschaftliche Anerkennung. Das macht sie selbst zu einer mehrfach vulnerablen und bislang wenig beachteten Zielgruppe. Sie benötigen praktische Hilfen, gesellschaftliche Sichtbarkeit und institutionelle Anerkennung.

„Eine gute Unterstützung für mich wäre zu wissen, dass es im Gesundheitssystem Leute gibt an den Notfallambulanz in den Spitälern, die sich damit auskennen oder zumindest irgendwie sich ein bisschen damit beschäftigt haben, das ein bisschen ernst nehmen. Und ich im Notfall tatsächlich jemanden rufen kann, wenn ich mich selber nicht mehr in der Lage sehe, das zu händeln. Irgendwie im Vertrauen darauf, dass die dann dort nicht [...] immer nur dieselbe A bis Zding machen in ihrer Box und alles andere [...] nicht einmal anschauen wollen an Befunden“ (Ang-04, Pos. 107)

Die Erzählungen der pflegenden Angehörigen zeigen ein institutionelles Misstrauen – entstanden aus konkreten Erlebnissen mit einem Gesundheitssystem, das auf die Bedürfnisse chronisch erkrankter Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen oft nicht vorbereitet ist.



Statt Sicherheit empfinden die interviewten Personen Überforderung und emotionale Belastung. Ohne spezifisches Fachwissen bleibt Angehörigen meist nur der Rückgriff auf eigene Beobachtungen und Internetrecherche, um akute Situationen zu bewältigen.

Dies ist insbesondere wichtig, wenn bei Hitzewellen die pflegenden Angehörigen sich auch selbst schützen müssen.

Implikationen

Die Diskussion um die gesundheitlichen Folgen der Klimakrise konzentriert sich insbesondere in westlichen Ländern bislang vor allem auf akute Risiken wie Hitzeschläge und Kreislaufversagen. Für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie ME/CFS stellen klimatische Veränderungen eine dauerhaftere und komplexere Einschränkung dar. Die Auswirkungen von Hitze, Temperaturschwankungen und Umweltstressoren werden bisher weder in der medizinischen Praxis noch in der gesundheitspolitischen Planung ausreichend berücksichtigt. Zudem zeigt sich, dass gesundheitlichen Folgen der Klimakrise nicht alle Menschen gleich betreffen. Besonders vulnerabel sind chronisch Erkrankte wie ME/CFS- und Long COVID-Betroffene und mit ihnen ihre pflegenden Angehörigen.

Digitale Lösungen, wie die Vernetzung mit anderen Betroffenen oder niedrigschwellige Informationsangebote, können eine wertvolle Unterstützung im Pflegealltag sein. Doch die Aussagen der Befragten geben deutliche Hinweise, dass es vor allem an etwas anderem mangelt: an persönlicher Ansprache, Anerkennung und Unterstützung, besonders auch durch das Personal im Gesundheitssystem. ME/CFS- und Long COVID-Betroffene berichten, dass sie sich missverstanden, nicht ernst genommen oder gar abgewertet fühlen.

Die Studienlage zu den Belastungen von pflegenden Angehörigen von ME/CFS- bzw. Long COVID-Erkrankten ist noch schwach

Ein Indiz dafür, dass diese Personen im System der Gesundheitsversorgung kaum sichtbar sind und somit auch bei weiteren Belastungen, die sich aus klimatischen Veränderungen ergeben, wenig unterstützt werden.

In diesem Zusammenhang sollte der Aufgabenbereich insbesondere von Pflegefachpersonen im Rahmen des Klimawandels fokussiert werden. Bereits 2008 hat der International Council of Nurses ein Positionspapier zum Handlungsbereich von Pflege und Pflegefachpersonen an der Schnittstelle von Klimawandel und Gesundheit veröffentlicht, das 2018 erneuert wurde. Neben klimabewusstem beruflichem Handeln wird in diesem Positionspapier Pflegeverbänden und Pflegefachpersonen die Aufgabe zugeschrieben, sich für besonders klima-vulnerable Personengruppen einzusetzen, auf politischer Ebene zu beraten sowie die

Gesundheitsversorgung und lokale Strukturen so mitzugestalten, dass diese Personengruppen resilienter gegenüber Auswirkungen des Klimawandels werden (ICN 2018). Dies bereits während der Ausbildung in Gesundheitsberufen angebahnt werden: durch gezielte Wissensvermittlung bereits in der Ausbildung von Gesundheitsberufen, durch kontinuierliche Fortbildungen im Berufsalltag und durch eine grundlegende Sensibilisierung für die besonderen Anforderungen chronischer Erkrankungen im Kontext des Klimawandels. Ein Bericht über die gesundheitsbezogene Klimakompetenz von Angehörigen der Gesundheitsberufe kommt jedoch zum Ergebnis, dass Klimawandel und seine gesundheitlichen Auswirkungen in den Curricula österreichischer Gesundheitsberufe nur fragmentarisch verankert sind und die Integration in die Lehrpläne eine mittel- bis längerfristige Aufgabe sein wird. Der kurzfristige Aufbau von Klimakompetenz sollte daher im Fortbildungsbereich erfolgen. Gleichzeitig muss auch die gesundheitsbezogene Klimakompetenz von Lehrpersonen gefördert werden.

Fazit

Pflegende Angehörige stellen das größte Pflegearrangement im deutschsprachigen Raum dar. Wenn diese familiären Strukturen durch chronische Erkrankungen, wie ME/CFS bzw. Long COVID, und zunehmende klimatische Belastungen an ihre Grenzen geraten, betrifft das nicht nur einzelne Haushalte, es wird zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

Werden pflegende Angehörige dauerhaft überfordert oder im System allein gelassen, geraten sie selbst in gesundheitliche Krisen und werden so zu den nächsten Patient*innen.



Jacqueline Ludwig

Sie ist Soziologin und forscht am IMC Krems zu den Zusammenhängen von Klima und Gesundheit im Kontext der Pflege.



Jette Lange

Sie ist Pflegewissenschaftlerin am IMC Krems. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich unter anderem mit der gesellschaftlichen Rolle des Pflegeberufs.

Die Literatur zum Beitrag finden Sie hier:



DOI: 10.3936/dmm_artid47763333



Klimatische Veränderungen als Einflussfaktor auf Diversität

Auswirkungen auf chronisch kranke Menschen

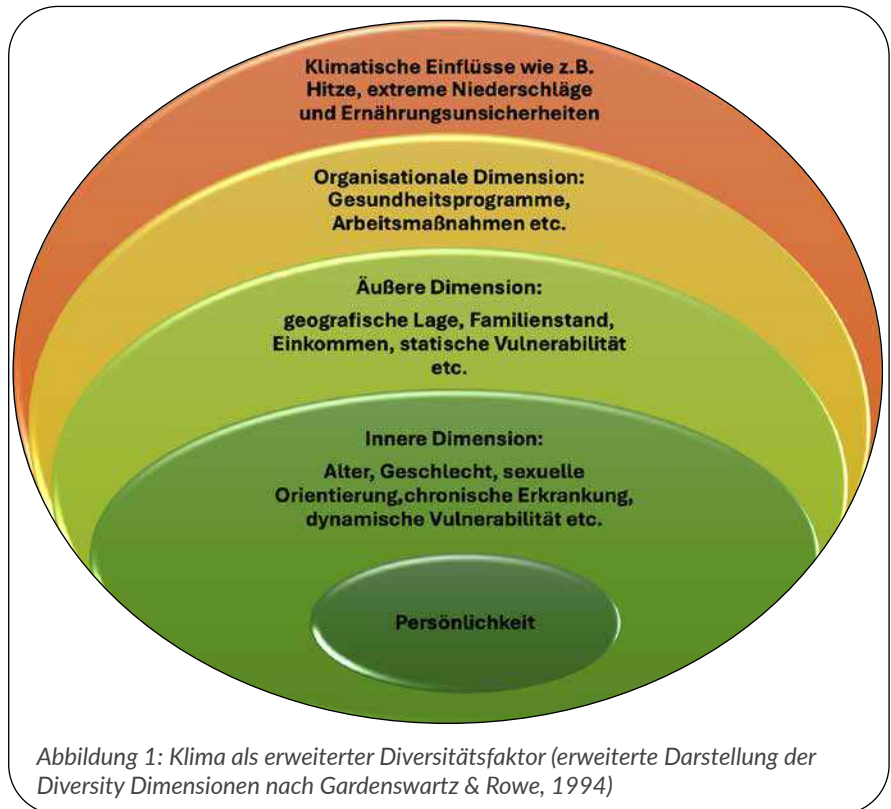
Daniela Schmitz / Jan-Hendrik Ortloff

Die Gesundheit von Menschen wird durch die Umwelt beeinflusst, deren Einflüsse abhängig vom Gesundheitszustand und der Art der gebauten, natürlichen oder psychosozialen Umgebung individuell variieren können. Die zunehmende Bedeutung chronischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Gesundheitssystem einerseits und die wachsenden Herausforderungen durch den Klimawandel andererseits erfordern eine multiprofessionelle Herangehensweise, um auf verschiedenen Ebenen Handlungskonzepte und Lösungsansätze zu entwickeln. Der Begriff der Klimavulnerabilität trägt der Komplexität der Wechselwirkungen zwischen Klimawandel und chronischen Krankheiten Rechnung und ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung der Betroffenen innerhalb ihrer Person-Umwelt-Beziehung. Daraus ergibt sich, die Facetten von Diversität auch um eine weitere Schicht zu Umweltaspekten zu erweitern.

Klimavulnerabilität und chronisch kranke Menschen
Diversität umfasst verschiedene Facetten eines Individuums, „that human beings are both similar and different“ (Gardenswartz & Rowe, 1994, S. 10). Ähnlichkeiten finden sich u. a. in Bezug auf die Kontextfaktoren, deren Wechselwirkungen und Interdependenzen, wie etwa soziale Netzwerke, regionale Gegebenheiten oder dem Zugang zu Fachkräften und Ressourcen des Gesundheitswesens, die sich in der Person-Umwelt-Beziehung wiederfinden können. Unterschiede betonen hingegen die Individualität, die etwa durch die Persönlichkeit, Einstellungen oder kognitive Fähigkeiten zum Ausdruck kommen kann. Ausgehend von den Four Layers of Diversity (Gardenswartz & Rowe, 1994) können klimatische Veränderungen mit Einfluss auf die Gesundheit und Vulnerabilität eines Individuums als erweiterte Schicht verstanden werden (siehe Abbildung 1).

Der Begriff Vulnerabilität wurde ursprünglich genutzt, um geophysische und infrastrukturelle Eigenschaften von Gebäuden und Städten zu beschreiben. In neueren Veröffentlichungen wird er jedoch auch auf Personen, Infrastrukturen und soziale Gruppen angewendet. Damit umfasst Vulnerabilität sowohl die betroffenen Menschen als auch ihre Lebensumwelt. Während ein statisches Verständnis von Vulnerabilität chronisch kranke Menschen aufgrund ihrer Erkrankungen grundsätzlich als vulnerabel einstuft, betrachtet ein dynamisches Verständnis ihre Verletzlichkeit als situationsabhängig. Je nach den zu bewältigenden Herausforderungen und den verfügbaren Ressourcen steht hier die konkrete Situation im Mittelpunkt, die die Vulnerabilität hervorrufen kann (Gabel, 2019). Klimavulnerabilität wird darüber hinaus als die Anfälligkeit eines Systems definiert, auf Klimaereignisse zu reagieren bzw. ihnen angemessen zu begegnen, abhängig von Art, Intensität und Häufigkeit dieser Ereignisse sowie von Faktoren wie Exposition, Empfindlichkeit und Anpassungsfähigkeit gegenüber Klimaveränderungen (Füssel & Klein, 2006). In diesem erweiterten Verständnis ist Vulnerabilität nicht primär eine Eigenschaft von Personen oder Gruppen, sondern entsteht aus den Wechselwirkungen zwischen den Bedingungen der natürlichen und menschengemachten Umwelt sowie den sozialen Rahmenbedingungen.

Aus einer dynamischen Perspektive können selbst gesunde Menschen unter bestimmten Umständen vulnerabel sein, beispielsweise Pflegekräfte, die bei extremer Hitze chronisch kranke Personen in unzureichend gekühlten Räumen betreuen. Der Begriff Klimavulnerabilität gibt somit der Komplexität klimatischer Veränderungen und ihres Einflusses auf chronisch kranke Menschen Raum. Deshalb ist es wichtig, klimabedingte Auswirkungen auf die



Gesundheit und Verwundbarkeit verschiedener Personengruppen zu berücksichtigen. Diese sollten in Lehr- und Lernkonzepten für Aus- und Weiterbildung einfließen sowie interdisziplinär hinsichtlich ihrer Zusammenhänge, Herausforderungen und Lösungsansätze erforscht werden. Chronische Erkrankungen sind durch ihr dauerhaftes Krankheitsgeschehen gekennzeichnet, welches oft mit einer Unheilbarkeit einhergeht. Sie schränken die alltägliche Handlungsfähigkeit ein und können zu Hilfe- und oder Pflegebedarf führen. Die Krankheitsschwere nimmt dabei oft im Lebensverlauf zu (Fiedler et al., 2024). Daraus ergeben sich unterschiedliche Anforderungen für die Versorgung chronisch kranker Menschen.

Diversität im Handlungsfeld von Chronic Care

Chronic Care umfasst die ganzheitliche Betreuung von Menschen mit langanhaltenden körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen oder Risiken, die einen dauerhaften Bedarf an Hilfe und Unterstützung erfordern kön-

nen. Dazu gehören alle Aspekte der Versorgung: von Prävention und Behandlung von Krankheiten über die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit bis hin zur alltagsbegleitenden Betreuung, Sicherstellung der Teilhabe und Förderung der (Re-) Integration (Fiedler et al., 2024). Im Folgenden finden sich Facetten des Handlungsfeldes auf der Personenebene der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes, die zur Förderung des Bewusstseins für Diversität von Gesundheitsfachkräften unterstützen können.

Chronisch kranke Menschen und Rahmenbedingungen der Versorgung:

Die Betreuung chronisch kranker Menschen erfolgt größtenteils in ihrem direkten Lebensumfeld, wodurch die kommunale Versorgung eine zentrale Rolle einnimmt. Allerdings variieren die Strukturen kommunaler Institutionen national und international stark (organisationale Dimension). In Deutschland hat die Pandemie deutlich gemacht, dass durch jahrelange Sparmaßnahmen erhebliche Defi-

zite entstanden sind. Die Politik steht daher vor der Aufgabe, die gesundheitspolitischen Kompetenzen der Kommunen gezielt zu stärken. Dies ist umso wichtiger, da der Klimawandel zusätzliche Anforderungen an die Kommunen stellt. Themen wie Umwelt und Gesundheit werden immer relevanter, etwa im Hinblick auf das Management umweltbedingter Gesundheitskrisen, die Reduktion gesundheitsbelastender Umweltmissionen und die Förderung einer nachhaltigen, gesunden Stadtentwicklung (Fiedler & Orloff, 2024).

