



Alt werden in Nordrhein-Westfalen

Bericht zur Lage der Älteren

Altenbericht NRW 2016

Alt werden in Nordrhein-Westfalen

Bericht zur Lage der Älteren

Altenbericht NRW 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	9
2	Alt werden in Nordrhein-Westfalen – Kernaussagen und Trends	11
3	Auftrag	28
4	Alter und Altern	32
4.1	Begriffsbestimmungen	32
4.2	Alternde Gesellschaften – Entwicklungen und Trends (Makroperspektive)	34
4.3	Individuelle Entwicklungen und Veränderungen im Alter (Mikroperspektive)	38
4.4	Das Lebenslagekonzept als Bezugsrahmen der Altenberichterstattung	41
4.5	Altern und Geschlecht	43
4.6	Neue Fragen und gesellschaftspolitische Herausforderungen	50
5	Alter(n)sforschung	54
5.1	Herausforderungen und Schwerpunkte	56
5.2	Naturwissenschaftliche, medizinische und (medizin-)technische Alter(n)sforschung	57
5.3	Human- und gesellschaftswissenschaftliche Alter(n)sforschung	61
5.3.1	(Sozial-)Gerontologische Forschungseinrichtungen	61
5.3.2	Pflegewissenschaftliche Forschungseinrichtungen	63
5.3.3	Sonstige human- und gesellschaftswissenschaftliche Forschungseinrichtungen	64
5.4	Forschungsnetzwerke und Forschungsprogramme mit Landesförderung	64
5.5	Entwicklungsbedarfe und Entwicklungsperspektiven	66
6	Alter und demografische Entwicklung – Zahlen, Daten, Fakten	69
6.1	Altersstruktur der Bevölkerung	69
6.1.1	Entwicklung ausgewählter Altersgruppen	71
6.1.2	Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstrukturen	74
6.1.3	Ausgewählte Aspekte geschlechtsspezifischer Unterschiede im Alter	76
6.2	Zukünftige Bevölkerungsentwicklung landesweit und regional	80
6.3	Lebenserwartung	84
6.3.1	Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt	84
6.3.2	Entwicklung der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	85
6.3.3	Exkurs: Zukünftige Entwicklung der Lebenserwartung	86
6.4	Entwicklung der Haushalte	87
6.4.1	Haushaltsgröße	87
6.4.2	Künftige Entwicklung der Haushalte	88
6.4.3	Haushalte und Generationen	88
6.4.4	Lebensformen	89
6.5	Bevölkerung mit Migrationshintergrund	92
7	Alt werden in Nordrhein-Westfalen – Gesellschaftliche Rahmenbedingungen – Lebenslagen	102
7.1	Zentrale empirische Befunde aus Wissenschaft und Forschung	102
7.1.1	NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurvey	102
7.1.2	Wie ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen leben – Ausgewählte Aspekte von Altsein und Altwerden in NRW – was sagt die Generali Altersstudie 2013 dazu?	120
7.1.3	Generali Hochaltrigenstudie	128
7.1.3.1	Die Problematik der strikten Trennung zwischen drittem und viertem Lebensalter	128
7.1.3.2	Die Notwendigkeit der Integration von Verletzlichkeits- und Potenzialperspektive	129
7.1.3.3	Erhöhte Verletzlichkeit im hohen und sehr hohen Alter	129
7.1.3.4	Potenziale des hohen Alters	130
7.1.3.5	Potenziale und Verletzlichkeit sehr alter Menschen	130
7.1.3.6	Grenzgänge sehr alter Menschen zwischen Verletzlichkeit und Entwicklungspotenzialen – die Aufgabe von Gesellschaft, Kultur und Politik	135
7.1.4	Fazit	136
7.2	Ausgewählte sozioökonomische Aspekte und Alter	137
7.2.1	Einkommen, Vermögen und Alter	137
7.2.2	Alterssicherung	141
7.2.2.1	Gesetzliche Rentenversicherung	141

7.2.2.2	Betriebliche Altersversorgung	145
7.2.2.3	Private Altersversorgung	147
7.2.2.4	Einkommensaufstockung durch geringfügige Beschäftigung	148
7.2.2.5	Pensionen	148
7.2.3	Armut und Alter	149
7.2.3.1	Begriffsdefinition „Armut“	150
7.2.3.2	Aktuelle Entwicklung	151
7.2.3.3	Altersarmut und Alterssicherung	154
7.2.3.3.1	Exogene Faktoren	154
7.2.3.3.2	Endogene Faktoren	157
7.2.3.3.3	Grundsicherung im Alter	159
7.2.3.3.4	Besonders betroffene Personengruppen	161
7.2.3.4	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	163
7.2.4	Arbeit, Wirtschaft und Alter	164
7.2.4.1	Erwerbsbeteiligung älterer Menschen	166
7.2.4.1.1	Gesellschaftliche und individuelle Rahmenbedingungen	167
7.2.4.1.2	Erwerbsquote, Erwerbstätigenquote, Erwerbslosenquote	169
7.2.4.1.3	Erwerbstätigkeit und Beruf	172
7.2.4.1.4	Arbeitszeitumfang	174
7.2.4.1.5	Betriebsgröße	176
7.2.4.2	Arbeit altersgerecht gestalten	177
7.2.4.2.1	Beschäftigungsfähigkeit erhalten und fördern	178
7.2.4.2.2	Gesundheitsförderung	179
7.2.4.2.3	Qualifizierung	186
7.2.4.3	Ältere im Wirtschaftsleben	187
7.2.4.3.1	Ältere als Expertinnen und Experten in der Wirtschaft	187
7.2.4.3.2	Ältere als Konsumierende	188
7.2.4.3.3	Unternehmensnachfolge und Unternehmensgründungen im Alter	190
7.2.4.3.4	Märkte und Produkte	191
7.2.4.3.4.1	Gesundheitswirtschaft	192
7.2.4.3.4.2	Einzelhandel	196
7.2.4.3.4.3	Tourismus	199
7.2.4.4	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	202
7.3	Gesundheit und gesundheitliche Versorgung im Alter	206
7.3.1	Gesundheit und Krankheit und Alter	208
7.3.1.1	Gesunde Lebenserwartung und gesundheitliche Ungleichheit	208
7.3.1.2	Krankheiten und Alter	213
7.3.1.2.1	Herz-Kreislauf-Krankheiten	217
7.3.1.2.2	Diabetes mellitus Typ 2	219
7.3.1.2.3	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates einschließlich Rückenschmerzen	220
7.3.1.2.4	Krebserkrankungen	222
7.3.1.2.5	Psychische und gerontopsychiatrische Erkrankungen: Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen und Demenzen	224
7.3.1.2.6	Meldepflichtige Infektionserkrankungen	235
7.3.2	Selbsteinschätzung der Gesundheit	237
7.3.2.1	Allgemeines gesundheitliches Befinden	237
7.3.2.2	Körperliche Funktionsfähigkeit	239
7.3.2.3	Einschränkungen im Alltag und Hilfebedarf	241
7.3.3	Gesundheitsförderung und Prävention	243
7.3.3.1	Grundsätze für die Gestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	245
7.3.3.1.1	Befähigung und Beteiligung	245
7.3.3.1.2	Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter	248
7.3.3.2	Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	251
7.3.3.2.1	Körperliche Aktivitäten und Sport	251
7.3.3.2.2	Ernährung	259
7.3.3.2.3	Psychische Gesundheit	261
7.3.4	Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen in einer älter werdenden Gesellschaft und Innovationstransfer	261
7.3.4.1	Ambulante Versorgung	264
7.3.4.2	Stationäre Versorgung	270
7.3.4.3	Palliativversorgung und Hospize	274
7.3.4.4	Arzneimittelversorgung	276
7.3.5	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	279

7.4	Pflege und Alter	283
7.4.1	Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und Art der Versorgung	285
7.4.1.1	Präferenzen bei der Wahl des Versorgungssettings	288
7.4.1.2	Finanzierung der pflegerischen Versorgung	291
7.4.2	Aktuelle Gesetzgebung in NRW	293
7.4.2.1	Stationäre Versorgung	294
7.4.2.2	Ambulante und teilstationäre Versorgung	295
7.4.3	Pflege und Demenz	296
7.4.4	Geschlechtsspezifische Aspekte	297
7.4.5	Gewalt in der Pflege – Erlebte Gewalt und Traumata	299
7.4.6	Perspektiven	300
7.4.7	Innovationen in der Pflege	301
7.4.8	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	303
7.4.8.1	Auflösung von Schnittstellen in der Versorgung	303
7.4.8.2	Case- und Care Management	305
7.4.9	Pflegende Angehörige in NRW – Lebensphase Pflege	305
7.4.9.1	Definition und Datenlage	306
7.4.9.2	Zielgruppenspezifische Betrachtung	310
7.4.9.2.1	Hochaltrige pflegende Angehörige	311
7.4.9.2.2	Genderspezifische Betrachtung pflegender Angehöriger	311
7.4.9.3	Regionale Analyse	313
7.4.9.4	Belastungen und Entwicklungen	314
7.4.9.4.1	Dauer der Pflege	314
7.4.9.4.2	Physische, emotionale und soziale Belastung	315
7.4.9.4.3	Berufliche, finanzielle und wirtschaftliche Belastungen	316
7.4.9.4.4	Pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen	317
7.4.9.5	Bedürfnisse und Bedarfe	319
7.4.9.5.1	Präventiver Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung	320
7.4.9.5.2	Information, Bildung und Beratung	320
7.4.9.5.3	Unterstützung und Entlastung	321
7.4.9.6	Leistungen und Angebote	322
7.4.9.7	Vereinbarkeit von Beruf und Pflege	324
7.4.9.8	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	325
7.4.10	Ausbildung, Weiterbildung und Fachkräftesicherung in der Pflege für ältere Menschen	327
7.4.10.1	Quantitative und qualitative Herausforderungen für die Beschäftigung in der Pflege	327
7.4.10.2	Fachkräfteentwicklung in den Pflegeberufen	329
7.4.10.3	Geschlechtsspezifische Aspekte der Pflegeberufe	330
7.4.10.4	Ausbildungen in den Pflegeberufen	331
7.4.10.5	Rechtsgrundlagen der Ausbildung	332
7.4.10.5.1	Bundeseinheitliche Vorgaben	332
7.4.10.5.2	Landesrechtliche Vorgaben	333
7.4.10.6.	Innovative Maßnahmen in der Aus- und Weiterbildung	
	Fachkräftesicherung in der Altenpflege	333
7.4.10.6.1	Einführung des Ausgleichsverfahrens in der Altenpflegeausbildung (Umlageverfahren)	333
7.4.10.6.2	Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen	336
7.4.10.6.2.1	Hochschulische Bildung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	336
7.4.10.6.2.2	Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege	337
7.4.10.6.3	Attraktivität der Pflegeberufe steigern	338
7.4.10.6.4	Potenziale ausländischer Pflegekräfte nutzen	338
7.5	Ausgewählte Aspekte der Mobilität und Sicherheit für Menschen im Alter	339
7.5.1	Mobilität von älteren Menschen und Barrierefreiheit im öffentlichen und sozialen Lebensraum	339
7.5.1.1	Mobilitätsverhalten	341
7.5.1.1.1	Alltagsmobilität	342
7.5.1.1.2	Zukunftsnetz „Mobilität NRW“	343
7.5.1.1.3	Alltagsmobilität zu Fuß und auf dem Fahrrad	344
7.5.1.1.4	Alltagsmobilität in öffentlichen Verkehrsmitteln	344
7.5.1.1.5	Alltagsmobilität im Pkw	346
7.5.1.2	Unfallbeteiligung im Alter	347
7.5.1.3	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	355
7.5.2	Kriminalität und Alter	356
7.5.2.1	Datenquellen	357

7.5.2.2	Ausgewählte Delikte der Gewaltkriminalität, Bedrohung und leichte Körperverletzung	358
7.5.2.3	Eigentums- und Vermögensdelikte	368
7.5.2.4	Cybercrime (Computerkriminalität)	372
7.5.2.5	Aktuelle Maßnahmen der polizeilichen Kriminalprävention	374
7.5.2.6	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	375
7.6	Teilhabe und Alter	376
7.6.1	Bürgerschaftliches Engagement	376
7.6.1.1	Entwicklungen und zentrale Trends	379
7.6.1.1.1	Entwicklung des Bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen	379
7.6.1.1.2	Entwicklung der Teilhabe in Beiräten und Vertretungen	381
7.6.1.1.2.1	Entstehung und Entwicklung	381
7.6.1.1.2.2	Rechtliche Verankerung und Ausgestaltung der Seniorenvertretungen	383
7.6.1.1.2.3	Verankerung in der kommunalen Praxis und Aufgaben von Seniorenvertretungen im kommunalen Entscheidungsprozess	384
7.6.1.1.3	Partizipation als Querschnittsthema der Altenpolitik - exemplarische Darstellung	384
7.6.1.2	Förderung von Teilhabe und Engagement	386
7.6.1.2.1	Engagementförderung durch das Land	386
7.6.1.2.2	Lokale Engagementförderung	389
7.6.1.3	Ältere Lesben und Schwule in NRW	390
7.6.1.4	Aus den Organisationen für die Vertretung der älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen	392
7.6.1.5	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	398
7.6.2	Bildung und Alter	405
7.6.2.1	Bildungsabschlüsse älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen	407
7.6.2.2	(Weiter-)Bildung und Lernen im und für das Alter	412
7.6.2.2.1	Lernfelder, Angebote und Anbieterinnen / Anbieter von Bildung im Alter	414
7.6.2.2.2	Beteiligung Älterer an Bildungsangeboten und Nutzungsbarrieren	416
7.6.2.2.3	Gemeinwohlorientierte Weiterbildung nach dem Weiterbildungsgesetz Nordrhein-Westfalen (WbG)	418
7.6.2.3	Projekte zur Konzeptentwicklung im Bereich Alter und Bildung	419
7.6.2.3.1	Quartiersbezogene Bildungsarbeit für und mit älteren Migrantinnen und Migranten	420
7.6.2.4	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	421
7.6.3	Kultur und Alter	422
7.6.3.1	Kulturelle Bildung und kulturelles Engagement im Alter	423
7.6.3.2	Kompetenz für Kultur und Alter in NRW	425
7.6.3.2.1	Qualifizierungsangebote für die Kulturarbeit mit älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen	426
7.6.3.2.2	Kulturelle (Bildungs-) Angebote für ältere Menschen	427
7.6.3.3	Kulturarbeit mit besonderen Zielgruppen	428
7.6.3.4	Ältere Menschen als Nutzerinnen und Nutzer / Produzentinnen und Produzenten von Kultur	430
7.6.3.5	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	432
7.6.4	Medien und Alter	433
7.6.4.1	Mediennutzung durch ältere Menschen	434
7.6.4.2	Aktivitäten zur Förderung der Medienkompetenz im Alter	436
7.6.4.3	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven	437
8	Vertiefende Schwerpunktthemen	439
8.1	Lebenswelten und Lebensperspektiven älterer und hochaltriger Menschen mit Behinderungen, die pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht sind	439
8.1.1	Zahlen, Daten, Fakten	439
8.1.2	Lebenslange Behinderung im Alter als neue gesellschaftliche Herausforderung	442
8.1.2.1	Die Lebenslage bei lebenslanger Behinderung	445
8.1.2.2	Verschiedenheit von Lebenssituationen im Alter	446
8.1.2.3	Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter: ein quantitativer Überblick	447
8.1.2.3.1	Zahlenmäßige Entwicklung und Hilfen	450
8.1.2.3.2	Künftige Entwicklung der Altersstruktur bei Menschen mit geistiger Behinderung	455
8.1.2.3.3	Lebenserwartung von Menschen mit lebenslanger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung von geistiger Behinderung	456
8.1.2.4	Gestalten und Erleben der Lebensphase Alter	457
8.1.2.5	Soziale Beziehungen	459
8.1.2.6	Arbeitsleben und Übergang in den Ruhestand	462
8.1.2.7	Gestaltung freier Zeit im Alter	464
8.1.2.8	Wohnen	466
8.1.2.9	Gesundheit im Alter	471
8.1.2.9.1	Alter, Krankheit und Behinderung	471
8.1.2.9.2	Gesundheitsforschung bei Menschen mit Behinderung	471