Chronische kranke Menschen und Familienzentrierung

Familien, ihre pluralen Lebensformen und ihre Bedeutung im Rahmen der Versorgung gilt es als Ressource anzuerkennen (äußere Dimension von Diversität). Je nach familialer Wohnsituation können auch klimatische Faktoren Einflüsse nehmen und als Familie-Umwelt-Beziehung betrachtet werden. Professionell Pflegende sollten ihr Handeln mit der pflegenden Familie abstimmen, um gemeinsam für chronisch kranke Menschen sorgen zu können.

In Deutschland besteht für familienzentrierte Pflege noch Nachholbedarf.



Im Sinne eines think family (Knecht, 2024, S. 328), sollten pflegende Familien als Adressat:innen stets mitbedacht, Informationen geteilt und auf der Basis eines respektvollen Umgangs offen kommuniziert werden.

Chronisch kranke Menschen und Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenzen (im Englischen unter Health Literacy diskutiert) umfassen die individuellen Fähigkeiten von Betroffenen zur Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit (innere Dimension von Diversität). Dies beinhaltet das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden gesundheitsrelevanter Informationen, um darauf bezogene Entscheidungen zu treffen. Diese Kompetenzen sind in der Bevölkerung jedoch ungleich verteilt. Schwierigkeiten bestehen z. B. für sozial benachteiligte Menschen darin, Gesundheitsinformationen zu verarbeiten und sich durch das Gesundheitssystem zu navigieren (Hatebur et al., 2024). Insbesondere Menschen im höheren Lebensalter, mit Migrationshintergrund oder niedrigem Sozialstatus, bzw. wenig ausgeprägtem Bildungsstand oder chronischen Erkrankungen weisen eine geringe Gesundheitskompetenz aus, die durch fachliche Unterstützung, Austausch mit den Betroffenen und Förderung der Autonomie von Betroffenen gesteigert werden können (Schaeffer et al., 2020). Für den Bereich der multiprofessionellen Versorgung chronischer Erkrankungen bedeuten Gesundheitskompetenz, Empowerment, Psychoedukationsprogramme sowie soziale Netzwerkarbeit die Schaffung von Strukturen zur Ermöglichung und Realisierung eines selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebens (Hatebur et al., 2024). Damit können sowohl Betroffene als auch (Pflege-) Fachkräfte die Person-Umwelt-Beziehung aktiv gestalten.

Das Handlungsfeld Klima und Vulnerabilität

Die individuelle Gesundheit von Personen als auch deren Krankheitsverläufe werden durch Aspekte der Umwelt beeinflusst (ergänzte fünfte Diversitätsdimension). Aufgrund von individuellen Eigenschaften können vulnerable

Personen besonders anfällig für Klimaereignisse werden. Nach Bauer & Becker (2021) reagieren vor allem chronisch kranke, multimorbide Menschen vulnerabel auf umweltbedingte Veränderungen sowie auf die direkten Folgen des Klimawandels, z.B. in Form von Extremwetterereignissen oder durch exponierende Faktoren wie z.B. Feinstaub. Günster et al. (2021) kommen zu dem Ergebnis, dass vor allem ältere Menschen über 75 Jahren betroffen sind, die über einen geringeren sozioökonomischen Status verfügen und an chronischen Erkrankungen des Herzens, der Nieren oder der Lunge leiden. Neben der Vulnerabilität von Personen kann auch das sie umgebende Quartier vulnerabel sein, je nach baulichen, natürlichen sozialen und ökonomischen Gegebenheiten. Folgende Beispiele veranschaulichen die Wechselwirkungen zwischen klimatischen Ereignissen und chronischen Erkrankungen.

Hitze und Vulnerabilität chronisch kranker Menschen

Chronisch kranke Menschen benötigen Gesundheitsinformationen zum Umgang mit Hitze, um Tagesabläufe anzupassen und ihren Wohnraum kühl zu halten. Eine proaktive Kontaktaufnahme durch Gesundheitsberufe könnte dies unterstützen und auf hitzebedingte Anpassungen von Medikamenten hinweisen. Bauer und Becker (2021) schlagen vor, extreme Hitze als Katastrophenfall zu behandeln, um Hilfsorganisationen in die Versorgung chronisch kranker Menschen einzubeziehen. Dabei liegt der Fokus auf den humanitären Schäden durch Hitzestress, weshalb präventive Maßnahmen zur Minimierung hitzebedingter Risiken erforderlich sind.

Extreme Niederschläge und Vulnerabilität chronisch kranker Menschen

Extreme Niederschläge wie Stark- und Dauerregen führen häufig zu Sturzfluten und Überschwemmungen.

gen, die etwa zwei Drittel aller Klimaereignisse weltweit ausmachen. Diese Ereignisse zerstören Infrastrukturen, Wohnraum und Ernten, gefährden Menschenleben und sind eine direkte Folge des Klimawandels. Die Konsequenzen reichen von Todesfällen und Traumatisierungen bis hin zu Obdachlosigkeit, Ernährungsunsicherheit und sozialökonomischem Niedergang (Nikendei et al., 2020).

Ernährung und Vulnerabilität chronisch kranker Menschen

Ernährung ist ein entscheidender Faktor im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, da das Krankheitsgeschehen je nach Ernährungsweise positiv oder negativ beeinflusst wird. Dabei können Fehl-, Mangel-, Über- oder Unterernährung auftreten. Fehlerernährung kann z. B. zu Übergewicht, Bluthochdruck oder Diabetes führen – allesamt nicht übertragbare Krankheiten, die zu den häufigsten Todesursachen gehören. Zudem spielen Aspekte wie die Lebensmittelversorgung und die Zusammensetzung des Speiseplans eine wesentliche Rolle.

Weltweit zählt eine ungesunde Ernährung zu den führenden Todesursachen.



Ferner sind Kombinationen und Interdependenzen klimatischer Ereignisse möglich. Beispielsweise kann es durch Hitzeperioden, extreme Trockenheit oder Niederschläge zu Missernten, Einschränkungen und Qualitätseinbußen in der Wasserversorgung und in der Folge auch zu Ernährungsunsicherheiten kommen.

Herausforderungen und Lösungsansätze

Aus der Darstellung dieser exemplarischen Problemfacetten wird deutlich, dass die Herausforderungen durch klimatische Veränderungen einen starken Impact auf die Gesundheit und die Vulnerabilität chronisch kranker Menschen und ihre individuellen Diversitätsfaktoren haben können. Die Erweiterung der Four Layers of Diversity um eine Klimadimension kann dazu beitragen, das Bewusstsein für die Vulnerabilität von Menschen mit chronischen Erkrankungen und die Wechselwirkungen der Person-Umwelt-Beziehungen ganzheitlich zu erfassen. Die Prävention, Steuerung von Wechselwirkungen sowie Gegenmaßnahmen können dabei kollektiv/gesellschaftlich als auch individuell erfolgen.

Auf der organisationalen Ebene können Gesundheitsprogramme (z. B. Disease-Management-Programme) zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, Arbeitschutzmaßnahmen (z. B. Gegenmaßnahmen bei extremer Hitze oder Feinstaubbelastungen) zur Vermeidung von klimatischen Wechselwirkungen auf die Gesundheit oder Ernährungsberatungen (z. B. Adipositas als Grunderkrankung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes zu vermeiden) als Präventionsangebote zur Verfügung gestellt werden.

Gleichwohl können Betroffene, Angehörige und Fachkräfte auf der individuellen Ebene die äußere Dimension mit der statischen Vulnerabilität (geografische Lage, soziale Netzwerke, Familienstand etc.) und die innere Dimension mit der dynamischen Vulnerabilität (Alter, chronische Erkrankungen, körperliche Einschränkungen etc.) berücksichtigen. Letzten Endes können unterschiedliche klimatische, organisationale und individuelle Diversitätsfaktoren die Person-Umwelt-Beziehung positiv wie negativ beeinflussen. Neben

dem Bewusstsein für die persönliche Vulnerabilität scheinen adäquate Präventionsmaßnahmen (Steigerung der Gesundheitskompetenz etc.) und eine Fokussierung auf den individuellen Kontext (im Sinne einer Person-Zentrierung) für Menschen mit chronischen Erkrankungen zielführend zu sein, um insbesondere negative Wechselwirkungen und Folgen klimatischer Veränderungen zu vermeiden. ■



Daniela Schmitz

Sie ist Juniorprofessorin für Innovative und Digitale Lehr- und Lernformen in der Multiprofessionellen Gesundheitsversorgung an der Universität Witten/Herdecke. Kontakt: daniela.schmitz@uni-wh.de



Jan-Hendrik Ortloff (M.A.)

Er ist Standortleitung einer besonderen Wohnform. An der Universität Witten/Herdecke promovierte er über die Implementierung der Interprofessional Education. Seine Schwerpunkte liegen im Bereich Resilienz, Empowerment und Health Literacy.

Die Literatur zum Beitrag finden Sie hier:



DOI: 10.3936/dmm_artid47763314



Foto: Francesca Cerviotti x Assemblée Bosco Ospizio

Klimagerechtigkeit in Norditalien: Brauchen wir immer noch mehr Superstores oder neue Möglichkeiten der Klima- und Gesundheitsresilienz?

Der Versuch, sich in die Bedürfnisse eines „autistischen“, jungen Menschen hineinzusetzen

Jürgen Wildner

Die Luftqualität in der Poebene gehört zu den schlechtesten Europas, die Werte erreichen immer wieder Verschmutzungshöchststände, die im weltweiten Vergleich kaum zu überbieten sind. Seit 1999 arbeite ich als Pfleger im öffentlichen Gesundheitsdienst Italiens, in Reggio nell'Emilia, zwischen Parma und Modena. Die Landeshauptstadt unserer Region Emilia-Romagna heißt Bologna. Seit Sommer 2020 bin ich einem Tageszentrum für schwerstbeeinträchtigte Menschen ab 18 Jahren beschäftigt. Eine Vielzahl unsere Klientinnen und Klienten kommen direkt nach ihrer Schulzeit zu uns, das heißt mit zirka 19 Jahren, der Altersdurchschnitt unser 15 Klient*innen liegt derzeit unter 30 Jahren. Unser Haus liegt an der historischen Via Emilia, die von den Römer*innen angelegt wurde um Mailand mit Rimini zu verbinden, nahe am Stadtzentrum von Reggio nell'Emilia. Es ist ein historischer Bau, ein ehemaliges Altersheim für betuchte Persönlichkeiten, nahe an der 1944 bombardierten Bahnlinie, und 2001 vom öffentlichen lokalen Träger als Vorzeigeprojekt für das Klientel schwerstbeeinträchtigter Menschen renoviert.

Ken (Name geändert) ist ein einundzwanzigjähriger

Mann mit Autismus-Spektrum-Störung. Er wurde in seinem letzten Schuljahr 2023 in unserem Tageszentrum schrittweise integriert. Er besucht uns von Montag bis Freitag von 8.30 bis 14 Uhr. Ken ist ein kräftiger junger Mensch mit sehr viel Tatendrang. Er liebt Begegnungen, Bewegung, Laufen und Rennen, Schaukeln und Wippen. Grünanlagen, Parks, Wälder, weite unbebaute Flächen im Naturzustand, möglichst ohne menschliche Interventionen, sind für ihn ein Paradies sensorieller Entdeckungen. In seiner Kindheit hatte er diesbezüglich einen sehr begrenzten Erfahrungsspielraum.

In den letzten Jahrzehnten wird auch die Emilia Romagna immer öfter Schauplatz vehementer Klimakrisen: sehr lang andauernde Hitzeperioden, Überschwemmungen vieler Städte und Landesteile, Erdbeben, extreme Trockenheit. Die klimatischen Arbeitsbedingungen besonders in älteren Einrichtungen wie unser Tageszentrum sind oft diesbezüglich für Patient*innen und Mitarbeitende grenzwertig. Die Via Emilia ist eine der stärksten befahrenen Straßen Italiens. Die Bevölkerungsdichte ist in den norditalienischen Städten der Poebene sehr hoch. Die Gegend ist durch eine hohe Industrialisierung sowie bedeutende Weiterverarbei-

tungskapazität landwirtschaftlicher Produkte gekennzeichnet. Die Menschen in der Emilia verbringen täglich etwa 1 Stunde 20 Minuten im Auto, durchschnittliche Geschwindigkeit 34 km/h für eine Strecke von 45 km (bezogen auf das Jahr 2018). Für das Jahr 2023 werden in Italien knapp 41 Millionen registrierte Personenkraftwagen gemeldet, das ist ein Anstieg von 10,7 im Vergleich zum Jahr 2013. Die Gesamtbevölkerung wird für den gleichen Zeitraum mit knapp 59 Millionen Menschen angegeben.

Ken ist zweisprachig aufgewachsen, seine Eltern stammen aus Nigeria, er ist hier geboren, wie zwei andere Geschwister, die mit ihm leben. Er versteht viele Worte der verbalen Kommunikation, er wiederholt sie, benennt Farben, Lebensmittel, Personen nach Aufforderung; wir versuchen seine italienische Sprachkompetenz zu fördern. Von sich aus, unaufgefordert, wendet sich Ken nur selten an uns, meist nur dann, wenn er uns die Notwendigkeit des Toilettengangs mitteilen will. Ken hat eine enorme Wahrnehmungsfähigkeit. Nichts scheint ihm zu entgehen. Er beobachtet fast ständig uns Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, alle anderen Klientinnen und Klienten. Er ist ein Künstler der Balance. Er baut, konstruiert enorme Türme aus Karten und Holztafeln, aus großen Stoffwürfeln und Blechdosen mit einer Geduld und Ausdauer, die seinesgleichen suchen.

In unmittelbarer Nachbarschaft des Tageszentrums und seines Gartens gab es bis Anfang der 2000er einen sehr alten und großen Gebäudekomplex, ein historisches, lokal sehr bekanntes Pflege- und Altersheim, gegründet 1688, es gab dem Stadtteil seinen Namen (Ospizio); aufgrund seines sehr schlechten baulichen Zustandes wurde es abgerissen. Vor etwa 15 Jahren wurde dieses seit dem Abriss abgesperrten Gelände von einer der größten

italienischen Supermarktketten Italien erworben.

**In dieser
Zeit ist eine
innerstädtische
Oase der
Wildnis und
Unberührtheit,
ein Ökosystem
entstanden,
direkt an der Via
Emilia (52.000
Quadratmeter).**



Was kann es Schöneres und Wichtigeres geben? In einem der bevölkerungsreichsten Stadtvierteln der Gemeinde, das erst nach dem 2. Weltkrieg entstand. Hier reihen sich fast unmittelbar Sozialwohnungen, riesige Gebäudeareale, soziale Problemviertel, Kindergärten, Grund- und Mittelschulen an Reihenhäuser der bessergestellten Einwohnerinnen und Einwohner.

Im ersten Winter (2023-24) bei uns, in der Eingewöhnungsphase, wagten wir uns es nicht das Gebäude mit Ken zu verlassen: zu wenig kannten wir uns, zu groß die Befürchtung Ken würde weglaufen oder, wie uns seine Mutter warnte, sich ohne sichtbares Motiv taktisch oder eventuell aggressiv gegenüber anderen Menschen, insbesondere Kindern oder Hunden, verhalten. Es wurde jedoch schnell untragbar, dass diesem jungen, kräftigen Mann keine externen Bewegungs- und Kontaktmöglichkeiten angeboten werden konnten. Seit dem Frühjahr 2024 sind wir relativ oft mit ihm unterwegs. Nur selten haben sich kurze kritische Episoden ereignet. Diese Begegnungen bedürfen großer Aufmerksamkeit von Seiten der Mitarbeiter*innen und sind stets

sehr spontan und unerwartet.

Es ist unter anderen Paride Allegri (1920-2012), Antifaschist, Städtischer Verantwortlicher des Grünflächenamtes, Klimaaktivist, Kommunengründer zu verdanken, dass Reggio Emilia durch sein Engagement, seine Protestaktionen, seine Bepflanzungen, Parkgründungen zu einer grünen Stadt gestaltet wurde, die noch heutzutage seine Besucher*innen erstaunt und beglückt. 13 Jahre nach seinem Tod gehört die Stadt und die Gegend jedoch zu einem der meist versiegelten und bebauten Gegenden Italiens, die Bauwut, die unstillbare Gier der Unterwerfung. Die Zementierung der letzten städtischen Grünflächen sowie im kommerziellen wie im privaten Bereich, scheint immer noch keine Grenzen zu akzeptieren. Unhaltbare Zustände, vollkommen unverträglich mit einem Klimawandel, vor dem wir nicht weiterhin die Augen verschließen dürfen! Unverträglich mit einem Gesundheitssystem, dass sich international, weltweit in einer existentiellen Krise befindet. Parallel zur Versiegelung immer weitere Grünflächen nimmt die Anzahl privater und öffentlicher leerstehender Gebäude in unvorstellbarem Ausmaß unvermindert zu. Die Versiegelung erscheint hierbei die direkte Konsequenz aus einem gesellschaftlichen und politischen Versagen und Unvermögen sich konstruktiv mit der Restrukturierung, mit Sicherheiten und rechtlicher Unterstützung für Mieter*innen und Vermieter*innen, mit der Pflege von Besitz auseinanderzusetzen.

Ken liebt Körper- und Blickkontakt, er mag Berührung, Umarmungen. Schon nach weniger Zeit haben wir gemeinsam im Team mit ihm ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Vielmehr als Worte scheint ihn der Kontakt mit den Händen, mit der Haut, dem Körper und mit Blicken zu interessieren. Statt mit Worten sind es die Berührung

und Blicke, die ihn in Kontakt mit seiner Umwelt bringen, ihn faszinieren und begeistern. Das sind Verhaltensweisen und Wertevorstellungen, die wir als ungewohnt erleben. Komme ich in seine Nähe, will er mich berühren, sehr genau kennt er die sensibleren Stellen unseres Körpers. Er schätzt es sehr gestreichelt zu werden. Mitarbeiter*innen und Kolleg*innen setzen hier individuell Grenzen. Grenzüberschreitungen werden ausgeschlossen. „Wildfremde“ Menschen auf der Straße erschrecken sich verständlicherweise über eine unerwartete Berührung. Ken ist besonders an den Füßen sehr kitzelig. Wenn ich ihn mit Leichtigkeit und Geduld über seine Kopfhaut streichle, verfällt er fast in einen augenblicklichen tranceartigen Zustand. Er schätzt atemstimulierende oder andere Formen der Einreibungen und Ausstreichungen der Basalen Stimulation® nach Prof. Fröhlich.

Kaum erworben ließ die Supermarktkette direkt etliche Bäume ohne Genehmigung auf ihrem Grundstück fällen. Heute sind noch etwa 150 Bäume erhalten, ein Großteil von Ihnen wird dem Bauprojekt eines weiteren Einkaufszentrums mit sehr vielen Parkplätzen zum Opfer fallen. Als ob es nicht bereits genug in naher Umgebung gäbe! Ein Bürger*innenkomitee von Aktivist*innen, das etwa 100 Personen umfasst, gemeinsam mit Umweltverbänden, bemüht sich seit Jahren lokal, regional und national um den Erhalt dieses Stadtwaldes (bosco urbano). Der Botaniker Ugo Pellini veranstaltete Führungen um auf die reichhaltige Artenvielfalt aufmerksam zu machen, die in diesen Jahren der Unberührtheit entstanden ist und uns Nachbar*innen immens bereichert. Zwei Rehe mussten evakuiert werden. Die generationsübergreifende Gruppe von Aktivist*innen trifft sich jeden Mittwochabend in einem benachbarten Sozialzentrum. In diesen Jahren haben sie

Demonstrationen, Unterschriftensammlung, Antrageinreichungen, Einladungen von Wissenschaftler*innen, Politiker*innen, eine Vielzahl öffentlicher Versammlungen, eine Anhörung im Gemeinderat, Fotos- und andere Kulturveranstaltungen organisiert. Nichts wurde unterlassen um die Aufmerksamkeit, die Sensibilität der Bevölkerung für eine vermehrte Klima- und Gesundheitsresilienz zu fördern.

Wäre ein Bürgerbegehren noch möglich?

Besitzer und Stadtverwaltung berufen sich auf Eigentumsrechte und ein bereits genehmigtes Bauverfahren. Der Bau und der Versiegelung dieser weiteren Fläche des Stadtgebietes erscheint beschlossene Sache und unvermeidbar, der Protest aussichtslos. Dennoch lassen es die Aktivist*innen nicht darauf beruhen. Immer wieder verdeutlichen sie uns die - heute wie noch nie - extreme Relevanz partizipatorischer Demokratie. Um das Betreten und Protestaktionen zu unterbinden, um erste Arbeiten auf dem Gelände ungestört auszuführen, um den Einblick auf das Grundstück zu unterbinden, lässt der Konzern private Wachdienste patrouillieren und ließ einen zwei Meter hohen Holz und Metallzaun rund um das Gelände errichten.

Wir Kolleg*innen des Tageszentrums für schwerstbeeinträchtigte Menschen träumen gemeinsam mit Ken von einem für jegliche Person frei zugänglichen „Bosco Urbano“ mit einem Inklusionspfad, einem Inklusionsspielplatz, Inklusionstischen und -bänken, umgeben von guter und duftender Luft, dem Schatten vieler Bäume, dem Zwitschern vieler Vögel und der Beobachtung verschiedenster Lebewesen, einem Abenteuer inmitten unserer Stadt! Diese vielerweise bereichernde und wachsende Fauna würde Ken und alle unserer Klient*innen, aber auch eine Unmenge Menschen des Stadtviertels und von weiter her

begleiten, bereichern, resilienter machen. Sie würde uns den Smog, die fortschreitende Versiegelung der Böden zeitweise vergessen lassen. Der Wert für Gesundheit und Klima ist kaum abzuschätzen. Meine Ausflüge mit Ken in einen benachbarten Park beeinflussen meinen Arbeitsalltag sehr positiv, machen ihm und mir viel Freude, wir öffnen uns gegenüber anderen Menschen und versuchen auch dadurch unser aller Fragilität nicht ständig zu entfliehen. Nach vielen Jahren meines Arbeitslebens in relativ geschlossenen Einrichtungen und ihrer weitreichenden Hierarchien erlebe ich die unbeschreibbare Schönheit anderer unkodifizierte Kontexte der Freiheit zu erfahren, Unerwartetes im öffentlichen Raum, im Grünen zu wahrzunehmen. Der gelegentliche Austausch mit anderen in einem nicht konditionierten Ambiente außerhalb des Gesundheitssystems, dem wir ja entstammen und dessen Teil wir sind, macht mich und Ken resilienter bezüglich des Klimas und der Gesundheit, in der Bewältigung unseres Alltags. Wenn ich in relativ baldiger Zeit in Rente gehen werde, würde ich mir wünschen, solche Aktivitäten mit Ken und unsere Beziehung soweit möglich fortzuführen.

Wird sich Ken jemals als ein spezialisierter Akrobat der Gleichgewichtskonstruktionen im Projekt Stadtwald austoben können? ■



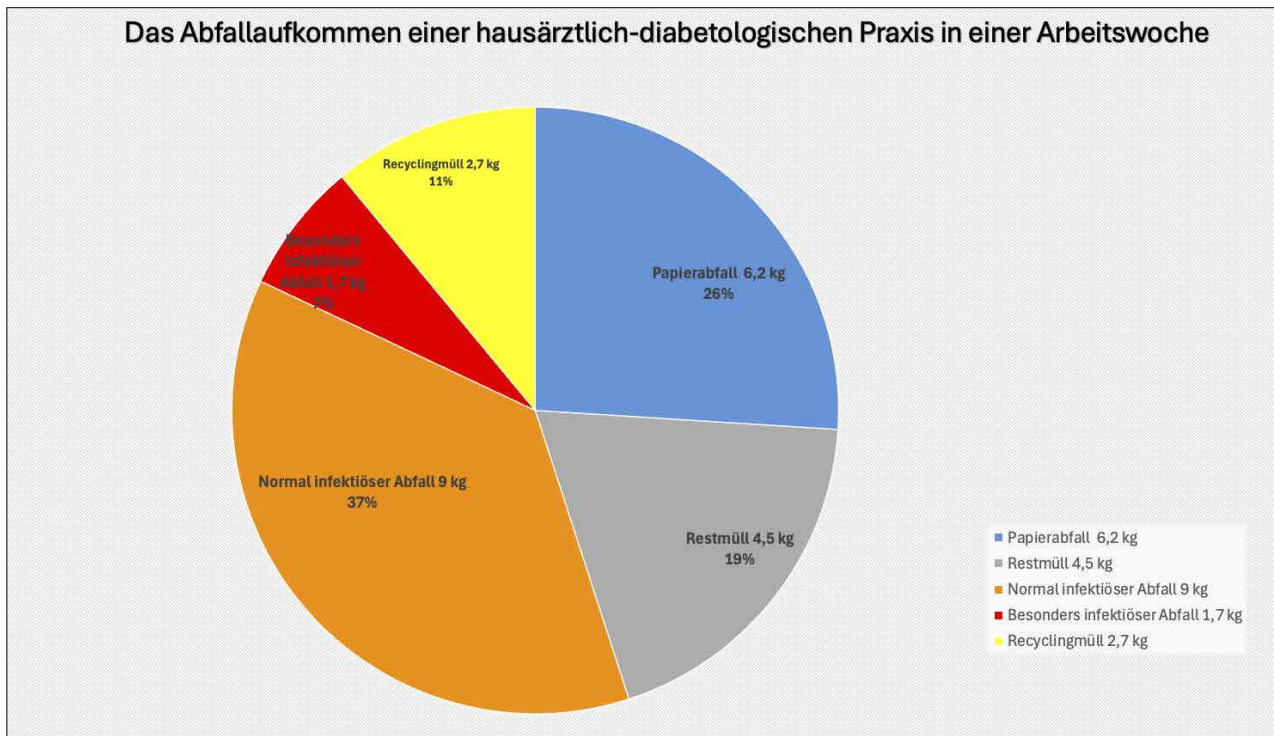
Jürgen Wildner

Pflegeausbildung in Mannheim, Master in Pflegewissenschaft Universität Modena/Reggio Emilia 2008, phd Pflegewissenschaft Universität Florenz 2015, lizenziierter Referent für Basale Stimulation®

Die Literatur
zum Beitrag
finden Sie hier:



DOI: 10.3936/dmm_artid47763316



Wie viel Müll produziert eine Arztpraxis?

Matthias Fischer / Stephan Bonnermann

Das Wissen darüber, welche Mengen Abfall welcher Art anfallen, gilt auch im Gesundheitswesen als Grundvoraussetzung dafür um die Potenziale in Richtung einer echten Kreislaufwirtschaft zu heben. Doch während zum Abfallaufkommen in der stationären Versorgung in den letzten Jahren einige Daten erhoben worden sind, fehlt es an Studien, die für die ambulante Versorgung systematisch das anfallende Abfallaufkommen erfassen. (vgl. Fischer 2024)

Um diese Lücke zu adressieren, wurde 2025 an der Professur für Nachhaltigkeitsmanagement im Gesundheitswesen der Hochschule Bochum ein Forschungsprojekt gestartet, das im Juli und November den durchschnittlich pro Arbeitswoche anfallenden Abfall in einem hausärztlich-diabetologischen Praxis-MVZ des Katholischen Klinikums Bochum messen soll.

Die abgebildete Grafik zeigt die vorläufigen Ergebnisse der ersten Messung (Woche vom 30.6. bis 4.7.2025). Insgesamt fielen demnach 24,1 kg Abfall an. Um einerseits ein möglichst genaues Bild zu erhalten, sich andererseits aber nicht in den Einzelheiten der unterschiedlichen und teils sehr detaillierten Abfallkategorien zu verlieren, wurde zur Differenzierung des gesamten Müllaufkommens zwischen fünf Abfallarten unterschieden. Etwa ein Viertel des anfallenden Abfallaufkommens entfällt demnach

auf Papiermüll. Dieser wäre ebenso wie die 11%, die umgangssprachlich als „Gelber Sack“ bezeichnet werden können, zumindest prinzipiell einer Wiederverwertung im Rahmen von Kreislauf-Ansätzen zugänglich. Etwa ein Fünftel des in dieser Woche erhobenen Mülls ist dem Restmüll zuzuordnen, der regulär über die Restmülltonne entsorgt werden kann. Der infektiöse Abfall wurde für die Zwecke der Studie nochmal unterschieden in „normal-infektiösen Abfall“, besonders im Rahmen der Labor- und Fußambulanz in der Praxis (z.B. auch Spritzen), sowie „besonders infektiösen Abfall“, der mit hochresistenten Problemkeimen belastet ist. Die infektiöse Eigenschaft bringt es mit sich, dass bei der Erfassung zusätzlich das Gewicht für die Abfalltonnen mit einzukalkulieren war, da die Tonnen nach den geltenden Entsorgungsvorschriften mit zu entsorgen sind. Es zeigt sich, dass bis zu einer echten Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen noch ein weiter Weg zu gehen ist, aber sich auch Potenziale erkennen lassen, die im weiteren Verlauf des Forschungsprojekts näher ausgearbeitet werden sollen.

Matthias Fischer
Professor für Nachhaltigkeitsmanagement
im Gesundheitswesen, HS Bochum

Stephan Bonnermann
Hausärztlich tätiger Internist, Diabetologe und Wundmanager

Interview mit Martin Hänsel +++ aufgezeichnet von
Anna Lausenmayer

„Die Lage ist ernster, als vielen bewusst ist.“

Ein Interview mit Martin Hänsel, Geschäftsführer der Kreisgruppe München im BUND Naturschutz, über den Munich Central Park – eine grüne Vision für die Münchner Innenstadt.

Herr Hänsel, das Pariser Abkommen sieht vor, dass der weltweite Temperaturanstieg bei maximal 1,5 Grad gehalten werden soll, die 2 Grad auf keinen Fall überschritten werden dürfen. Die Jahresmitteltemperatur ist in München seit der vorindustriellen Zeit allerdings bereits um mehr als 2 Grad gestiegen. Was bedeutet das für die Stadt und für das Leben und die Gesundheit der Münchner*innen?