8.1.2.9.3	Sekundäre gesundheitliche Probleme und Begleiterkrankungen bei lebenslanger Behinderung im Alter	472
8.1.2.9.4	Benachteiligung und Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung	475
8.1.2.9.5	Prävention und Rehabilitation	476
8.1.2.10	Erleben der Grenzen des Lebens	476
8.1.2.11	Politische Partizipation.	481
8.1.2.12	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven.	484
8.1.3	Schnittstellen zwischen Pflege und Behinderung	488
8.1.3.1	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven.	489
8.1.4	Behinderung und Alter in der Praxis: Aus der Arbeit des Landesbehindertenbeauftragten Nordrhein-Westfalen	490
8.1.4.1	Behinderung, ein Begriff im Wandel	490
8.1.4.2.	Die neue Perspektive der UN-Konvention	491
8.1.4.3	Eine neue Generation im Ruhestand.	492
8.1.4.4	Ruhestand und dann? Möglichkeiten zur Gestaltung eines neuen Lebensabschnitts	494
8.1.4.4.1.	„Tagesstruktur Vielfalt“	494
8.1.4.4.2.	„Sobald es mir besser geht, will ich wieder jeden Morgen in den Seniorentreff“	496
8.1.4.5	Der demografische Wandel und das System der Hilfen	498
8.1.4.6	Ideen für die Zukunft – Chancen der inklusiven Gesellschaft	499
8.2	Lebenswelten und Lebensperspektiven älterer und hochaltriger Menschen im Quartier	500
8.2.1	Wünsche und Bedarfe älterer Menschen im Quartier	500
8.2.2	Quartiere als Lebensräume (Lebensorte) für ältere und hochaltrige Menschen	502
8.2.2.1	Handlungsfeld „Wohnen“	502
8.2.2.1.1	Rahmenbedingungen für Wohnen im Alter	502
8.2.2.1.2	Wohnungsbau für Ältere	504
8.2.2.2	Handlungsfeld „Sich versorgen“	505
8.2.2.3	Handlungsfelder „Sich einbringen“ und „Gemeinschaft erleben“	509
8.2.2.4	Beratung für ältere Menschen für neue Wohnformen und Wohnraumgestaltung und zur Sicherung der Pflege	510
8.2.3	Der „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“	512
8.2.4	Rahmenbedingungen und neue Orientierungen für eine gendergerechte Quartiersentwicklung	516
8.2.5	Lebenswelten und Lebensperspektiven älterer Migrantinnen und Migranten in der Einwanderungsgesellschaft.	518
8.2.5.1	Soziodemografische Merkmale	518
8.2.5.2	Integrationspolitische Rahmenbedingungen und Maßnahmen	526
8.2.6	Entwicklungsbedarfe und Perspektiven.	532
9	Kommunale Altenberichterstattung.	536
9.1	Grundlagen kommunaler Altenplanung und Altenberichterstattung	537
9.2	Ziele und Aufgaben kommunaler Altenplanung und Altenberichterstattung	538
9.3	Dialogorientierter Arbeitsprozess zur Förderung kommunaler Altenberichterstattung in NRW 540	
9.3.1	Analyse guter Praxis – Zusammenfassung der Ergebnisse	544
9.3.2	Entwicklung einer Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung.	550
9.4	Entwicklungsbedarfe und Entwicklungsperspektiven.	554
	Glossar	557
	Abbildungsverzeichnis	565
	Abkürzungsverzeichnis	570
	Literaturverzeichnis	574
	Anhang	622
	Impressum	624

Vorwort



Wer für die Menschen gestalten will, muss wissen, was sie brauchen und was ihnen fehlt.

Deswegen haben wir uns im 1. Bericht zur Lage älterer und alter Menschen in Nordrhein-Westfalen die Rahmenbedingungen angeschaut, die ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen und ihre Angehörigen vorfinden, und daraufhin geprüft, ob sie den Wünschen und Bedarfen der Menschen entsprechen, - im Einzelfall unterstützen statt durch starre Vorgaben zu behindern.

Die Daten, die wir nun erhoben haben und die wir regelmäßig anpassen werden, sind eine wichtige Planungsgrundlage für uns, um nicht am tatsächlichen Bedarf der Menschen vorbeizuplanen. Wir wollen das Leben und die Lebenslagen älterer und alter Menschen in ihrer Vielfalt abbilden und uns nicht von vorneherein auf tagesaktuelle oder fachpolitische Ausschnitte begrenzen. Diese Bandbreite erst hat uns einen vertieften Blick auf bestimmte Problem- und Lebenslagen erlaubt. Wir haben dabei alle Maßnahmen auch aus der Genderperspektive beleuchtet. Eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung ist in vielen Bereichen noch nicht selbstverständlich, das belegen unsere Erhebungen. Wenn es uns jedoch gelingen soll, passgenaue Versorgungsmöglichkeiten für das Alter zu schaffen, brauchen wir diesen Blickwinkel auf die unterschiedlichen Lebensweisen und Rahmenbedingungen. Nur so werden wir die Angebote so ausgestalten können, wie die Menschen sie tatsächlich brauchen.

Die Landesaltenberichterstattung, verbindlich verankert mit dem neuen Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (§ 20 APG NRW), ist ein wichtiger Baustein dazu. Jetzt gilt es, die daraus gewonnen Erkenntnisse zusammen mit allen Akteurinnen und Akteuren vor Ort mit Leben zu füllen, damit alle Menschen – auch bei Pflege- oder weitergehendem Unterstützungsbedarf – in ihrem Quartier selbstbestimmt wohnen und leben können.

Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



2 Alt werden in Nordrhein-Westfalen - Kernaussagen und Trends

Alter und Altern

Alter und Altern sind nicht nur biologische Phänomene, sondern unterliegen immer auch kulturellen Interpretationen. Mit dem 1. Bericht zur Lage älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen wollen wir diese verschiedenen Dimensionen von Alter und Altern beschreiben. Altern ist ein hochkomplexer Prozess, der von einer Vielzahl von Mechanismen und Wechselwirkungen abhängig ist, zum Beispiel von den genetischen Anlagen von Frauen und Männern, ihren Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten, materiellen und immateriellen Merkmalen der jeweiligen Lebenslage bis hin zu ökologischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Wenn der Begriff Alter benutzt wird, steht der Prozess des Altwerdens im Vordergrund; das Alter als Lebensperiode und die Alten als Teil der Gesellschaft. Die Dreiteilung des Lebenslaufs in Ausbildung, Erwachsenenalter (Beruf) und Alter (Ruhestand) unterliegt erheblichen Veränderungen. Neben den bio-physiologischen Veränderungen sind in der Lebensphase Alter psychische Entwicklungs- und Veränderungsprozesse, die sich über die gesamte Lebensspanne hinweg vollziehen, von Bedeutung. Von besonderem Interesse sind die subjektive Wahrnehmung und Bewertung des Lebensprozesses Alter, weil diese auf die eigenen alter(n)sbezogenen Verhaltensweisen Einfluss nehmen.

Teilhabe und Alter

Zivilgesellschaft, Teilhabe und bürgerschaftliches Engagement

In der alternden Gesellschaft ist die Erhaltung und Stärkung der Teilhabe älterer Menschen ein zentrales politisches Ziel.

In Nordrhein-Westfalen ist im Durchschnitt jede dritte Bürgerin und jeder dritte Bürger ehrenamtlich aktiv. Darunter sind immer mehr Menschen, die älter sind als 60 Jahre. Gerade sie bringen ein großes Potenzial an Erfahrungen, Wissen und Kenntnissen mit. Ihr Engagement ist für die Gesellschaft unverzichtbar. Es trägt zum sozialen Zusammenhalt bei, fördert die gesellschaftliche Teilhabe und gibt wertvolle Impulse. Gleichzeitig hat es für die Menschen, die sich engagieren, einen eigenen Wert. So können Ältere durch ehrenamtliche Tätigkeiten den Übergang aus dem Berufsleben in den Ruhestand gestalten, haben weiterhin enge soziale Bezüge und sind aktiv. Parallel zu differenzierten Lebens- und Entwicklungsverläufen haben sich neben dem „traditionellen“ Ehrenamt (z. B. in Vereinen und Kirchen) zahlreiche neue Engagementformen gebildet. Hierbei lassen sich je nach Geschlecht durchaus unterschiedliche Schwerpunkte beobachten. So tragen Frauen einen Großteil des sozialen Engagements, während Männer überwiegend im Vereins- und Verbandswesen aktiv sind.

Nordrhein-Westfalen weiß um das besondere Potenzial der älteren Bürgerinnen und Bürger und unterstützt und fördert ihr bürgerschaftliches Engagement mit verlässlichen Rahmenbedingungen.

Eine besondere Bedeutung hat die politische Teilhabe Älterer. Zentrale „Orte“ dafür sind in Nordrhein-Westfalen die örtlichen Seniorinnen- und Seniorenvertretungen, die einer-

seits als Interessenvertretung fungieren, andererseits den älteren Menschen eine Möglichkeit politischer Teilhabe und verantwortlichen Engagements innerhalb der Kommune bieten. Unterstützt wird ihre Arbeit seit rund 30 Jahren durch die unabhängige Landes-seniorenvertretung NRW, die vom Land finanziert wird.

Zu den „stabilen Trends“ in NRW gehören der demografische Wandel mit immer mehr älteren Menschen, eine gewachsene kulturelle Vielfalt und die unterschiedlichen Lebensstile der Älteren, die zunehmende Qualifizierung der Altengeneration, Umbrüche im Berufs- und Privatleben, eine veränderte Geschlechterrollenzuteilung, die gewachsene Mobilität und die weitere Beschleunigung der Wissens- und Informationsgesellschaft in einer global vernetzten Welt.

Zu den eher verhaltensbezogenen Komponenten gehören ein zunehmendes Genderbewusstsein, eine höhere Aufmerksamkeit für Veränderungsprozesse, weiter zunehmende Mobilitätserfordernisse sowie globale Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches, Mobilität und ein steigendes mediales Interesse an den Lebenslagen, Bedürfnissen und den Aktivitäten der Älteren.

Unter der Voraussetzung, dass Frauen und Männer sich im Alter dann häufiger aktiv bürgerschaftlich engagieren, wenn sie bereits in frühen Phasen ihres Lebens eher aktiv und ehrenamtlich engagiert waren, ist es wichtig, adäquate Gelegenheitsstrukturen zu schaffen, die zu den vielfältigen Ansprüchen der Menschen passen. Von einer echten Teilhabe alter Menschen können wir nur dann ausgehen, wenn die Menschen ihre Lebensumstände selbst gestalten können. Politik gestaltet Rahmenbedingungen, die vor Ort mit Leben gefüllt werden müssen. Denn bürgerschaftliches Engagement entfaltet sich vor allem auf lokaler Ebene, also im unmittelbaren Lebensumfeld der Menschen. Ziel ist es, die Entwicklungen in den Kommunen weiterhin zu unterstützen und ein verlässliches, landesweites Netzwerk aufzubauen.

Bildung und Alter

Angesichts der steigenden Zahl älterer Menschen in NRW und sich verändernder Bildungsvoraussetzungen, -erfahrungen und -interessen ist es wichtig, Bildungsangebote verstärkt auch auf diese Bevölkerungsgruppe zuzuschneiden und diese gezielt anzusprechen. Hierzu liegen bislang keine aussagekräftigen Daten für Nordrhein-Westfalen vor. Generell gilt es den besonderen Bedarfen einzelner Zielgruppen im Bereich der Bildungsarbeit Rechnung zu tragen. Gerade für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung müssen wir neue Lernformate entwickeln, die das Lernen im Sozialraum und für die Alltagspraxis in den Mittelpunkt stellen. Neue Ideen brauchen wir auch, um regelmäßige Bildungsangebote in den einwohnerarmen ländlichen Gemeinden anbieten zu können.

Kultur und Alter

Auch die Kulturpolitik und Kulturinstitutionen müssen sich auf ein älter werdendes Publikum einstellen. Dazu kommen Abwanderungs- und Schrumpfungstendenzen besonders in ländlichen Gebieten mit hohem Bevölkerungsanteil älterer Menschen, und nicht zuletzt erfordern die angespannten öffentlichen Haushalte Strategien, um die Partizipationschancen an Kultur für alle Bevölkerungsgruppen, den Bestand von kultureller Infrastruktur und Nahversorgung sowie die Vielfalt der Kulturlandschaft langfristig zu sichern. Kulturteilhabe und künstlerisch-kulturelle Aktivitäten bieten älteren Menschen nicht nur die Möglichkeit zu sinnvoller Freizeitgestaltung und kreativem Selbstausdruck. Sie

unterstützen ein aktives Altern, führen zu mehr Lebensqualität und fördern das Wohlbefinden.

Kulturinstitutionen sollten auf den immer größer werdenden Anteil von älteren Menschen mit mehr Nachfrageorientierung reagieren. Besonders im Ausbau von intergenerationellen Angeboten liegt die Chance, dass Kulturinstitutionen zu Begegnungsorten für alle Generationen werden.

Dazu bedarf es im Sinne der Inklusion immer noch Maßnahmen zur Verbesserung von Zugänglichkeit und Barrierefreiheit von öffentlichen Kulturorten. Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen hat sich in besonderer Weise des Themas „Kultur und Alter“ angenommen: Das Institut für Bildung und Kultur in Remscheid wurde damit beauftragt, ein Kompetenzzentrum für Kultur und Bildung im Alter (kubia) aufzubauen, das mit Information, Beratung, Vernetzung, Forschung und Qualifizierung den Kulturinstitutionen, Kommunen und Kulturschaffenden im Land zur Verfügung steht. Bundesweit nimmt Nordrhein-Westfalen damit eine Vorreiterrolle ein. Die kulturelle Altersbildung könnte zudem mit anderen Bildungsbereichen enger verzahnt werden, z. B. mit der beruflichen Bildung/Erwachsenenbildung, der Gesundheitsbildung oder den Bildungsangeboten für zivilgesellschaftliches Engagement. Gerade im kulturellen Engagement älterer Menschen liegt ein Potenzial, das noch zu wenig genutzt wird. Auch in der Quartiersarbeit können kulturell-künstlerische Angebote eine wichtige Rolle spielen und zur Lebensqualität beitragen.

Medien und Alter

Die Nutzung und Bedeutung digitaler Medien nimmt für ältere Menschen im Zeitverlauf zwar zu, sie fällt allerdings bei den Älteren erheblich geringer aus als bei jüngeren Altersgruppen und dient wesentlich der Information vor der Kommunikation und der Unterhaltung.

(Auch) in Nordrhein-Westfalen bevorzugen ältere Menschen klassische Medien wie Fernseh- und Radioprogramme der öffentlich-rechtlichen Anbieter – ein Resultat der Gewohnheiten und früher Prägung mit geringerem Medienkanon. Insgesamt bestimmen Sozial- und Einkommensverhältnisse die Mediennutzung. Künftig allerdings wird aufgrund der Digitalisierung von Verwaltungs- und Dienstleistungsangeboten niemand mehr ausschließlich „offline“ sein können. Deshalb gilt es, älteren Menschen den Zugang zu den Angeboten zu erleichtern und die Medienkompetenz dieser Zielgruppe (freiwillig) zu erweitern. Auch Anbieterinnen und Anbieter und Produzentinnen und Produzenten von Computer, Handy und Co. gilt es hier künftig mehr in die Pflicht zu nehmen. Um zukünftige Bedarfe und (Gestaltungs-)Potenziale älterer Menschen im Bereich neuer Medien besser einschätzen und adäquate Angebote planen zu können, wäre eine differenzierte Erfassung des Nutzungsverhaltens Älterer und ihrer bisherigen Anwendungs- und Gestaltungserfahrungen erforderlich.

Alter(n)sforschung

Eine Vielzahl von Forschungseinrichtungen hat sich in den letzten Jahrzehnten mit unterschiedlichen Schwerpunkten der Alter(n)sforschung gewidmet.

Die Alter(n)sforschung umfasst ein breites Spektrum unterschiedlicher Disziplinen aus verschiedenen Fachbereichen. Eine gemeinsame Grundprämisse für alle Bereiche ist, dass sie sich an den sehr heterogenen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Sie erfordert eine inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit von Wissenschaft (z. B.

Biologie, Medizin, Soziologie, Psychologie, Pädagogik), Wirtschaft und gesellschaftlichen Gruppen mit einem hohen Praxisbezug. Die Alter(n)sforschung reicht daher von der grundlagenorientierten Erforschung biologischer Alterungsprozesse, klinischer Forschung und Versorgungsforschung zur Erforschung und Behandlung alterstypischer Erkrankungen (z. B. Demenzerkrankungen) bis hin zu konkreten Forschungs- und Entwicklungsvorhaben rund um Lebenslagen und Lebensbedarfe älterer Menschen. Letzteres schließt auch Fragestellungen zur Prävention, Arbeitsgestaltung und zum Wohnumfeld ein.

Mit Blick auf die nachhaltige Weiterentwicklung dieses Forschungs- und Wissenschaftsfeldes ist es zukünftig empfehlenswert, die vorhandenen Kompetenzen in Nordrhein-Westfalen durch regionale und überregionale Kooperationen und den Aufbau strategischer Partnerschaften zwischen den Einrichtungen weiter zu stärken. So können z. B. neue Ansätze der personalisierten Medizin oder der datengestützten Medizin vorangetrieben werden, um eine „innovative Medizin“ zu entwickeln. Im Fokus der nordrhein-westfälischen Forschungsstrategie „Fortschritt NRW“ stehen dabei bedarfs- und umsetzungsorientierte Forschungsansätze, die zu spürbaren Verbesserungen in der Lebenswelt der Menschen führen.

Regionale Differenzierung der Altenpolitik

Bei der Betrachtung der sozialen Lage der 40- bis 85-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner NRWs fallen im Vergleich zum Bund kaum Unterschiede auf, die einen besonderen Handlungsbedarf begründen.

Im Vergleich zu den sozialen fallen die regionalen Unterschiede innerhalb von NRW deutlicher aus. Insbesondere das Ruhrgebiet weist Problemlagen auf, die einer besonderen Förderung bedürfen. Aus diesem Grund und nicht zuletzt auch, weil der demografische Wandel in NRW regional unterschiedlich verlaufen wird, ist eine regional differenzierte Altenpolitik nötig.