Die Lage ist ernster, als vielen bewusst ist. Eine Studie der Technischen Universität München prognostiziert, dass die Maximaltemperaturen in der Innenstadt bis zum Jahr 2080 um über 8 Grad steigen könnten – wenn nicht massiv gegengesteuert wird. Das würde bedeuten: Sommertage mit über 45 Grad wären keine Ausnahme mehr, sondern Realität. Schon heute warnt die Stadt München ab einer gefühlten Temperatur von 32 Grad vor gesundheitlichen Risiken und ruft zu besonderer Rücksicht gegenüber älteren Menschen und Kindern auf.

Doch was passiert, wenn solche Temperaturen zur Normalität werden? Dann wird der Aufenthalt im Freien für viele schlicht gesundheitsgefährdend – insbesondere für ältere Menschen, Kranke, Kinder und alle, die draußen arbeiten müssen: Postzusteller, Bauarbeiter, Müllabfuhr, Gartenbau. Diese Menschen haben keine Wahl. Und auch viele einkommensschwächere Haushalte können nicht einfach in kühlere Wohnungen umziehen oder sich Klimaanlage leisten. Ihre Wohnungen sind oft nicht auf Hitzewellen oder Tropennächte ausgelegt.

Wenn es uns nicht gelingt, den Temperaturanstieg durch konsequente Begrünung abzumildern, werden sich weite Teile der Innenstadt zu regelrechten No-Go-Areas entwickeln – mit gravierenden Folgen für die soziale Gerechtigkeit, die öffentliche Gesundheit und den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Das ist kein Zukunftsszenario in weiter Ferne. Wir müssen jetzt handeln.



Martin Hänsel ist Geschäftsführer des BUND Naturschutz München und engagiert sich intensiv für nachhaltige Stadtplanung, ökologische Quartiersentwicklung sowie städtische Mobilitätskonzepte.

Klar ist: München muss handeln – und zwar umfassend und nachhaltig. Die Kreisgruppe München des BUND Naturschutz hat sich deshalb früh und visionär mit den Herausforderungen des Klimawandels auseinandergesetzt. Dabei ist das Projekt Munich Central Park entstanden. Herr Hänsel, was sind Ihre zentralen Ideen hinter diesem Konzept?

Mit dem Projekt wollten wir zeigen, welches Potenzial München bei einer konsequenten Begrünung hätte. Die Grundidee ist, die bisher vom Altstadttring dominierte Fläche umzuwandeln: Statt fünf Spuren für Autos in jede Richtung soll dort eine zusammenhängende Parklandschaft entstehen, die drei bestehende Grünflächen miteinander verbindet. Der Autoverkehr würde auf das unbedingt nötige Maß reduziert – nicht ausgeschlossen, aber neu priorisiert.

Gleichzeitig schaffen wir neue Aufenthaltsbereiche: mit Spielflächen, Schatten, breiten Geh- und Radwegen und einer gestärkten Straßenbahn. Wir wollen sie



Munich Central Park: Parklandschaft statt Autoverkehr
Idee BN, Visualisierung FairFleet



nicht nur erhalten, sondern sogar ein viertes Gleis hinzufügen. Was auf den ersten Blick radikal wirkt, ist in der Planung gut machbar. Durch die Reduktion der Fahrspuren entsteht Platz für einen rund 5,5 Hektar großen neuen Park mitten in der Stadt. Alle wichtigen Abbiegebeziehungen bleiben erhalten, Lieferzonen sind vorgesehen. So wird der Stadtraum gerechter verteilt – zugunsten von Klima, Gesundheit und Lebensqualität.

Das klingt nach einem ambitionierten und gut durchdachten Konzept. Aber wie ließe sich ein solcher Park inmitten einer laufenden Großstadt überhaupt realisieren? Wie darf ich mir die Umsetzung konkret vorstellen? Natürlich kann man die Innenstadt nicht von heute auf morgen

umkrepeln. Aber genau deshalb ist unser Konzept so angelegt, dass es schrittweise realisierbar ist – dort, wo ohnehin turnusgemäße Sanierungen oder Umbauten anstehen. Es braucht also keine Großbaustelle auf einmal, sondern eine intelligente Verzahnung mit bestehenden Planungen. Die Umsetzung wäre nicht kostenlos, aber gut vertretbar – und deutlich günstiger als die langfristigen Folgen unterlassener Klimaanpassung. Uns war auch wichtig zu zeigen, dass selbst technische Herausforderungen wie unterirdische Leitungen kein Ausschlusskriterium sein müssen. Beim Munich Central Park haben wir die oft als Totschlagargument genutzte Infrastruktur im Untergrund nicht als unüberwindbares Hindernis betrachtet. Wenn es uns nicht gelingt, ein paar Leitungen zu

verlegen, um Platz für Bäume zu schaffen, dann bleibt Klimaschutz reine Symbolpolitik.

Ihre Vision einer grünen Stadt bezieht vor allem die Sonnenstraße ein – heute eine der Hauptverkehrsadern Münchens. Doch das war nicht immer so. Wie sah es dort früher aus?

Bis Ende der 1930er Jahre befand sich in der Mitte der Sonnenstraße ein Park, der zum Flanieren einlud. Die Straßenbahn fuhr damals außen herum – genauso, wie wir es heute wieder vorschlagen. Im Schatten der Baumkronen direkt am Stachus fanden regelmäßig Konzerte statt, mit mehreren Hundert Zuhörerinnen und Zuhörern. Erst die Nationalsozialisten ließen den Park roden, und nach dem Zweiten Weltkrieg setzten Verkehrsplaner*innen die Idee einer autogerechten Stadt um. Der Karlsplatz – oder wie ihn die Münchner nennen, der Stachus – wandelte sich vom Platz für Menschen zum verkehrsreichsten Ort Europas. Es ist höchste Zeit, diese städtebauliche Wunde zu heilen.

Munich Central Park ist, wie eingangs erwähnt, ein visionäres Projekt, das hohe Wellen schlägt. Sie haben es sogar auf die Titelseite der Münchner Abendzeitung geschafft. Wie reagieren die Münchner*innen auf Ihre Idee?

Die Reaktionen waren überwältigend positiv. Fast überall hörten wir: „Mensch, wäre das schön. Wann kommt der Park?“ Kritik kam fast ausschließlich von Vertretern des motorisierten Verkehrs – häufig allerdings, ohne dass sie sich näher mit unserem Konzept beschäftigt hatten.

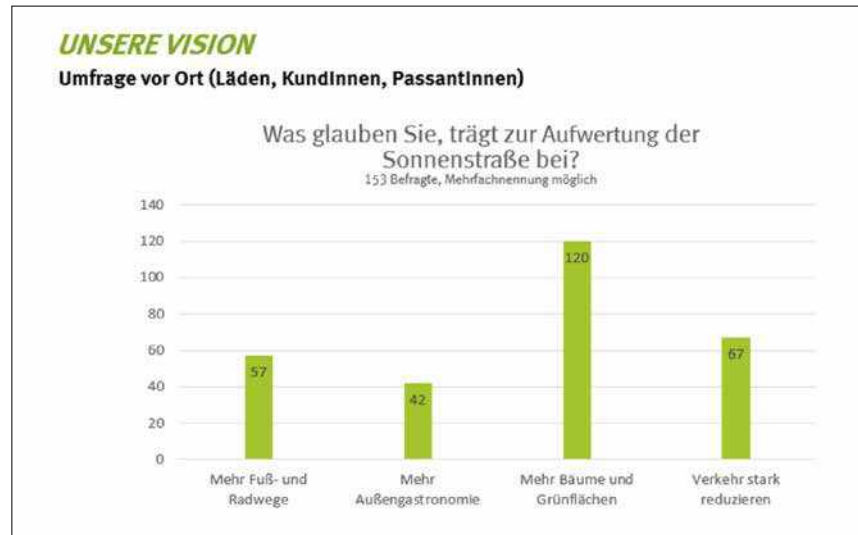
Bemerkenswert war die sofortige Zustimmung aus der Immobilienwirtschaft, auch das Handelsblatt Journal griff unsere Idee in einer Sonderveröffentlichung zur Immobilienentwicklung positiv auf. Aktuell ist der Munich Central Park als Projektidee Teil der Internationalen Bauausstellung (IBA) Metropolregion München.

Auch unsere Befragung von Passant*innen und Gewerbetreibenden vor Ort bestätigt diesen Trend: Die überwältigende Mehrheit wünscht sich mehr Bäume, mehr Grünflächen und deutlich weniger Verkehr. 86 Prozent der Befragten erwarten sogar positive oder zumindest neutrale Auswirkungen auf die umliegenden Geschäfte.

Was müsste passieren, damit aus dieser Vision Wirklichkeit wird?

Der Ball liegt jetzt beim Münchner Stadtrat. Trotz der angespannten Haushaltslage braucht es klare politische Signale – etwa durch die Unterstützung von Baumpflanzaktionen, die sofort starten können. Denn ein Baum braucht 40 bis 60 Jahre, um die volle klimatische Wirkung zu entfalten. Noch haben wir es in der Hand, wie heiß es in Zukunft in unserer Stadt wird. Bäume sind unsere natürlichen Klimaanlage: Sie spenden Schatten, kühlen die Umgebung und verhindern das Überhitzen der Stadt. Deshalb gilt: so viele Bäume wie möglich – und das so schnell wie möglich. Mittel aus dem angekündigten Sondervermögen des Bundes für zusätzliche Klimaschutzmaßnahmen wären hier hervorragend investiert.

Bleiben wir zum Schluss in der Gegenwart. Was kann man schon



Bürger*innenbefragung Munich Central Park

heute tun, um die Münchner*innen vor Hitze zu schützen – speziell in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen?

Ich kann nur raten, schon jetzt vorausschauend zu handeln: Wärmeschutz und Verschattung sollten nicht erst Thema werden, wenn die Hitzewelle da ist. Das betrifft sowohl Patientenzimmer als auch Außenbereiche.

Wo möglich, sollten Trinkwasserangebote, Wasserzerstäuber oder kleine Springbrunnen zur Kühlung beitragen. Das Personal braucht Schulungen, um hitzebedingte Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen und gezielt auf

das Trink- und Essverhalten der betreuten Menschen einzugehen. Wichtig ist auch eine zentrale, leicht zugängliche Information: etwa über Orte, an denen man sich bei großer Hitze aufhalten kann – schattige Parks, kühle Räume in Kirchen, Bibliotheken oder anderen öffentlichen Gebäuden. Selbst Einkaufszentren könnten in ihren klimatisierten Flächen Ruhezonen ohne Konsumzwang bereitstellen. Denn Hitzeschutz ist kein Luxus – er wird zur sozialen Notwendigkeit.

Vielen Dank für das Gespräch, Herr Hänsel.

GESTATTEN:

OTTO
AUS
OBERBAYERN



BUND
Naturschutz
in Bayern e.V.

SPENDEN. MITMACHEN. LEBEN RETTEN.
Direkt bei Ihnen vor Ort.



www.bund-naturschutz.de



Verena Breitbach (Hrsg.)
Die Welt im Wandel

Gesellschaft – Gesundheit –
 Pflege

Springer Verlag, 2024, 218 Seiten,
 39,99, ISBN 978-3662684603



Autorin und Hintergrund

Seit September 2021 verantwortet Verena Breitbach den Bereich Presse und Kommunikation bei der Stiftung Humor Hilft Heilen. Zuvor leitete sie von 2013 bis August 2021 die Pressestelle der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Sie ist ausgebildete (Wissenschafts-)Journalistin und hat Bildungswissenschaften, Soziologie sowie Neuere deutsche Literatur an der Universität Bonn und der Sorbonne Paris-IV studiert. Als freie Journalistin war sie für verschiedene Medienhäuser tätig.

Stil und Aufbau

Das Buch ist als Sammelband konzipiert und enthält Beiträge verschiedener Autor*innen, was zu einer gewissen Heterogenität im Stil führt. Dennoch gelingt es der Herausgeberin, durch eine klare Gliederung und thematische Fokussierung einen roten Faden erkennbar zu machen. Die Texte sind wissenschaftlich fundiert, aber auch für ein breiteres Publikum verständlich geschrieben, was den Zugang erleichtert. Die Gliederung in sechs Teile – von der Einführung über gesellschaft-

liche Folgen, Gesundheitsfragen, Pflegeentwicklung, Szenarien bis zum Ausblick – schafft eine strukturierte Übersicht über die komplexen Themenfelder. Zahlreiche Studien und aktuelle Forschungsergebnisse untermauern die Argumente und bieten eine fundierte Basis für die Diskussion.

Einleitung: Ein Buch zur „Zeitenwende“

„Die Welt im Wandel“ versteht sich als eine Momentaufnahme einer globalen „Zeitenwende“, die durch eine Vielzahl von Krisen und Umbrüchen geprägt ist. Verena Breitbach betont in der Einleitung, dass wir uns in einer Phase befinden, in der vieles, was bislang als selbstverständlich galt, sich rapide verändert oder infrage gestellt wird. Die Pandemie, der Krieg in der Ukraine, die Energiekrise, Inflation und der Klimawandel sind nur einige der Herausforderungen, die den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die individuellen Lebenswelten erschüttern. Dabei wird die „Zeitenwende“ nicht nur als Gefahr, sondern auch als Chance für einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel verstanden.

Die Herausgeberin und die Autor*innen zeigen auf, wie Unsicherheit, Zukunftsängste und Orientierungslosigkeit das kollektive Gefühl prägen, insbesondere bei jüngeren Generationen. Studien belegen, dass trotz der Herausforderungen auch ein gemeinsames Wertefundament zwischen Generationen existiert, das Hoffnung auf gesellschaftlichen Zusammenhalt gibt. Das Buch will Orientierung bieten und Impulse für eine resiliente Gesellschaft geben, die den Wandel aktiv gestaltet.

Gesellschaftlicher Wandel: Ambivalenzen und Herausforderungen

Ein großer Teil des Bandes widmet sich den gesellschaftlichen Folgen der multiplen Krisen. Soziologische Analysen verdeutlichen, wie die Pandemie und weitere

Krisen die Verteilung von Sorgearbeit zwischen Müttern und Vätern beeinflusst haben und welche Rückschläge, aber auch Hoffnungsschimmer sich abzeichnen. Die Autor*innen zeigen, dass die gesellschaftliche Haltung gegenüber Care-Arbeit ambivalent ist: Einerseits wird Pflege und Sorgearbeit oft unterschätzt, andererseits wächst die Anerkennung für deren gesellschaftliche Bedeutung.

Die Beiträge zeichnen ein differenziertes Bild der Gesellschaft, das Klischees über Generationenkonflikte relativiert und aufzeigt, wie Medien und politische Diskurse die Wahrnehmung von gesellschaftlichen Gruppen prägen. Die Autor*innen appellieren an die Notwendigkeit eines „progressiven Wir“, das die Spaltung überwindet und gemeinsame Zukunftsperspektiven entwickelt.