Zukünftiges Altern in Nordrhein-Westfalen

Die Alterung der Bevölkerung wird sich fortsetzen und insbesondere dazu führen, dass Anzahl und Anteil der Menschen im Alter von 85 Jahren und älter deutlich zunehmen werden. Zudem wird mit einer veränderten Sozialstruktur und Kultur des Alters zu rechnen sein, wenn neue Geburtskohorten in die zweite Lebenshälfte und den Ruhestand hineinwachsen. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Altenbevölkerung wird zunehmen, das Bildungsniveau der zukünftigen Alten wird höher und die Vertrautheit mit neuen Technologien größer sein. Es ist abzusehen, dass sich die Lebensverläufe weiter wandeln und die materielle Sicherheit im Alter angesichts eines fallenden Rentenniveaus verstärkt davon abhängen wird, inwieweit zusätzliche Vorsorge betrieben wurde. Die zukünftigen Älteren werden vielfältigere Partnerschafts- und Familienverläufe aufweisen als es gegenwärtig der Fall ist: nicht-eheliche Lebensgemeinschaften, gleichgeschlechtlich orientierte Partnerschaften, Wohngemeinschaften oder Partnerschaften mit getrennten Haushalten werden häufiger die Lebensrealität sein als das gegenwärtig der Fall ist.

Bildungspolitik als langfristige Politik für das Alter

Das Bildungsniveau ist von den in diesem Bericht berücksichtigten Einflussfaktoren einer der stärksten. Die soziale und die ökonomische Lage sowie die gesundheitliche

Verfassung und die soziale Teilhabe der 40- bis 85-Jährigen in NRW hängen mit dem Bildungsniveau zusammen. Insofern ist davon auszugehen, dass die Verbesserung der Bildungschancen und eine Verbreiterung des Bildungsangebots für ältere Menschen zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen zählen. Generell ist eine weitere Erhöhung des Bildungsniveaus der Bevölkerung nur langfristig zu erreichen. Dagegen können Weiterbildungsangebote, von denen ältere Menschen profitieren, rascher ausgebaut werden. Bildungspolitik braucht vor allem Antworten auf die immer noch offene Frage der Vereinbarkeit von Familienarbeit und Beruf, da es immer noch die Frauen sind, die zugunsten der Familienarbeit in ihrer beruflichen Entwicklung zurückstecken.

Ausgewählte sozioökonomische Aspekte und Alter

Vermögen und Alter

Untersuchungen zum Sozialbericht NRW 2012 zeigen unter anderem, dass Menschen, die im Alter über Vermögen verfügen, deutlich älter werden als Menschen mit niedrigem Renten- oder Pensionseinkommen.

Armut und Alter

Für den Begriff der Armut gibt es unterschiedliche Definitionen. Dem Altenbericht liegt ein Armutsbegriff zugrunde, der sich an dem von der Europäischen Union gesetzten Standard orientiert, wonach Menschen als armutsgefährdet gelten, wenn ihr Wohlstandsniveau unter 60 % des bedarfsgewichteten Medianeinkommens liegt, sodass die Teilhabe am sozialen Leben eingeschränkt ist (Armutsschwelle). Gegenwärtig sind Menschen im Alter von 65 Jahren und älter unterdurchschnittlich häufig von relativer Einkommensarmut bedroht, wobei Frauen stärker betroffen sind als Männer (10 %, Frauen 14,3 %).

Die Armutsrisikoquote der älteren Migrantinnen und Migranten liegt mit 34,4 % weit über dem Wert der älteren Menschen ohne Migrationshintergrund (9,6 %). Es ist davon auszugehen, dass sich das Armutsrisiko zukünftig verschärfen wird, da immer mehr Menschen mit Alterssicherungsansprüchen rechnen müssen, die unterhalb der Armutsschwelle liegen. Die Gründe hierfür liegen zum einen in ökonomischen, sozialstrukturellen und erwerbsbiografischen Einflüssen (z. B. prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Langzeitarbeitslosigkeit) und zum anderen in Veränderungen im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung selbst. Die Konsequenzen für Altersarmut sind weitreichend. Eine erwerbszeitliche Einkommensarmut, die sich maßgeblich auf die Altersabsicherung auswirkt, ist immer auch gekoppelt an einen Verlust von Lebensqualität, der sich eben nicht nur ausschließlich auf materielle, sondern auch auf soziale Teilhabeaspekte niederschlägt.

Es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass Personen mit geringem Einkommen nur in sehr begrenztem Umfang Angebote der zusätzlichen Altersvorsorge in Anspruch nehmen. So haben derzeit nur etwa 45 % der Berechtigten einen Vertrag über eine sogenannte „Riester-Rente“. Die durch die Reformen im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung angelegte Absenkung des Rentenniveaus und die damit verbundene Notwendigkeit zusätzlicher Altersvorsorge betreffen alle gesetzlich Rentenversicherten.

Besonders betroffene Personengruppen

Besonders Frauen haben im Vergleich zu Männern ein höheres Risiko von Altersarmut betroffen zu sein. Bei der Beurteilung der Einkommenssituation von Frauen muss allerdings das gesamte Haushaltseinkommen betrachtet werden: Geringe eigene Alterssicherungsleistungen der heutigen Rentnerinnen sind meist das Ergebnis der früheren traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung.

So stellt die Integration in den Arbeitsmarkt in einer Gesellschaft, die sich fundamental auf Erwerbsarbeit bezieht, nicht nur eine zentrale soziale Teilhabegröße dar, sondern der Arbeitsmarkt ermöglicht, nach der Logik des deutschen Sozialversicherungssystems, erst die Chancen und notwendigen Schritte für eine ausreichende Sicherung im Alter.

Für eine Mehrzahl der älteren und älter werdenden Migrantinnen und Migranten stellen strukturelle Ausgrenzungsrisiken alltägliche Lebensrealität dar. Die durchschnittliche Erwerbsbeteiligung von Personen mit Migrationshintergrund liegt (mit 68 %) deutlich unter der Quote von Menschen ohne Migrationshintergrund. Eine differenzierte Betrachtung der Zahlen zeigt außerdem, dass vor allem die Erwerbstätigenquote der Frauen mit Migrationshintergrund deutlich gegenüber der von Frauen ohne Migrationshintergrund zurückbleibt. Gemeinsam ist diesen Personengruppen, dass bei ihnen im System der gesetzlichen Rentenversicherung angelegte rentenmindernde Faktoren und von außen wirkende Einflüsse zusammentreffen und ihre jeweils nachteiligen Effekte dadurch schließlich potenziert werden.

Um die oben genannten Wechselwirkungen zu reduzieren und die aufgeführten Risikofaktoren in den Erwerbsbiografien der Menschen zu entschärfen, reicht es nicht aus, allein das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung zu modifizieren. Denn die Rentenversicherung kann im Rahmen des sozialen Ausgleichs lediglich korrigierend für sozialpolitische Mängel in der Vergangenheit wirken und auch das nur in begrenztem Maße.

Altersarmut kann nur durch ein Zusammenspiel aus präventiver Arbeitsmarkt-, Wirtschafts-, Sozial- und Bildungspolitik einerseits und gezielten Korrekturen im Rentenversicherungsrecht andererseits verhindert werden. Höhere Einkommensarmut und das Auftreten von prekären Arbeitsverhältnissen wirken sich aufgrund der Umlagefinanzierung in der Rentenversicherung dahingehend aus, dass die gesetzliche Rente für diesen Personenkreis damit notwendigerweise niedrig sein muss.

Es ist also nicht auszuschließen, dass die Altersarmut, die bereits jetzt bei Migrantinnen und Migranten auftritt, ein bevorstehendes gesellschaftliches Phänomen vorwegnimmt. Bereits jetzt weisen viele in Deutschland geborene oder aufgewachsene Menschen Diskontinuitäten in ihren Erwerbsbiografien auf, die schlussendlich in der gesetzlichen Rentenversicherung zu geringen Rentenansprüchen führen.

Arbeit, Wirtschaft und Alter

Die Gestaltung eines positiven Miteinanders der Generationen und Kulturen ist für die Unternehmen in Nordrhein-Westfalen eine zentrale Zukunftsaufgabe. Alternde und zunehmend multi-ethnische Belegschaften stellen besondere Anforderungen insbesondere an kleine und mittelständische Unternehmen. So werden beispielsweise im Rahmen der Initiative „Demografie aktiv“ – als Bestandteil von „Arbeit gestalten NRW“ – kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) dabei unterstützt, ihre Organisation durch die „demografische Brille“ zu betrachten und die demografischen Veränderungen im

Betrieb produktiv zu nutzen. Speziell für ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Maßnahmen abgeleitet werden, um deren Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und zu fördern.

Die Datenanalyse zeigt, dass die Erwerbstätigkeit Älterer in den vergangenen Jahren angestiegen ist. Aus unterschiedlichen Gründen ist perspektivisch ein weiterer Anstieg zu erwarten: Neben dem Interesse der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber an fachlich gut ausgebildeten Arbeitskräften und der Sicherung der betrieblichen Nachfolge ist zu berücksichtigen, dass die Menschen nicht nur immer länger leben werden, sondern auch länger gesund sein werden und somit grundsätzlich auch länger einer Erwerbstätigkeit nachgehen könnten. Obgleich eine höhere Erwerbstätigkeit Älterer somit aus zahlreichen Gründen individuell wie gesellschaftlich wünschenswert ist, müssen ihre Ursachen, Zusammenhänge und Rahmenbedingungen noch genauer untersucht werden: Unter Einbezug der genderanalytischen Dimension, die sich im vorliegenden Bericht auf das Konzept des „Gender-Mainstreamings“ bezieht, zeigt sich deutlich die Notwendigkeit der Erweiterung des Arbeitsbegriffs, der eben neben der Erwerbsarbeit auch den Bereich der unbezahlten Arbeiten und Tätigkeiten in Form von Care- und Freiwilligen-Arbeit mit erfassen muss. Veränderungen im Normalarbeitsverhältnis (vom Familienernährermodell zum Adult Worker Model), weitreichende Transformationsprozesse auf dem Arbeitsmarkt (prekäre Beschäftigungsverhältnisse durch Befristung und Teilzeitarbeit) sowie neue Formen der Familien- und Lebensarrangements rücken auch die Position des Mannes in einen erweiterten Fokus geschlechtsperspektivischer Betrachtungen. Ein angemessener Umgang mit einer alternden Belegschaft bzw. mit älteren erwerbsfähigen Personen kommt nicht umhin, deren heterogene Ausgangs- und Lebenslagen und damit auch die veränderten Motive zur Aufnahme einer Erwerbsarbeit umfassend zu berücksichtigen.

Wettbewerb in der Zukunft wird in erster Linie ein Wettbewerb um Arbeitskräfte sein. Durch verstärkte alterns- und altersgerechte Arbeitsgestaltung ist es möglich, die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in unterschiedlichen Lebensphasen zu erhalten.

Um insbesondere die kleinen und mittleren Unternehmen dabei zu unterstützen, werden die Partnerinnen und Partner im „Landesbeirat Arbeit gestalten NRW“ weiterhin konkrete Maßnahmen und Lösungsansätze zur Verbesserung der Situation in den Betrieben zusammentragen und gemeinsam den Betrieben nahebringen. Ferner gilt es die Möglichkeiten der kleinen und mittleren Unternehmen stärker zu fokussieren: In vielen Fällen sind ihnen ältere und alte Menschen als eigenständige Kundinnen-, Kundengruppe noch nicht bewusst. Ältere bilden durch ihre Konsumkraft einen Antriebsfaktor für die Wirtschaft.

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung im Alter

Im Vergleich zu anderen Lebensphasen bestehen im Alter deutlich größere Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden. Manchen älteren Frauen und Männern geht es gesundheitlich besser als in jüngeren Jahren, weil beispielsweise berufliche Belastungen entfallen. Andere Menschen hingegen sind im Alter von mehreren, häufig chronischen Erkrankungen (Multimorbidität), zum Teil von Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit betroffen.

Die häufigsten Erkrankungen im Alter sind Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie demenzielle und psychische Erkrankungen. Auch Krebserkrankungen kommen im Alter häufiger vor als in jüngeren Jahren.

Das Vorkommen psychischer Erkrankungen im Alter lässt sich schwerer ermitteln als die Prävalenz körperlicher Erkrankungen. Bei Suchterkrankungen muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Der Anteil an Alkoholabhängigen ist geringer, aber viele ältere Menschen, vor allem Frauen, sind abhängig von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Ein großes Problem sind Depressionen im Alter, sie können sich bei Männern und Frauen unterschiedlich äußern. Im Alter treten häufiger Demenzerkrankungen auf, die Anzahl wird in den nächsten Jahren weiter steigen, nicht zuletzt weil die geburtenstarken Jahrgänge allmählich das Rentenalter erreichen. Wie lange ein Mensch gesund bleibt, hängt von genetischen und lebensweltlichen Faktoren genauso ab, wie von einer guten medizinischen Versorgung und ist nicht zuletzt von sozialen Faktoren geprägt. In Nordrhein-Westfalen sind die Auswirkungen sozialer Unterschiede auf regionaler Ebene nachweisbar. Die mittlere Lebenserwartung von Frauen liegt zum Beispiel in Gelsenkirchen vier Jahre unter der mittleren Lebenserwartung von Frauen in Bonn, für Männer beträgt dieser Unterschied knapp fünf Jahre.

Die Alterung der Bevölkerung stellt für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung in Verbindung mit dem zunehmenden Fachkräftebedarf eine grundlegende Herausforderung dar. Nordrhein-Westfalen entwickelt verschiedene Strategien, dieser Herausforderung zu begegnen. Dazu zählen vor allem die zahlreichen Projekte, die auf eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ausgerichtet sind. Auch der Einsatz von Entlastenden Versorgungsassistentinnen (EVA) im ambulanten Bereich, das Hausarztaktionsprogramm zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung und die Implementierung von Home-Telemonitoring und Telecoaching gehören dazu. Diese Maßnahmen können beitragen, den Verbleib im häuslichen Umfeld auch im hohen Alter zu ermöglichen. Zu den Strategien im stationären Sektor gehört der Ausbau der geriatrischen Versorgung, die Verbesserung der Kooperation von nicht-geriatrischen Fachabteilungen und Geriatrie und die verstärkte Ausrichtung der Versorgung auf die spezifischen Bedarfe älterer Patientinnen und Patienten. Dazu zählt die Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bzw. einer Über- und Fehlversorgung mit Medikamenten.

Erkrankungssymptome können sich im Alter anders äußern als in jüngeren Jahren, bei Frauen anders als bei Männern. Bei diesen alters-, geschlechts- und kulturspezifischen Besonderheiten besteht nach wie vor großer Forschungsbedarf (auch in Bezug auf Gesundheitsförderung und medizinische Versorgung). Das Thema Gesundheit im Alter steht schon jetzt im Fokus des öffentlichen Interesses und wird in den nächsten Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung weiter an Bedeutung gewinnen. Insbesondere die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit in dieser Lebensphase erfordert Veränderungen. Hier spielen zudem globale Entwicklungen hinein, die die Gesamtbevölkerung betreffen, aber auf ältere und sozial benachteiligte Menschen gravierendere Auswirkungen haben können.

Pflege und Alter

Die aktuelle Herausforderung an die Alten- und Pflegepolitik auf allen Ebenen ist es, die Rahmenbedingungen für das Leben der immer größer werdenden Anzahl älterer Menschen so zu gestalten, das auch bei Pflegebedürftigkeit im Alter ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der selbstgewählten Häuslichkeit mit einer passgenauen Versorgungssicherheit möglich ist.

Die große Mehrzahl der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen haben den Wunsch, in der gewohnten Umgebung und nicht von Fremden gepflegt zu werden. Auch wenn sich die aktuellen Diskussionen um das Wegbrechen der kleinen sozialen Netzwerke, das Verschwinden der Mehrgenerationen-Familienverbände, die Singularisierung der Gesellschaft und eine Zunahme der Single-Haushalte drehen, werden aktuell in Nordrhein-Westfalen gut zwei Drittel der Pflegebedürftigen im Alter vom 65 und mehr Jahren zu Hause versorgt. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die vollstationär in Heimen versorgt werden, liegt bei knapp einem Drittel. Das heißt, in der Praxis wird der solidarisch angelegte Grundsatz „ambulant vor vollstationär“ gelebt.

Eine besondere Herausforderung stellt die Erkrankung an Demenz dar, weil sie u. a. mit einem Verlust von Kommunikationsmöglichkeiten verbunden ist. Wie groß genau die Gruppe der demenziell Erkrankten ist, lässt sich nicht exakt feststellen, da sie statistisch noch nicht ausreichend erfasst wird. Aktuell geht man für NRW von rd. 300.000 Menschen aus.

In der aktuellen NRW-Pflegepolitik stellen pflegende Angehörige eine eigene Zielgruppe dar, die in ihrer Eigenständigkeit anerkannt und aufgewertet wird. Die jeweiligen Bedürfnisse und Bedarfe von Angehörigen und Pflegebedürftigen sind nicht identisch, jedoch gleichberechtigt zu sehen und zu verfolgen. Die quantitative Datenlage zu pflegenden Angehörigen ist unzureichend. Angebote und Leistungen für den Bereich der häuslichen Pflege müssen stärker als bisher die ganzheitlichen Belange pflegender Angehöriger – Männer wie Frauen – in den Blick nehmen. Im Sinne der Geschlechtergerechtigkeit sind genderspezifische Rollenerwartungen kritisch zu hinterfragen und Modelle einer geschlechtergerechten Aufgabenverteilung im Kontext von familialer und nachbarschaftlicher Sorgearbeit zu entwickeln. Maßstab ist, dass aus der Perspektive der Angehörigen Hilfe immer genau dann, dort und in der Art zur Verfügung steht, wie sie gebraucht wird.