Gesundheit im Fokus: Von individueller zu kollektiver Verantwortung

Die Pandemie hat den Megatrend Gesundheit beschleunigt und verändert das Verständnis von Gesundheit grundlegend. Gesundheit ist nicht mehr nur das Fehlen von Krankheit, sondern wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Psychische Gesundheit, Resilienz und Achtsamkeit gewinnen an Bedeutung, was sich auch in der steigenden Nachfrage nach Angeboten zur Gesundheitsförderung widerspiegelt.

Die Beiträge zu gesundheitlichen Fragestellungen beleuchten, wie das Gesundheitswesen auf die Klimakrise reagieren muss und welche Lehren aus der Corona-Pandemie gezogen werden können, um künftigen Herausforderungen besser zu begegnen. Besonders eindrücklich ist die Analyse der psychischen Auswirkungen multipler Krisen auf Kinder und Jugendliche, die oft als „übersehene Generation“ bezeichnet werden.

Pflege im Wandel: Beruf, Image und Digitalisierung

Ein zentrales Thema des Buches ist die Pflege, die weit über den Beruf hinaus als gesellschaftliche Aufgabe betrachtet wird. Die Autor*innen diskutieren, ob es einen nachhaltigen Imagewandel im Pflegeberuf gegeben hat oder ob die Anerkennung nur oberflächlich bleibt. Die Herausforderungen wie Fachkräftemangel, Arbeitsbedingungen und Digitalisierung werden kritisch beleuchtet.

Besonders interessant sind die Beiträge, die die Möglichkeiten und Grenzen der Digitalisierung in der Pflegeausbildung aufzeigen sowie die Entwicklung von Interessenvertretungen während der Pandemiezeit. Auch die Rolle von sozialen Medien und Influencern in der Pflege wird reflektiert, was die Komplexität und die neuen Kommunikationswege in diesem Berufsfeld verdeutlicht.

Multiperspektivische Zugänge und Zukunftsszenarien

Das Buch profitiert von der Vielfalt der Disziplinen, aus denen die Autor*innen stammen: Sozialwissenschaften, Medizin, Psychologie, Pflegewissenschaft, Klima- und Zukunftsforschung. Diese multiperspektivische Herangehensweise ermöglicht es, die Herausforderungen ganzheitlich zu betrachten und verschiedene Facetten des Wandels zu beleuchten.

Im letzten Teil des Buches werden Szenarien für eine resiliente Gesellschaft vorgestellt, die auf positiven psychologischen Konzepten basieren und Wege aufzeigen, wie Arbeit gesünder gestaltet werden kann. Die Rolle der Medien im gesellschaftlichen Transformationsprozess wird ebenfalls kritisch hinterfragt und als wichtiger Faktor für die Gestaltung der Zukunft erkannt.

Fazit: Ein wichtiger Beitrag zur Reflexion einer komplexen Gegenwart

„Die Welt im Wandel. Gesellschaft – Gesundheit – Pflege“ von Verena Breitbach ist ein zeitgemäßes und vielschichtiges Werk, das die Herausforderungen und Chancen unserer Zeit aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Es bietet eine differenzierte Analyse der multiplen Krisen und deren Auswirkungen auf zentrale gesellschaftliche Bereiche.

Das Buch ist besonders wertvoll für Fachleute aus Sozialwissenschaften, Gesundheitswesen und Pflege, aber auch für politisch und gesellschaftlich Interessierte, die sich mit den aktuellen Transformationsprozessen auseinandersetzen wollen. Die multiperspektivische Herangehensweise und die konstruktiven Zukunftsszenarien machen das Werk zu einem wichtigen Impulsgeber in einer Zeit großer Umbrüche.

Insgesamt überzeugt der Sammelband durch seine inhaltliche Tiefe, die Aktualität der Themen und die ausgewogene Darstellung von Risiken und Chancen. „Die Welt im Wandel“ regt zum Nachdenken an und motiviert dazu, den Wandel aktiv mitzugestalten – eine Lektüre, die in der heutigen Zeit unverzichtbar ist.

Eine Rezension von Romy Flotow
MSc Health Professions Education



STIFTUNG
für die Internationalen Wochen
GEGEN RASSISMUS

Die Stiftung gegen Rassismus plant und koordiniert die Internationalen Wochen gegen Rassismus in Deutschland.

Ziel ist die Überwindung von Rassismus und Ausgrenzung von marginalisierten Personen.

**Alle können sich engagieren.
Werden auch Sie aktiv!**

Folgende Aktivitäten werden neben den UN-Wochen durchgeführt und brauchen Ihre Unterstützung:

- Modellprojekt Rassismus im Gesundheitswesen
- Modellprojekt Kommunen für Demokratie und gegen Rassismus
- Arbeitskreis Pro Menschenwürde

www.stiftung-gegen-rassismus.de

**Jetzt für
100%
Menschenwürde
und 0% Hass
spenden.**



Stiftung gegen Rassismus
Evangelische Bank

IBAN: DE14 5206 0410 0004 1206 04
BIC: GENODEF1EK1

Herzlichen Dank!

Lzumi Klockman, Johanna Heeg, Olaf von dem Knesebeck, Martin Härter, Daniel Lüdecke (Hrsg.)

Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen

Ein praxisorientiertes Handbuch

Oekom Verlag, München 2024, 208 Seiten, 32,00 €, ISBN 978-3987260865, Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, Band 6.



Das Buch *Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen* widmet sich der Frage, wie Gesundheitskompetenz in Städten und urbanen Organisationen gefördert werden kann. In einem interdisziplinären Ansatz vereint es theoretische Konzepte mit praxisnahen Lösungsansätzen. Die Thematik ist hochaktuell, da gesundheitliche Ungleichheiten in urbanen Räumen zunehmen und Städte vor der Herausforderung stehen, Gesundheitsförderung und Prävention gezielt zu steuern.

Die Herausgeber*innen sind renommierte Wissenschaftler*innen aus den Bereichen Public Health, Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin. Prof. Dr. Lzumi Klockman und Prof. Dr. Martin Härter haben langjährige Erfahrung in der Erforschung der Gesundheitskompetenz. Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck ist Experte für soziale Ungleichheit in der

Gesundheitsversorgung. Johanna Heeg und Dr. Daniel Lüdecke bringen zusätzlich sozialwissenschaftliche und gesundheitspraktische Perspektiven ein. Die Herausgeber*innen haben bereits zahlreiche Publikationen zu gesundheitsbezogenen Themen veröffentlicht.

Das Werk ist Teil der Reihe *Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region* und erscheint als Band 6. Es wurde im Kontext einer verstärkten wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzung mit urbaner Gesundheitsförderung verfasst. Insbesondere die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung städtischer Gesundheitsstrategien in den Fokus gerückt. Das Buch basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Praxiserfahrungen aus Modellprojekten.

Das Buch ist systematisch aufgebaut und führt zunächst in die Grundlagen der Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen ein. Anschließend werden theoretische Rahmenmodelle vorgestellt, die als Basis für die spätere Analyse dienen. Methoden zur Messung und Förderung der Gesundheitskompetenz werden detailliert erläutert, bevor verschiedene Praxisbeispiele aus unterschiedlichen urbanen Organisationen die theoretischen Konzepte veranschaulichen. Abschließend bietet das Buch praxisnahe Handlungsempfehlungen und Strategien für die Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in urbanen Strukturen und skizziert zukünftige Herausforderungen.

Durch die Kombination von wissenschaftlichen Grundlagen und praktischen Anwendungsbeispielen wird eine Brücke zwischen Theorie und Praxis geschlagen, die das Buch besonders zugänglich macht.

Das Buch bringt einen innovativen Fokus auf urbane Gesundheitskompetenz, ein bislang wenig spezifiziertes Themenfeld. Während

Gesundheitskompetenz in wissenschaftlichen Debatten häufig auf Individuen oder Gesundheitseinrichtungen bezogen wird, betrachtet diese Publikation gezielt urbane Organisationen als zentrale Akteure. Besonders hervorzuheben ist die praxisorientierte Herangehensweise, die wissenschaftliche Erkenntnisse mit konkreten Umsetzungsmöglichkeiten verknüpft. Diese Verbindung aus Theorie und Praxis ermöglicht es, sowohl fundierte wissenschaftliche Einsichten als auch unmittelbar anwendbare Maßnahmen zu erhalten.

Das Werk richtet sich an Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, Stadtplaner*innen, politische Entscheidungsträger*innen sowie Wissenschaftler*innen, die sich mit urbaner Gesundheitsförderung beschäftigen. Durch seine praxisnahe Ausrichtung bietet es wertvolle Anleitungen für die Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in urbanen Organisationen und gibt konkrete Handlungsempfehlungen für die nachhaltige Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Die methodische Vielfalt, die sowohl qualitative als auch quantitative Ansätze berücksichtigt, macht das Buch für verschiedene Fachdisziplinen relevant und anwendbar.

Das Thema ist breit angelegt und deckt zahlreiche Aspekte urbaner Gesundheitsförderung ab, darunter soziale Determinanten, strukturelle Rahmenbedingungen und organisationale Gesundheitsstrategien. Trotz dieser inhaltlichen Vielfalt gelingt es den Autor*innen, eine kohärente Struktur zu wahren und die verschiedenen Facetten systematisch darzustellen. Besonders bemerkenswert ist die Balance zwischen einer umfassenden theoretischen Fundierung und einer praxisnahen Ausrichtung, die sicherstellt, dass sowohl Wissenschaftler*innen als auch Praktiker*innen einen Mehrwert aus der Lektüre ziehen können.

Die Publikation erreicht ihr Ziel, ein praxisorientiertes Handbuch zur Förderung der Gesundheitskompetenz in urbanen Organisationen zu sein. Besonders die Mischung aus wissenschaftlichen Grundlagen und Praxisbeispielen trägt zur Verständlichkeit und Anwendbarkeit bei. Die präsentierten Fallstudien verdeutlichen, wie theoretische Konzepte in die Praxis umgesetzt werden können, und helfen den Leser*innen, eigene Strategien zu entwickeln.

Trotz der hohen inhaltlichen Dichte bleibt das Werk insgesamt gut verständlich und praxisnah. Das Buch ist klar strukturiert und visuell ansprechend gestaltet. Zahlreiche Tabellen, Grafiken und Infoboxen erleichtern das Verständnis und machen die Inhalte greifbar. Besonders hilfreich sind die hervorgehobenen Praxisempfehlungen und Checklisten, die den Transfer der Inhalte in die berufliche Praxis unterstützen. Die didaktische Aufbereitung sorgt dafür, dass auch komplexe Sachverhalte verständlich bleiben, und ermöglicht ein gezieltes Nachschlagen relevanter Informationen.

Die Thematik ist hochaktuell, insbesondere im Kontext zunehmender gesundheitlicher Herausforderungen in Städten. Fragen der Gesundheitskompetenz gewinnen vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen, sozialer Ungleichheiten und der Digitalisierung an Bedeutung. Die Autor*innen beziehen aktuelle Studien und politische Entwicklungen ein, was das Buch wissenschaftlich fundiert und für die Praxis hochrelevant macht. Es bietet zudem Perspektiven auf zukünftige Herausforderungen und diskutiert innovative Lösungsansätze, die über bestehende Konzepte hinausweisen.

Während es bereits zahlreiche Werke zur Gesundheitskompetenz gibt, liegt die Besonderheit dieses Buches in seinem urbanen Fokus.

Vergleichbare Veröffentlichungen beziehen sich oft auf individuelle Gesundheitskompetenz oder institutionelle Ansätze, während hier der Schwerpunkt auf städtische Organisationen gelegt wird. Diese Perspektive eröffnet neue Zugänge zur Förderung von Gesundheit in urbanen Kontexten und ergänzt bestehende Literatur um wertvolle praxisnahe Erkenntnisse.

Ein möglicher Kritikpunkt ist die teilweise hohe wissenschaftliche Dichte einiger Kapitel, die für Praktiker*innen ohne akademischen Hintergrund eine Herausforderung darstellen könnte.

Das Buch *Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen* bietet einen wertvollen Beitrag zur Förderung gesundheitsbezogener Maßnahmen in urbanen Räumen. Es verbindet wissenschaftliche Grundlagen mit praktischen Anwendungen und spricht eine breite Zielgruppe an. Besonders die praxisnahen Empfehlungen und die anschaulichen Fallbeispiele machen das Werk zu einer wertvollen Ressource für alle, die sich mit urbaner Gesundheitsförderung beschäftigen. Trotz kleinerer Schwächen in der didaktischen Aufbereitung ist es eine empfehlenswerte Lektüre für Fachkräfte und Entscheidungsträger*innen, die nachhaltige Lösungen für gesundheitliche Herausforderungen in Städten suchen.

Eine Rezension von Denise Vey

Silke Schwarz

Psychotherapie bei Partnerschaftsgewalt

Herausforderungen in der Arbeit mit betroffenen Frauen

Kohlhammer Verlag, Stuttgart
2025, 146 Seiten, 32,00 €,
ISBN 978-3-17-044785-1



Partnerschaftsgewalt ist eine Thematik, die gesellschaftlich hoch relevant ist – nicht nur für Psychotherapeut*innen, sondern auch für Fachkräfte im weiteren psychosozialen Spektrum, darunter Sozialarbeiter*innen, Berater*innen, Pflegekräfte in der Psychiatrie sowie Mitarbeitende aus dem Gewaltschutz, der Behindertenhilfe oder aus flucht- und migrationsbezogenen Einrichtungen. Silke Schwarz legt mit ihrem Buch einen kompakten und praxisnahen Leitfaden vor, der nicht nur Psychotherapeut*innen, sondern allen dieser Berufsgruppen dienlich ist und ihnen fundierte Orientierung im Umgang mit betroffenen Frauen bietet.

Obwohl der Titel zunächst eine psychotherapeutische Schwerpunktsetzung vermuten lässt, verfolgt Schwarz einen schulübergreifenden Ansatz, der bewusst offen gestaltet ist und sowohl therapeutisch als auch beratend tätigen Fachkräften zahlreiche Anregungen bietet. Der inhaltliche Zugang bleibt dabei nicht auf die individuelle Ebene

beschränkt, sondern bindet das Thema konsequent in gesellschaftliche und strukturelle Kontexte ein – was besonders hilfreich ist, wenn es darum geht, Gewaltphänomene nicht als isolierte Einzelfälle, sondern als Ausdruck sozialer Machtverhältnisse zu verstehen.

Die Autorin zeigt sensibel und differenziert auf, wie Partnerschaftsgewalt psychisch, sozial und strukturell wirkt. Dabei nimmt sie die Perspektiven und Erfahrungen betroffener Frauen ernst, ohne sie zu vereinfachen oder zu generalisieren. Ihre Darstellung bleibt nah an der Praxis und zugleich reflektiert im Hinblick auf die ethischen und methodischen Herausforderungen, die mit der Arbeit in diesem Feld einhergehen.

In acht klar strukturierten Kapiteln vermittelt das Buch grundlegende Kenntnisse – etwa zur Psychotraumatologie, zu Risikoabschätzung und Sicherheitsplanung, zur therapeutischen Beziehungsgestaltung sowie zur Situation mitbetroffener Kinder. Es geht auch auf rechtliche Rahmenbedingungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein. Besonders hilfreich ist dabei die Verbindung von Hintergrundwissen mit konkreten Handlungsempfehlungen:

Checklisten, Fallbeispiele und Hinweise für die Gesprächsführung machen das Buch zu einem praxisorientierten Werkzeug für den Alltag in Beratungs- und Unterstützungssettings.

Ein zentrales Merkmal des Buches ist die konsequente Ausrichtung auf traumasensible, ressourcenorientierte und empowernde Ansätze. Schwarz orientiert sich dabei an der aktuellen WHO-Leitlinie für Gesundheitsfachkräfte zum Umgang mit geschlechtsspezifischer Gewalt und betont eine Haltung, die Validierung, Parteilichkeit und die Anerkennung der Expertise betroffener Frauen in den Mittelpunkt stellt. Sie spricht sich für eine Arbeitsweise aus, die Hierarchien kritisch reflektiert, Selbstbestimmung stärkt und gesellschaftliche Machtverhältnis-

se nicht ausklammert, sondern als wesentlichen Kontext begreift.

Besonders hervorzuheben ist der sozialkonstruktivistische Zugang, den Schwarz wählt. Das Konzept „Doing Gender“ – also die soziale Konstruktion und ständige Reproduktion von Geschlecht durch Interaktion – zieht sich als analytischer Rahmen durch das Buch. Auf dieser Grundlage wird Gewalt nicht nur als individuelles oder psychologisches Phänomen begriffen, sondern auch als Folge gesellschaftlich strukturierter Ungleichheiten, die sich in Partnerschaften ebenso wie in professionellen Beziehungskontexten manifestieren können.

Für Fachkräfte in der psychosozialen Beratung ergeben sich daraus wertvolle Impulse: etwa zur Reflexion eigener Rollenzuschreibungen, zum bewussten Umgang mit Ambivalenzen oder zur Erweiterung des Blicks auf unterschiedliche Geschlechteridentitäten und Beziehungskonstellationen. Der performative Charakter von Geschlecht und Macht wird dabei nicht nur theoretisch benannt, sondern auch praxisnah in seine Relevanz für konkrete Beratungssituationen übersetzt.

Anders als viele klassische psychotherapeutische Fachbücher vermeidet Schwarz eine feste Anbindung an eine bestimmte Schule. Sie integriert stattdessen Elemente aus verschiedenen Richtungen – unter anderem die ressourcenorientierte Haltung der Verhaltenstherapie, das tiefenpsychologische Verständnis von Beziehungsmustern und eine gesamtgesellschaftliche Perspektive, wie sie auch aus psychoanalytisch informierten Debatten bekannt ist. Diese methodische Offenheit ist ein großer Vorteil, insbesondere für Fachkräfte, die in multiprofessionellen Teams arbeiten und sich flexibel auf unterschiedliche Kontexte und Anliegen einstellen müssen.

Für eine vertiefte psychotherapeutische Ausbildung innerhalb eines spezifischen Therapieverfahrens

bietet das Buch weniger systematische Anleitung. Doch gerade in seiner interdisziplinären Offenheit und durch die konsequente Einbindung feministischer Perspektiven liefert es wertvolle Impulse für die Reflexion therapeutischer Praxis – insbesondere dort, wo individuelle Problematiken in Verbindung mit struktureller Gewalt zu denken sind.

Auch international ist der Ansatz anschlussfähig: Schwarz' Ausrichtung entspricht den Empfehlungen von WHO und UN Women, in denen Empowerment, Vernetzung und traumasensible Begleitung als zentrale Elemente der psychosozialen Unterstützung genannt werden. Die Verbindung von theoretischer Reflexion, praktischen Handlungsmöglichkeiten und einer ethisch fundierten Grundhaltung macht das Buch zu einer hilfreichen Lektüre für alle, die im psychosozialen Feld tätig sind.

Fazit

Silke Schwarz' „Psychotherapie bei Partnerschaftsgewalt“ ist ein fundiertes, praxisnahes und sensibel geschriebenes Fachbuch, das insbesondere für psychosoziale Fachkräfte in Beratungsstellen und unterstützenden Einrichtungen wertvolle Anregungen bietet. Es überzeugt durch einen breiten, schulenübergreifenden Zugang, durch methodische Offenheit und durch eine konsequent ressourcenorientierte, empowernde Haltung. Wer sich mit den psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Dimensionen von Partnerschaftsgewalt auseinandersetzt und sich in seiner Arbeit theoretisch wie praktisch orientieren möchte, wird in diesem Buch eine anregende und hilfreiche Begleitung finden.

Eine Rezension von Anna Zell
B.A. Sozialökonomie, B.A. Soziale Arbeit, Psychosoziale Betreuungskraft

Anika Preuß, Tim Schäfer Stark im Alltag mit Hörgeräten

Ein Kinderfachbuch

Vor-Lesealter: ab 3 Jahren, Mabuse Verlag, 2025, 40 Seiten, gebunden, 24,00 €, ISBN 978-3863216580



Im Bereich von „Nicht taub, aber doch schwer hörend“ bleiben Kinder, deren eingeschränktes Hören und Nicht-Verstehen-Können oft nicht ausreichend erkannt wird oder als Desinteresse oder Trotz gewertet wird. Diese müssen sich zu oft unter vermehrter Anstrengung und unter Zuhilfenahme kompensierender „Ablese“ Versuche durchs Leben schlagen.

Auf der einen Seite gehören sie nicht zu den Gehörlosen, die zum Teil eine eigene Welt aufgebaut haben, zum anderen gehören sie aber auch nicht zu der Welt der gut Hörenden. Es bleibt die Versuchung, unauffällig unter Hörenden weiterleben zu wollen. Auf Dauer gelingt dies jedoch nicht, sondern führt oft zu sozialem Rückzug, mangelnder Annahme der eigenen Behinderung, möglicherweise zu Resignation oder unterdrückter Feindseligkeit, Ängstlichkeit und depressiver Reaktion oder auch zu heftig überschießenden Wutausbrüchen und dem Gefühl, die Welt habe sich gegen einen verschworen.

Bei Erwachsenen vergehen oft 2 Jahre zwischen dem Erkennen der Schwerhörigkeit und dem Beginn einer Hörverbesserung. Auch für Kinder ist der Weg bis zu einer adäquaten Versorgung ihrer Schwerhörigkeit mit Hörgeräten oft lang und beschwerlich. Dabei reicht die alleinige Verordnung von Hörgeräten nicht aus. So können Hörhilfen nur dann weiterhelfen, wenn die Kinder und ihre Eltern einen ausreichenden Umgang mit ihnen erlernen.

Hilfreich ist dabei ein Kinderbuch, das spielerisch und optisch dialogisierend auf die Kinder zugeht. Es holt die Kinder mit bunten Bildern von Hase, Katze, Maus, Hund und Frosch da ab, wo sie sich möglicherweise noch einsam und verlassen fühlen. Über die Animation mit Bildern zu den anderen 5 Sinnen schafft es Anika Preuß, Akzeptanz auch für ein Hörgerät zu entwickeln. Die Idee lautet, dass das Erkennen und Bewerten von Gefühlen zu Achtsamkeit und vor allen Dingen zu Sicherheit im Umgang mit sich selbst und anderen führt. Das hat auch positive Auswirkungen auf das selbstbewusste Tragen von Hörhilfen. Dabei ermuntern die bildlichen Anleitungen, auch Bescheid zu sagen, wenn man etwas nicht versteht und das nicht als Fehler, sondern als Mut zu klassifizieren.

Auf dem Weg dahin lädt Anika Preuß ein, aufzuschreiben, was das hörgeschädigte Kind schon kann und was es noch üben möchte. Es erklärt einfach Schritt für Schritt, wie ein Hörgerät eingesetzt und was im Weiteren beachtet werden muss. So kann auch etwa die Reinigung des Hörgerätes am Abend ebenso von der Hand gehen wie das Zähneputzen.

Und weil ein Hörgerät auch immer leiden kann, gibt das Buch auch Anleitung für Dinge, die man machen, aber auch lassen sollte. Am Ende gibt es noch viele und liebevoll gezeichnete Wimmel-Bilder

von Tim Schäfer, die die Sprachförderung verbessern sollen.

Hilfreich ist dabei sicherlich, dass viele Erfahrungen aus der Hörfrühförderung sowohl der betroffenen Eltern und Kinder als auch von Profis Pate gestanden haben. So ist dieses kleine Büchlein empfehlenswert für Eltern und Kinder, die mit offenen, zumindest besseren Ohren durch die Welt gehen wollen.

Dr. med. H. Schaaf
Ltd. Oberarzt, Psychotherapie
Tinnitus Klinik Dr. Hesse

Jochen A. Werner Krankenhaus geht besser

Medhochzwei Verlag, Heidelberg 2025, 217 Seiten, 49,00 €, ISBN 978-3-98800-148-1

In seinem Buch „Krankenhaus geht besser“ fordert Jochen A. Werner einen Neustart des Gesundheitssystems. Sein Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Menschen – nicht auf der Ökonomie.

Werner führt lebendig zur notwendigen Transformation des Gesundheitswesens aus, beschreibt unsere Gesundheitsversorgung im internationalen



Vergleich, bevorzugt die Chancen der Digitalisierung & KI und die damit verbundenen Herausforderungen für die Gesundheitseinrichtungen. Neben den aktuellen Trends erklärt Werner die gesundheitspolitischen Entscheidungen der Vergangenheit, ohne zu sehr zu verweilen. Er betont die Notwendigkeit von Vertrauen, Respekt und Empathie – überall im Gesundheitswesen.

Werner hat vier Schlüsselkomponenten für das Krankenhaus der Zukunft identifiziert: Smart, Economic, Green und Human. Sein erstrebenswertes Konzept für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung sieht er in dem Konzept der „Kleeblattkliniken“. In seinem Buch kritisiert Werner die mangelnde Umsetzungsbereitschaft im Gesundheitswesen und plädiert für mehr Mut auf Managementebene. Er argumentiert, dass Digitalisierung eine Chance für mehr Transparenz, Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen bietet, die jedoch durch die vorherrschende Mentalität und den fehlenden Willen zur Erneuerung behindert wird.

Werner sieht die Notwendigkeit eines Wandels, sowohl in der Gesundheitspolitik als auch im Denken der Akteure im Gesundheitswesen. Im Buch hebt er die Bedeutung der Digitalisierung und einer umfassenden Vision für die Zukunft des Gesundheitssystems hervor. Werner plädiert für eine stärkere Betonung von Menschlichkeit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Insbesondere für Mediziner und für das Management hat er konkrete Anforderungen an Future Skills der Personalführung, dabei verpasst er leider die Gelegenheit, auch andere Gesundheitsberufe stärker einzubeziehen, deren Kompetenzen durch die zunehmende Akademisierung zu nutzen und die Interprofessionalität als Grundvoraussetzung der Zukunft im Gesundheitswesen

darzustellen.

Das Buch „Krankenhaus geht besser“ ist eine zeitgenössische Dokumentation des deutschen Gesundheitssystems und illustriert auf unterhaltsame Art die verpassten und die anstehenden Chancen des Gesundheitswesens.

Eine Rezension von Sabine Brase,
M.Sc., Geschäftsführung Pflege -
Bildung - Zukunft

Susanne Hartung & Petra Wihofszky (Hrsg.) **Gesundheit und Nachhaltigkeit**

Springer, Berlin, Heidelberg,
2024, 524 Seiten, 189,99 €,
ISBN 978-3662682777



Susanne Hartung (Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten im Fachbereich Gesundheit Pflege Management in der Hochschule Neubrandenburg) und Petra Wihofszky (Professorin für Gesundheitswissenschaften mit Schwerpunkt Pflege an der Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege der Hochschule Esslingen) haben DAS Nachschlage- und Grundlagenwerk herausgegeben, das wir im Gesundheits- und Sozialbereich brauchen. Es unterstützt uns darin, mit hoher gesundheits-

wissenschaftlicher Kompetenz unseren Beitrag dazu zu leisten, dass auch im Gesundheitsbereich die planetaren Grenzen eingehalten und der soziale Zusammenhalt gefördert wird. 113 renommierte Autorinnen und Autoren aus den angesprochenen Fachbereichen haben in aktuell 45 Artikeln (fast) alles beleuchtet, was es von den Grundlagen über spezifische theoretische und praktische Themenschwerpunkte bis hin zu konkreten Handlungsbeispielen im Kontext von Gesundheit und Nachhaltigkeit zu wissen gibt.

Das Buch gliedert sich in vier Teile:

I Grundlagen und Perspektiven

Alle Artikel des Buches beziehen sich auf eine gemeinsame Definition von Nachhaltigkeit, die die ökologische, soziale und ökonomische Perspektive umfasst und auf den 17 Nachhaltigkeitszielen der UN fußt. Beispielsweise wird die Donut-Ökonomie als ökonomisches Alternativmodell diskutiert. Besonders hilfreich sind die epidemiologischen Messzahlen zur Beurteilung von Gesundheit und Nachhaltigkeit wie z.B. der Human Development Index (HDI). Wichtig ist auch die Umsetzung von Partizipation am Beispiel der Partizipativen Forschung im Rahmen der Agenda 21.

Eine wichtige Quelle zur Orientierung, inwieweit Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen bereits umgesetzt wird, ist die jährliche Berichterstattung im Rahmen des Lancet Countdown.

Grundlegend wird auch die Technik im Gesundheitswesen und Nachhaltigkeit beleuchtet.

II Gesundheitsförderung und Prävention

Immer wieder werden die Determinanten Ernährung und Bewegung aufgegriffen, allerdings in einem gesamtpolitischen Kontext wie z.B. der Entwicklung einer planetaren Agrar- und Ernährungsstrategie.

Wichtig sind auch Nachhaltigkeitskonzepte für Resilienz und

Gesundheitskompetenz und die Definition einer neuen Fachbegrifflichkeit: die Klimagesundheitsförderung.

Ebenso werden die Settings Kita, Schule, Hochschule, Betrieb (Arbeit) sowie Kommune aufgegriffen und Gesundheitsförderungsstrategien auch vor dem Hintergrund internationaler Programme wie z.B. dem UNESCO-Weltaktionsprogramm „Bildung und Nachhaltige Entwicklung“ (BNE) dargestellt.

Die gesundheitliche Chancengleichheit wird z.B. anhand des Good-Practice-Kriteriums „Nachhaltigkeit“ aber auch mit Blick auf digitale Spaltung betrachtet.

III Krankenversorgung, Pflege, Rehabilitation

Dieser Bereich wird vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Entwicklungen und Papiere wie z.B. den THG-Reduktion DIN-Iso-Normen behandelt. Ein „Klima-Cockpit“ wird vorgestellt, um Krankenhäuser nachhaltig zu managen.

Über Nachhaltigkeitsstrategien für Intensivmedizin und Anästhesiologie bis zu Hitzeschutzplänen für Pflegeeinrichtungen wird eigentlich kaum ein Versorgungsbereich ausgelassen bis hin zu Physiotherapie, Diätetik und Rehabilitation.