Auflösung von Schnittstellen in der Versorgung

Die aktuelle und perspektivische Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen und sich verändernde Familienstrukturen einerseits sowie die Zunahme von multimorbiden und demenzerkrankten Pflegebedürftigen andererseits lassen Systembrüche zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung zunehmend sichtbar werden.

Auch nach der letzten Reform des SGB XI im Jahr 2012 können Menschen mit Behinderungen noch nicht gleichberechtigt in die Pflegeversicherung einbezogen werden. Hier sind der landespolitischen Gestaltung dadurch Grenzen gesetzt, dass es sich um bundesgesetzlich gesetzte Verfahren und Regelungen handelt. Angesichts der zu erwartenden Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen gewinnt die Vermeidung oder das Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit weiter an Bedeutung. Die unterschiedliche Gestaltung der beiden Versicherungssysteme („Vollkasko“-Krankenversicherung vs. „Teilkasko“-Pflegeversicherung, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und ggf. Erhebung von Zusatzbeiträgen in der Krankenversicherung vs. Einheitsbeitrag und Finanzierung „aus einem Topf“ in der Pflegeversicherung) birgt überdies die Gefahr, dass in der Krankenversicherung im Grenzbereich zur Pflegeversicherung nicht alle Möglichkeiten zur Vermeidung und zur positiven Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit genutzt werden. Diese Entwicklungen erfordern deshalb schon im geltenden Recht,

Ansätze, Schnitt- und Übergangsstellen zwischen diesen Teil-Systemen zu glätten. Die gegensätzlichen Interessen von Kosten- und Leistungsträgern sind demgegenüber als nachrangig anzusehen. Auf Initiative Nordrhein-Westfalens hat eine Arbeitsgruppe der Länder seit Juni 2013 die Arbeit zu diesem wichtigen Thema aufgenommen. Die AG hat im Jahr 2014 einen Bericht zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen zwischen gesundheitlicher (SGB V) und pflegerisch-betreuerischer (SGB XI) Versorgung verfasst, der weitgehend an die Bundesregierung adressierte Hinweise und Prüfaufträgen enthält. Auf der Grundlage dieses Berichts sind entsprechende Beschlüsse sowohl der 91. Arbeits- und Sozialministerkonferenz im Jahr 2014 als auch der 88. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2015 gefasst worden.

Ausbildung, Weiterbildung und Fachkräftesicherung für ältere Menschen

Quantitative und qualitative Herausforderungen für die Beschäftigung in der Pflege

Die Zunahme von Pflegebedürftigkeit stellt die Pflegepolitik in NRW aktuell und künftig vor erhebliche Herausforderungen. Die wachsende Bedarfslage in der Bevölkerung durch Alterung und Multimorbidität führt zu einem kontinuierlich wachsenden Bedarf an professionell Pflegenden. Für NRW prognostiziert Price-Waterhouse-Coopers (PWC-Studie) für das Jahr 2030 bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen 38.600 fehlende Fachkräfte. Auch andere Studien weisen in Teilen diese Tendenz aus.

Maßnahmen des Landes zur Fachkräftesicherung in der Pflege

In der Gesamtstrategie des Landes zur Bekämpfung des Fachkräftemangels nimmt das zum 1. Juli 2012 gestartete Umlageverfahren zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege eine wichtige Rolle ein. Die Zahl der landesgeförderten Ausbildungsplätze in der Altenpflege konnte im Zeitraum von Dezember 2011 bis Dezember 2015 um rund 75 % auf rd. 17.500 gesteigert werden.

Damit konnte ein wesentliches Kernziel der im Dezember 2012 von Bund, Ländern und Verbänden beschlossenen „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ zu einem sehr frühen Zeitpunkt erreicht werden (jährliche Steigerung der Ausbildungszahlen um 10 %). Um einen Kompetenzzuwachs zu erzielen, hat NRW in der Erprobung der Hochschulbildung in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen bundesweit eine Vorreiterrolle eingenommen: in elf Modellstudiengängen an sieben Standorten finden neben der jeweiligen Berufsqualifizierung erstmals hochschulische Qualifizierungen auf Bachelorniveau statt.

Lebenswelten und Lebensperspektiven älterer und hochaltriger Menschen mit Behinderungen, die pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht sind

Von einer lebenslangen geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderung sprechen wir, wenn sie bis zum 35. Lebensjahr erworben wird, weil danach die Berufsfindung, der Einstieg ins Erwerbsleben und die Familiengründung – Ereignisse, die sich stark auf Teilhabemöglichkeiten im Alter auswirken – weitgehend abgeschlossen sind. In NRW leben zum 31. Dezember 2011 gemäß eigener Berechnung 294.961 Menschen mit lebenslanger Behinderung, davon sind 69.613 über 60 Jahre alt (etwa 1,5 % aller

Menschen über 60 Jahre in NRW). Die Anzahl und der relative Anteil alter Menschen an der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit lebenslanger Behinderung wird in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigen (gestiegene Lebenserwartung, Schließen der Bevölkerungslücke, die die Ermordung von Menschen mit Behinderung während der Herrschaft des Nationalsozialismus gerissen hat).

Auf alte Menschen mit lebenslanger Behinderung werden überwiegend negative Altersbilder projiziert (doppelte Stigmatisierung). Zu ihren Beziehungspartnerinnen und -partnern gehören neben den professionellen Unterstützerinnen und Unterstützern Angehörige der Herkunftsfamilie und andere Menschen mit Behinderung, sehr viel seltener solche ohne Behinderung. Ein Großteil hat keine feste Lebenspartnerin bzw. keinen festen Lebenspartner und keine eigenen Kinder. Nach dem Tod der Eltern sind Geschwister die nächsten Verwandten, zu denen häufig enge Beziehungen bestehen. Menschen vor allem mit angeborenen und lebenslangen Behinderungen finden nur schwer eine finanziell auskömmliche Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt, mit der die Lebenshaltungskosten finanziert und eine entsprechende Alterssicherung bestritten werden kann. Für viele ist die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) eine wichtige Alternative.

In der eigenen Wohnung oder zumindest im gewohnten Quartier wohnen bleiben zu können, entspricht in der Regel dem Wunsch aller Menschen, auch dem von alten Menschen mit lebenslanger Behinderung und ist wesentliches Moment von Teilhabe und Inklusion. „Ageing in Place“ steht dafür, die Wahlmöglichkeiten von älteren Menschen zu maximieren. Die Umgebung wird an die Person angepasst, nicht die Person in eine neue Umgebung umgesiedelt.

Aber: Das ambulant unterstützte Wohnen und die kleinen stationären (Außen-)Wohngruppen sind konzeptionell noch nicht auf das Älterwerden der Klientinnen und Klienten vorbereitet. Auf Veränderungen des Unterstützungsbedarfs im Alter ist sozialplanerisch mit der Hinzuziehung kompetenter ambulanter Dienste zu reagieren, wie es bei alten Menschen insgesamt üblich ist („ambulant vor stationär“). Wohnassistenz sollte verstärkt für kleinräumliche Quartiere, Nachbarschaften, einen in räumlicher Nähe wohnenden Kreis von Klientinnen und Klienten konzipiert werden. Menschen mit lebenslanger Behinderung sind in unterschiedlichem Ausmaß erhöht anfällig für viele alterskorrelierte Erkrankungen (z. B. Verschlechterung des Sehens und Hörens, Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau, Demenz). Spezifische Aus- oder Weiterbildungen für das ärztliche, pflegerische, therapeutische Personal existieren noch nicht, die Einbeziehung in Vorsorgeuntersuchungen, Impfprogramme und Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung bzw. Förderung ist deutlich ausbaufähig.

Angebote und Dienste der Behindertenhilfe sollten auf die Förderung der Lebensstilfaktoren Bewegung, Ernährung, intellektuelle Herausforderung und soziale Einbindung in allen Lebensphasen ausgerichtet sein. Angebote der hospizlichen Begleitung und der palliativen Versorgung (z. B. Schmerzdiagnostik und -behandlung, oft in Kooperation mit der Behindertenhilfe) werden erst allmählich entwickelt und im größeren Umfang von Menschen mit lebenslanger Behinderung genutzt. Die politische Partizipation stellt für alte Menschen mit lebenslanger Behinderung ein neues Lernfeld dar. Partizipative Verfahren und Instrumente, die Menschen, die Unterstützung brauchen, eine Stimme verleihen, sind weiterzuentwickeln. Häufig fehlen jedoch ausreichende und valide Daten für die behinderungs- und altengerechte Gestaltung von Gemeinwesen und zur Planung von passgenauen Unterstützungsangeboten.