IV Gesundheitsbezogene Ausbildungen und Studiengänge

Auch dieser Teil ist umfassend. Bildungsgänge in Pflege und Medizin werden vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Empfehlungen wie z.B. der Canmore-Empfehlung 2018 als Erweiterung der Ottawa-Charta Grundsatzdeklaration, aber auch kritisch mit Blick auf noch wenig verbindliche Nachhaltigkeitsinhalte in deutschen Medizinstudiengängen und auch im Pflegeberufsgesetz diskutiert.

Als wohlthuende Hinweise sind daher die Angaben zu Modellversuchen und digital zugänglichen Lernangeboten einzelner Bildungseinrichtungen wie z.B. der Kurs

Planetare Gesundheit im Modul „Umwelt und Gesundheit“ des MSc Public Health an der Hochschule Fulda zu werten.

Beeindruckend ist, wie konsequent die Herausgeberinnen trotz der Vielfalt der Themen Wert auf eine einheitliche Definition und das Verständnis von Nachhaltigkeit gelegt haben. Hierdurch haben sie ein tragfähiges Fundament für die Arbeit mit Gesundheit und Nachhaltigkeit in allen Bereichen geschaffen.

Inhaltlich erstaunt, wie selten der Settingansatz der Gesundheitsförderung und die daraus resultierende erforderliche Organisationsentwicklung eingebunden wurden. Selbst wenn der Settingansatz erwähnt wurde, verbargen sich im Text dahinter oft Informationsvermittlung und Verhaltensprävention. Von diesen

wissen wir, dass sie zwar weniger komplex und herausfordernd sind, aber insbesondere sozial benachteiligte Gruppen schlechter erreichen. Damit vergrößern sie die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit. Hier wäre eine konsequentere Reflexion sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit wünschenswert gewesen.

Es bleibt zu hoffen, dass Forschung und Umsetzung sich in der Realität intensiver mit komplexen Interventionen und ihrer Evaluation befassen; dann gäbe es bestimmt auch weitere interessante Beiträge für eine willkommene nächste Auflage dieses Springer Reference Werks.

Eine Rezension von
Dr. med. Frank Lehmann, MPH



Jahrestagung der
Deutschen Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.
(DGSP)
16. bis 18. Oktober 2025 in
Leverkusen

**Lebensspannen -
spannendes Leben**
Psychische
Erkrankungen im
Lebenszyklus



Aktuelle Infos auf unserer Website!

DGSP
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

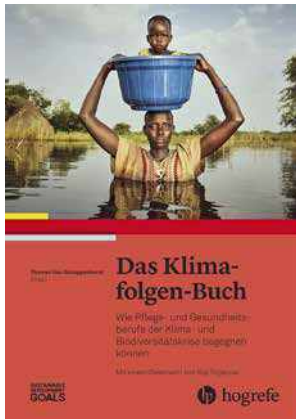
 **Kontakt**
Zeltinger Str. 9 / 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02 /
info@dgsp-ev.de / www.dgsp-ev.de

Thomas Hax-Schoppenhorst
(Hrsg.)

Das Klimafolgen-Buch

Wie Pflege- und Gesundheitsberufe der Klima- und Biodiversitätskrise begegnen können

Hogrefe Verlag, Bern, 1. Auflage
2024, 424 Seiten, 50,00 €, ISBN
978 3 456 86332 0



Klima als statistische Beschreibung von Wetter über einen langen Zeitraum und dessen Wandel wird in den drei Teilen des Buches von den historischen bis zu den aktuellen Ursachen und deren Wirkungen auf die gesamte Menschheit im Allgemeinen beschrieben. Im Besonderen werden die Auswirkungen auf die globale Gesundheit und ausgewählte Sozial- und Gesundheitsberufe und deren Verantwortung in der Nachhaltigkeitsentwicklung diskutiert und konkret exemplarisch dargestellt. Handlungsempfehlungen und Lösungen werden multiperspektivisch gefächert und berühren die Mikro-, Meso- und Makroebene menschlicher Systeme. Dadurch wird kritische Selbstreflexion ebenso angeregt, wie nachhaltige Projekte in Institutionen oder nachhaltige Entwicklungsoptionen in globalen Systemen der menschlichen Zusammenarbeit.

Besonderen Stellenwert in den angebotenen Lösungskonzepten zum Klimawandel hat der Gesundheitsfachberuf Pflegefachperson

mit der grundständigen generalistischen Pflegeausbildung, gleichwohl gehen Exkurse auch in die tertiäre Bildung von Sozialer Arbeit und Pflege sowie Medizin und wie diese den Wandel bewirken können.

Hintergrund

Der Herausgeber Thomas Hax-Schoppenhorst ist Lehrer und hat bereits sehr früh nach den ersten internationalen Klimawandelforderungen der 1980 Jahre zu globalen Auswirkungen im Weltkursbuch 1988 publiziert. Als ehemaliger Pflegehelfer und tätiger Dozent an Pflegeschulen ist die Verortung der Berufsfelder Gesundheitsberufe im Werk konsequent.

Die weiteren 44 Autor*innen forschen und/oder publizieren zu Klimawandel, Entwicklung, Energie, Politik, Ökologie und Nachhaltigkeit oder sind in diesen Bereichen engagiert. Einen größeren Anteil der Autor*innen stellt eine Berner Forscher*innengruppe. Zwei Autor*innen gehören der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. (KLUG) an, zwei Autor*innen haben eine Tätigkeit am Zentrum für Klima und Außenpolitik der Deutschen Gesellschaft für Auswärtige Politik. Alle Autor*innen sind beruflich im Zusammenhang mit Klima, Gesundheit oder Nachhaltigkeit verbunden oder engagiert.

Die breite Autorenschaft lässt erahnen, dass die Klimafolgen breit recherchiert und möglicherweise intersektional zusammenhängend im Werk dargestellt sind.

Aufbau

Das Klimafolgen-Buch beruht in seinen 29 Kapiteln auf nationalen und internationalen Publikationen, die als Primärquellen in Onlineartikeln, in Zeitschriften, Bibliografien oder Berichten von Internationalen oder Nationalen (Klima)-Konferenzen, Tagungen und Behörden überwiegend in den Jahren 2010

bis 2024 erschienen.

Das umfassende Werk stellt im ersten Teil I wegweisend und tiefgründig den Zeitraum 1980 mit der ersten auf Deutsch erschienen Umweltstudie bis zur heutigen (2025) Grundgesetzänderung zur Klimaneutralität im Artikel 143 dar. Der menschengemachte Klimawandel wird über die beeinflussenden Faktoren, über Klimagerechtigkeit und ethische Bezugspunkte ausführlich hergeleitet, um über Diskussionshandreichungen und die Rolle von Public und Global Health einen starken und ausführlichen zweiten Teil zu institutionalisierter Verantwortung darzustellen. Im dritten und letzten Teil sind Prävention, Nachhaltigkeit und Verantwortungsübernahme die prägenden Optionen im Lösungsdenken.

Diskussion

Neu im Klimafolgen-Buch ist die konkrete Ansprache der Berufsgruppen, die junge Menschen wählen, um selbst die eigene soziale oder gesundheitsbezogene Berufsbildung im jungen Erwachsenenalter zu gestalten und damit ebenso junge Menschen und Menschen aller Altersstufen in der Zivilgesellschaft wirkungsvoll begleiten zu können, die mit dem Klimawandel leben und diesen wirkungsvoll vermindern können.

Die Publikation hat einen umfangreichen Nutzen für alle Lehr-Lernprozesse in sozialen und gesundheitsbezogenen Bildungsbereichen der grundständigen und tertiären Bildung.

Die didaktische Abwägung im direkten Einsatz von grundständigen Ausbildungen ist für Lernende binnendifferenziert durch die Lehrverantwortlichen zu treffen und ggf. in der Komplexität zu reduzieren. Mindestens in den tertiären Bildungsgängen sollte *Das Klimafolgen-Buch* zur Pflichtliteratur gehören, um Selbstreflexionsprozesse anzuregen, Klimadiskussionen sicher führen und nachhaltige

Entwicklung souverän einordnen zu können.

Die klimarelevanten Themen sind weit und differenziert gefasst und von nationalen Strategien ausgehend immer mit der internationalen globalen Ebene verwoben. Einen besonderen Stellenwert nimmt für den Lesenden die Reflexion des eigenen Wertesystems ein, in allen Kapiteln wird der Wertekompass angeregt, sich zu justieren oder neu einzustellen.

Die Intersektionalität und Interdisziplinarität im Klimafolgen-Buch ist ausführlich erreicht, ebenso ein konsequentes Mutmachen und Anregen zum Mitwirken, auch in niederschweligen Projekten zur Verminderung von Klimafolgen. Von allen Autor*innen wird die intrinsische Haltung transportiert, dass es bei der Begegnung von Klimafolgen eines gemeinsamen Handelns in allen Bedürfnissebenen bedarf, um der existentiellen Gefährdung entschlossen entgegenzutreten. Die im Einband beschriebenen Informationen zu Rollen und Aufgaben der Pflegenden in der Krise sind ansatzweise aufgeführt. Hier wäre wünschenswert, die angesprochenen Berufsfelder Sozialberufe (Soziale Arbeit) und Gesundheitsberufe (Heilberufe inkl. der Gesundheitsfachberufe) stärker zu clustern oder differenzierter aufzuführen. Es bleibt bei der häufig zweiseitigen Differenzierung von Pflege und Medizin, die zwei von über 20 Gesundheitsberufen darstellen.

Das Inhaltsverzeichnis im Klimafolgen-Buch ist für die Übersichtlichkeit wirkungsvoll, die einzelnen Kapitel enden immer mit den dazugehörigen Publikationen, so dass die einzelnen Kapitel auch isoliert gelesen und erfasst werden können.

Die sehr zurückhaltenden grafischen Gestaltungen erschweren stark visualisiert Lesenden möglicherweise ein zügiges Erfassen

des Gesamtkontextes. Gleichwohl unterstützen die eingesetzten Grafiken nuanciert die ungebrochene Aktualität des Themas. Das Buch ist auch als E-Book erhältlich. Es wäre wünschenswert, wenn der Verlag die zweite Auflage des Buches auf Recyclingpapier (Umweltzeichen Blauer Engel) drucken ließe, um die negativen Umweltauswirkungen der Produktion um ein Viertel zu verringern.

Jetzt, 2025, hat Deutschland die Klimaneutralität mit der Grundgesetzänderung im Artikel 143 verankert. *Das Klimafolgen-Buch* erscheint zum richtigen Zeitpunkt und die curricularen Öffnungen für die Nachhaltigkeitsperspektiven sollten nicht nur Aufrufe bleiben, sondern Schul- und Hochschulträgern zur Pflicht vor Akkreditierungen werden.

Vergleicht man *Das Klimafolgen-Buch* mit Bestsellern wie *Kleine Gase – Große Wirkung*. Der Klimawandel (Nelles & Serrer) oder *Der Klimaatlas*. 80 Karten für die Welt von morgen. (Neubauer; Endt; Häntzschel) fallen die ansprechenden grafischen Gestaltungen sofort ins Auge, gleichwohl ist der Schatz im Klimafolgen-Buch die Vielfalt und Reflexionsebene für Zivilgesellschaft sowie Sozial- und Gesundheitsberufe.

Das Klimafolgen-Buch sollte Standardwerk für Lehrende in allen Gesundheits- und Sozialberufen sein und in die curricularen Vorgaben eingewoben sein, um Reflexions- und Wertebildung im Lehr-Lernprozess zukunftsorientiert und nachhaltig zu antizipieren.

Eine Rezension von Manuela Heyn
Diplommedizinpädagogin, M.A.
Leitung, Bildung, Diversität,
Fachpflege Anästhesie und Intensivpflege

Angelika Zegelin (Hrsg.) „Festgenagelt sein“

Der Prozess des Bettlägerigwerdens

Hogrefe, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern 2025, 296 Seiten, 38,00 €, ISBN 978-3456863658



Thematik und Kontext

Bettlägerigkeit entsteht in einem Prozess. Gleichsam ist Bettlägerigkeit ein Pflegeproblem, welches innerhalb der Praxis häufig auftritt und Prävention durch Pflegefachpersonen erfordert. Angelika Zegelin beschreibt in ihrer Rolle als Autorin und Herausgeberin die Entwicklung von Bettlägerigkeit und schafft es so, ein Grundlagenwerk der Pflegewissenschaft bereits in dritter Auflage zu veröffentlichen. Gründe, Formen, Entwicklung und Bewältigung, Prävention und Rehabilitation von Bettlägerigkeit werden aufgegriffen. Durch die umfassende Bearbeitung dieser Themen schafft es Angelika Zegelin seit der ersten Auflage dieses Buches, wesentliche pflegewissenschaftliche Grundlagenarbeit zu betreiben. Die dritte Auflage, so Zegelin im Nachwort, setzt einen Schwerpunkt auf Aktivitäten der letzten zehn Jahre, die in diesem Buch präsentiert werden. Weitere Autoren und Autorinnen wie Sebastian Hoffmann, Christine Kanike-Schmidt, Jürgen Georg und Peter Nydahl beschreiben in diesem Buch Spezifika wie Prä-

vention von Bettlägerigkeit bei Demenz, Unterrichtskonzept zur Prävention von Bettlägerigkeit, Pflegeprozess sowie Mobilisation auf der Intensivstation. „Festgenagelt sein“ beschreibt anschaulich und wissenschaftlich fundiert den Prozess des Bettlägerigwerdens und bietet damit einen Mehrwert für die professionelle Pflege.

Über die Autorin

Hon.-Prof. Dr. Angelika Zegelin ist Krankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe. Sie studierte nebenberuflich Erziehungswissenschaft und promovierte 2004 zum Thema Bettlägerigkeit. Bis 2015 war Angelika Zegelin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke als Pflegewissenschaftlerin und Curriculums-Beauftragte beschäftigt.

Rahmen der Publikation

Das vorliegende Buch ist im Rahmen einer Promotion im Jahr 2004 entstanden. Durch die Analyse von 32 Tiefeninterviews durch die Datenauswertungsmethode der Grounded Theory ist es gelungen, eine Theorie zur Entstehung von Bettlägerigkeit zu entwickeln. Die dritte Auflage dieses pflegewissenschaftlichen und neu veröffentlichten Klassikers ist um ein aktualisiertes Nachwort ergänzt. Zusätzlich wurde ein Kapitel zum Pflegeprozess inkl. Basisassessment sowie zusätzliche Beiträge zum Thema Prävention, Unterrichtskonzept sowie Mobilisation auf der Intensivstation ergänzt.

Überblick zum Aufbau und Gliederung des Buches

Insgesamt verfügt das Buch über 13 Kapitel sowie verschiedene Unterkapitel. Zunächst werden die Erkenntnisse aus der Dissertation der Autorin Angelika Zegelin beschrieben. Der Aufbau des Buches ist klar strukturiert: Kapitel 1 vermittelt zunächst den aktuellen Erkenntnisstand zum Thema Bettlägerigkeit. Im zweiten Kapitel wird die Methodologie der zugrunde liegenden Studie anschaulich

und nachvollziehbar dargelegt. Kapitel 3 präsentiert ausgewählte Fallvignetten in Form von Beobachtungen und Berichten, die das Thema lebendig illustrieren. Es folgt Kapitel 4, in dem das Phasenmodell vorgestellt wird. Die darauffolgenden Kapitel widmen sich den zentralen Ergebnissen, deren Einordnung in die Kernkategorie, einer differenzierten Diskussion sowie dem Erkenntnisgewinn. Auch methodische und inhaltliche Reflexionen werden umfassend behandelt. Kapitel 9 stellt darüber hinaus praxisrelevante Ergebnisse aus konkreten Projekten vor. Ab Kapitel 10 kommen schließlich Mitautorinnen und Mitautoren zu Wort, die einzelne Spezifika vertiefen und damit unterschiedliche Perspektiven einbringen.

Diskussion

Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit stehen in einem Zusammenhang. Aus diesem Grund hat sich die Herausgeberin entschieden, nach einer umfassenden Literaturrecherche eine qualitative Pflegeforschung durchzuführen. Es ist interessant zu lesen, welche Erkenntnisse zum Thema Bettlägerigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung der Dissertation vorlagen. Anhand der Literaturangaben kann schnell überprüft werden, dass diese Erkenntnisse nicht aktualisiert wurden und stattdessen im zeitlichen Kontext der Forschung beschrieben werden. Damit sind die Ergebnisse aus der Literatur mindestens 20 Jahre alt. Hier wäre es wünschenswert gewesen, den aktuellen Stand der Literatur herauszuarbeiten und darzustellen.

Eine Stärke in diesem Buch liegt in der Darstellung der Methodik. Es wurde die Grounded Theory in einem vorbildhaften Charakter angewandt. Es wird das großartige Potenzial der durchgeführten Forschung deutlich. Auch die im Anschluss beschriebenen Personen mit ihren Geschichten sowie das Phasenmodell sind spannend und eindrucklich zu lesen. Es wird

gleichsam der hohe Praxisbezug deutlich, indem die Erkenntnisse aus den Daten heraus entwickelt wurden. Immer wieder werden die empirischen Erkenntnisse anhand von Interviewzitatzen belegt. Die Artikel der weiteren Autoren binden die Erkenntnisse in neue Zusammenhänge ein und erweitern damit die Sichtweise auf die Theorie des Bettlägerigwerdens. Ebenso wird eine Verbindung zur aktuellen Gegenwart hergestellt.

Bettlägerigkeit präventiv vorzubeugen ist eine Aufgabe, die Pflegefachpersonen mit all ihren Kompetenzen übernehmen. Das vorliegende Buch bietet das erforderliche Wissen, das professionelle Handlungswissen aufzubauen bzw. zu vertiefen. Außerdem kann durch das Lesen ein Bewusstsein aufgebaut werden, dass Bettlägerigkeit prozesshaft entsteht und die allmähliche Ortsfixierung damit kontinuierlich und fortlaufend entsteht.

Fazit

Ein pflegewissenschaftlicher Klassiker im neuen und erweiterten Gewand. Eine Leseempfehlung kann ausdrücklich für alle Interessierten im Bereich Pflege ausgesprochen werden: Praktiker*innen, Lehrer*innen, Wissenschaftler*innen. Durch dieses Buch wird sowohl der Fokus auf Theorie als auch auf die Praxis zur Vermeidung von Bettlägerigkeit gerichtet. Es ist ein Mehrwert, dass das Buch bereits in der dritten Auflage in einer überarbeiteten und erweiterten Version vorliegt.

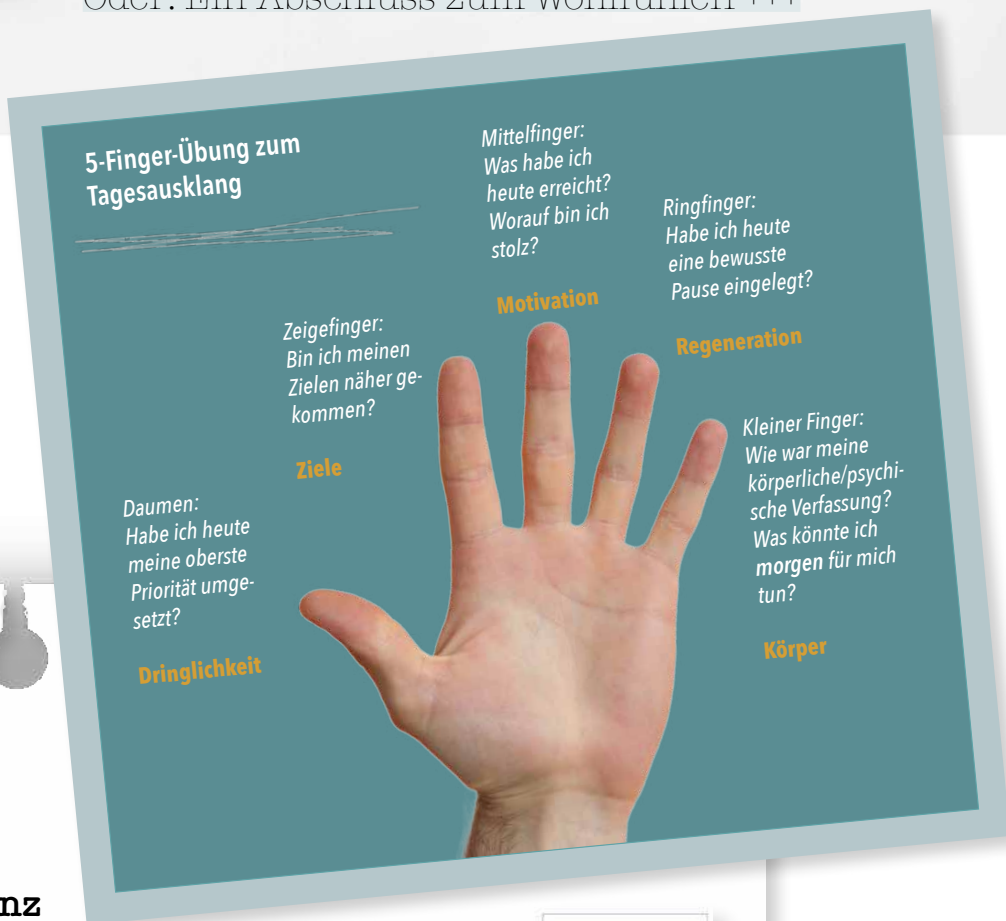
Eine Rezension von Dr. Roman Helbig



Dr. med. Mabuse

Auf Rezept: Gutes für Geist & Seele

Oder: Ein Abschluss zum Wohlfühlen +++



Soul Books. Leseempfehlungen aus der Redaktion:

“Alte Sorten” von Ewald Arenz

Ich habe Alte Sorten an einem ruhigen Wochenende gelesen – und es hat mich nicht mehr losgelassen. Die Geschichte zweier verletzter Frauen – eine junge Ausreißerin, eine zurückgezogen lebende Winzerin – entfaltet sich leise, aber eindringlich. Es geht um Vertrauen, das langsam wächst, um Verlust und um die stille Kraft der Natur. Ein Buch, das nachwirkt – still, ehrlich und voller Menschlichkeit.



Liebe Leser*innen, jetzt sind Sie gefragt:
Welches Buch hat Ihnen gutgetan, Mut gemacht oder einfach nur die Seele gewärmt? Nennen Sie uns Ihren Soulbook-Titel und beschreiben Sie in max. 300 Zeichen, warum es Sie berührt hat. Die ersten 10 Einsendungen an redaktion@zeitschrift-mabuse.de erhalten als Dankeschön eine schicke hpsmedia-Thermotasse und werden in der nächsten Ausgabe abgedruckt!



“Im Grunde gut” von Rutger Bregman

In einer Zeit, in der die Welt oft zynisch erscheint und politische Spannungen unsere Hoffnung auf Menschlichkeit trüben, war Im Grunde gut für mich wie ein Lichtstrahl im Nebel. Rutger Bregman zeigt mit erstaunlicher Klarheit und wissenschaftlicher Tiefe, dass der Mensch – entgegen vieler Annahmen – nicht von Natur aus egoistisch oder grausam ist. Ganz im Gegenteil: Wir sind empathisch, hilfsbereit und zutiefst auf Gemeinschaft ausgerichtet.

Wer trotz allem nicht aufhören will, an das Menschliche im Menschen zu glauben, findet in diesem Buch mehr als nur Trost. Es ist ein Aufruf zur Hoffnung – fundiert, kraftvoll und dringend notwendig.

Herausgeber

Prof. Dr. Andreas Lauterbach
andreas.lauterbach@hpsmedia-verlag.de

Redaktion und Layout

Anna Lausenmayer
anna.lausenmayer@zeitschrift-mabuse.de

Marketing und Anzeigen

Franziska Reuther
franziska.reuther@hpsmedia-verlag.de

Abo-Service

Inken Veith
Tel.: +49 (0) 6402 7082-660
Fax: +49 (0) 6402 7082-669
inken.veith@hpsmedia-verlag.de

Helpdesk

<https://www.hpsmedia-verlag.de/helpdesk>

Manuskriptzentrale

Manuskripte können unter
www.zeitschrift-mabuse.de/artikel
eingereicht und eingesehen werden.



www.hpsmedia-verlag.de
www.zeitschrift-mabuse.de
www.zeitschrift-geschichte.de
www.zeitschrift-paedagogik.de
www.zeitschrift-pflegewissenschaft.de
www.lernwelten.info
www.carelit.de

hpsmedia GmbH
Postfach 1155
D-35406 Hungen
Sitz der Gesellschaft: Hungen
Amtsgericht Gießen HRB 106942
Geschäftsführer: Dr. Andreas Lauterbach
Steuernummer: 02023592989
USt-IdNr.: DE268903302

Journal

Seit über 40 Jahren sorgt Dr. med. Mabuse, die Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, für einen anderen Blick auf die Gesundheits- und Sozialpolitik! Dr. med. Mabuse soll ein Forum für Beiträge und Debatten sein, die alle Gesundheitsberufe betreffen. Wir möchten erreichen, dass Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, miteinander darüber ins Gespräch kommen, wie ihre Arbeit, die Versorgung der Patient:innen und das Gesundheitswesen als Ganzes besser und zufriedenstellender gestaltet werden können. Pro Jahr erscheinen 4 Hefte mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen. Die Nutzung der Online-Ausgabe umfasst das komplette Archiv ab Ausgabe 1-1976.

Datenbanken

Dr. med. Mabuse ist in CareLit geführt

ISSN Print: 2199-9562
ISSN Online: 2199-9570
Erscheinungsweise: 4 Ausgaben/Jahr

Online-Archiv:
www.zeitschrift-mabuse.de

Verlag:
hpsmedia GmbH, Postfach 1155, D-35406 Hungen

Alle Rechte vorbehalten. Alle Inhalte (Texte, Bilder, Animationen) sowie deren Anordnung unterliegen dem Schutz des Urheberrechtsgesetzes und anderer Schutzgesetze. Die Inhalte dürfen nur im Rahmen der Schrankenbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes vorbehaltlich weiterer anwendbarer Gesetze ohne vorherige schriftliche Zustimmung der hpsmedia GmbH genutzt werden. Sollten Sie daran interessiert sein, Artikel und Grafiken zu gewerblichen Zwecken in Ihr Online-Angebot zu übernehmen, in einem Newsletter zu veröffentlichen oder nachzudrucken, setzen Sie sich bitte vorher mit uns in Verbindung. Bildquellen und Rechte: Hpsmedia GmbH, Pixelio, Adobe Stock, Fotolia, Autor*innen, privat. Fernleihe zu nicht kommerziellen Zwecken durch die Bibliotheken ist gestattet, sofern es sich nicht um einen automatisierten Austausch von Daten oder ganzen Datenbanken handelt, sondern die Fernleihe im Rahmen eines einzelfallbezogenen zu bearbeitenden Bestellvorganges erfolgt.

Leonie Muth

Wer macht das Chaos in meinem Kopf?

Ein Kinderfachbuch über ADHS



39 Seiten, gebunden

Format 17 x 24 cm

20 Euro

ISBN 978-3-86321-745-7

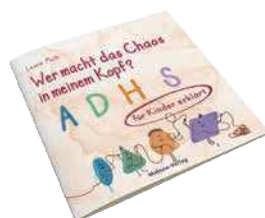
Für Kinder ab 4 Jahren

Kinder und Erwachsene erfahren in diesem Buch alles über Botenstoffe, Synapsen, Informationspäckchen und was bei deren Übermittlung schiefgehen kann. Im Fachteil informiert Dr. med. Fabian Härtling, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, über alles Wissenswerte zu ADHS aus neurologischer Sicht. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Stefan Hetterich beschreibt charakteristische Verhaltensweisen von Kindern mit ADHS und gibt Tipps für den Familienalltag.

Auch als Minibuch erhältlich:

ISBN: 978-3-86321-664-1

23 Seiten, 12 x 12 cm, 2,80 Euro



Kristina Dobers, Andrea Ackermann, Sina Leonhardt

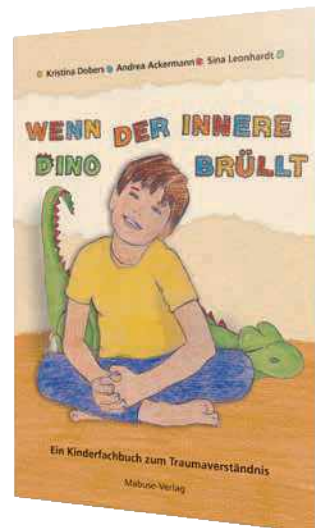
Wenn der innere Dino brüllt

Ein Kinderfachbuch zum Traumaverständnis

Wenn sein innerer Dino brüllt, verhält sich Mika anders als andere Kinder. Er wird besonders wütend oder auffallend still. Die Erwachsenen sagen: „Das ist doch nicht normal!“ Aber Mikas Verhalten ist eine „normale Reaktion“ auf eine „nicht normale Situation“ – ein Trauma.

In diesem Buch können Kinder und Erwachsene anhand von Dino, Katze, Eule und dem inneren Haus die Funktionsweise des Gehirns nachvollziehen. Neben einer theoretischen Einordnung des Traumas werden Tipps und Tricks vorgestellt, die bei der Verarbeitung helfen.

Das Buch richtet sich an Kinder, Angehörige, Erzieher:innen, Lehrer:innen und andere Fachkräfte, die Kinder nach einer traumatischen Lebenserfahrung dabei unterstützen wollen, sich selbst besser zu verstehen und wieder zur Ruhe zu kommen.



87 Seiten, gebunden

Format 16 x 24 cm

25 Euro

ISBN 978-3-86321-743-3

Für Kinder ab 4 Jahren

Wo finde ich Literatur für Gesundheitsberufe?



Wissen startet mit der richtigen Quelle:

 **CareLit**®
Die Online-Bibliothek
für Gesundheitsberufe



Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie,
Ernährung, Logopädie, Geburtshilfe & mehr



über 380 deutschsprachige
Fachzeitschriften & hunderte Fachbücher



Tagesaktuelle Literatur



Eine Plattform – alle Endgeräte

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.carelit.de