Wichtig für alle Menschen mit Behinderungen – das heißt auch und auf der Zeitachse mit hoher Erlebenspriorität erst recht für Menschen mit lebenslanger Behinderung – ist die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Hier sind in Nordrhein-Westfalen die Grundlagen gelegt.

Lebenswelten und Lebensperspektiven älterer und hochaltriger Menschen im Quartier

Die meisten Menschen haben den Wunsch, im Alter in der eigenen Häuslichkeit und in der vertrauten Umgebung wohnen bleiben zu können und dies auch bei eintretendem Pflege- oder Unterstützungsbedarf. Um diesem Wunsch nachkommen zu können, werden niedrighschwellige Versorgungsstrukturen benötigt, die die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern berücksichtigen, sowie jene der wachsenden Zahl von älteren Migrantinnen und Migranten. Da der Lebensraum der älteren und hochaltrigen Menschen das Quartier ist und hier eine unmittelbare Erreichbarkeit von Angeboten und Dienstleistungen ermöglicht werden kann, ist es naheliegend, den sozialen Nahraum als Handlungsebene zu nutzen.

Diesem kleinräumigen Ansatz folgend unterstützt und fördert die Landesregierung durch verschiedene Maßnahmen und Projekte eine altengerechte Quartiersentwicklung in NRW.

Mit dem „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ sollen die nordrhein-westfälischen Kommunen bei der altengerechten Quartiersentwicklung unterstützt werden. Instrument des Masterplans ist ein praxisorientiertes, modulares Angebot zur landesweiten Quartiersgestaltung. Der Masterplan konzentriert sich auf vier Handlungsfelder, die für ein selbstbestimmtes Leben von entscheidender Bedeutung sind: „Wohnen“, „Sich versorgen“, „Sich einbringen“ und „Gemeinschaft erleben“.

Gezielte Beratungsangebote durch das eigens eingerichtete Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW werden die lokalen Akteurinnen und Akteure bei der Umsetzung unterstützen. Das Land stellt darüber hinaus mit dem Landesförderplan verschiedene Förderangebote zur finanziellen Unterstützung von quartiersgestaltenden Aktivitäten zur Verfügung.

Noch liegen leider zu wenig systematische Kenntnisse über die Lebensbedingungen von älteren Menschen in den nordrhein-westfälischen Quartieren vor. Dies gilt beispielsweise auch für die Gruppe der Hochaltrigen, für die ein Zuwachs prognostiziert ist, über deren Lebenssituation wir bisher aber kaum fundierte Kenntnisse haben.

Innovative Finanzierungskonzepte entwickeln

Verfügbare Fördermittel der öffentlichen Hand sowie von Stiftungen reichen nicht aus, um sämtliche Quartiere mit der notwendigen Ausstattung zu versehen. Die nordrhein-westfälischen Quartiere sind daher auf innovative Finanzierungskonzepte und flexible Finanzierungsquellen angewiesen. Als erster Schritt hat das Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW auf seiner Homepage www.aq-nrw.de eine Zusammenstellung der verfügbaren Finanzierungsquellen für altengerechte Quartiersprojekte bereitgestellt, um möglichst viele Akteurinnen und Akteure in die Lage zu versetzen, eine Finanzierung für ihre Quartiersprojekte zu organisieren.

Die besonderen Bedarfe des ländlichen Raumes

Auch wenn Nordrhein-Westfalen in weiten Teilen urban geprägt ist, gibt es weite Flächen, die stark bis sehr stark ländlich geprägt sind. Gerade in diesen Regionen schreitet die demografische Entwicklung oft schneller als im NRW-Durchschnitt voran, und die Aufrechterhaltung der notwendigen Infrastruktur stellt die kreisangehörigen Städte und Gemeinde sowie die Kreisebene vor große Herausforderungen. Um altengerechte und nachhaltige Quartiere zu schaffen, müssen alle gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure Verantwortung übernehmen und Kooperationen eingehen. Eine Quartiersentwicklung, wie die Landesregierung sie mit dem „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ anstößt und vor Ort unterstützen möchte, erfordert neues Denken und eine neue innere Haltung.

Wohnen

Im Alter bestehen andere Anforderungen an den Wohnraum als in jungen Jahren. Ein zentraler Aspekt ist die Barrierefreiheit. Sie ist nicht nur in Bezug auf die Wohnung selbst sondern auch in Bezug auf das Wohnumfeld wichtig. Da der Mobilitätswert im Alter in der Regel kleiner wird, ist eine wohnungsnaher Infrastruktur, die Pflegeangebote integriert, von wachsender Bedeutung. Ein Ziel der Landesregierung ist, die unterschiedlichen altengerechten Wohnformen so auszubauen, dass die Menschen in NRW zwischen mehreren Möglichkeiten, je nach ihrem individuellen Unterstützungsbedarf, wählen können. Damit die speziellen Wohnbedürfnisse der Bevölkerung – insbesondere auch von Haushalten mit älteren oder behinderten Menschen – erfüllt werden können, bietet das Land Nordrhein-Westfalen eine Vielzahl von Fördermöglichkeiten beim Neubau oder bei bestehenden Wohnungen. Das Land legt jährlich ein Wohnraumförderungsprogramm auf, aus dem Darlehen mit einem Gesamtvolumen von derzeit 800 Millionen Euro vergeben werden. Weiterführende Informationen sind auf der Homepage des MBWSV www.mbwsv.nrw.de/wohnen/wohnraumfoerderung zusammengestellt. Darunter fallen Bestandssanierungen, um Barrierefreiheit in der eigenen Wohnung zu erreichen, genauso wie der Neubau von entsprechenden Wohnangeboten. Darüber hinaus gibt es z. B. gemeinschaftliche Wohnformen, die eine Alternative zur klassischen eigenen Häuslichkeit bieten. Interessierte werden hierzu durch das Landesbüro innovative Wohnformen.NRW unterstützt.

Sich Versorgen

Für ein altengerechtes Wohnquartier sind nah gelegene Versorgungsstrukturen von zentraler Bedeutung. Neben der pflegerischen Versorgung geht es auch um die Erreichbarkeit grundlegender Angebote und Dienstleistungen, wie z. B. Lebensmittelläden, Banken, Arztpraxen. Angebotsstrukturen müssen bedarfsgerecht und lebenslagenspezifisch vorgehalten werden, um ein selbstbestimmtes Wohnen im Quartier – auch bei Unterstützungsbedarf – möglich zu machen. Technische Assistenzsysteme können dazu ebenfalls einen Beitrag leisten und einen stationären Hilfebedarf oft vermeiden. Das neue Alten- und Pflegegesetz (APG NRW) unterstützt mit seinen rechtlichen Regelungen die Ausrichtung von quartiersnahen Versorgungsstrukturen.

Sich einbringen und Gemeinschaft erleben

Aufgabe einer erfolgreichen Quartiersentwicklung ist es, Beteiligungsprozesse zu initiieren und durchzuführen. Darüber hinaus greifen ältere Menschen auf wertvolle Erfahrungen zurück, die einen wichtigen Beitrag für die Diskussions- und Gestaltungsprozesse darstellen.

Beratung

Ein weiterer wichtiger Baustein einer altengerechten Quartiersentwicklung sind Beratungsangebote. Die Beratungslandschaft in Nordrhein-Westfalen ist vielfältig. Es gibt gesetzliche Beratungsangebote der Kostenträger, der privaten Pflegeversicherung sowie spezifische themen-, personen- oder institutionsbezogene Angebote. Sie sollten quartiersnah erfolgen und damit eine gute Erreichbarkeit ermöglichen. Dies soll u. a. Gegenstand einer Rahmenvereinbarung zwischen dem Land NRW als Initiator, den Kreisen und kreisfreien Städten sowie den Landschaftsverbänden sein, die 2016 unterzeichnet werden soll.

Ausgewählte Aspekte der Mobilität und Sicherheit für Menschen im Alter

Unfallbeteiligung im Alter

Als ältere Menschen gelten gemäß den bundesweiten Regelungen Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer ab dem 65. Lebensjahr. Nach der polizeilichen Verkehrsunfallstatistik des Landes Nordrhein-Westfalen lassen sich folgende Feststellungen treffen:

Menschen ab 65 nehmen mehrheitlich als Fußgängerinnen, Fußgänger, Radfahrerinnen, Radfahrer oder Pkw-Fahrerinnen, Pkw-Fahrer am Straßenverkehr teil. Mit zunehmendem Alter lassen die motorischen und audio-visuellen Fähigkeiten nach, die jedoch durch Erfahrung in der Fahrpraxis, angepasste (defensive) Fahrweisen und technische Assistenzsysteme kompensiert werden (können).

Statistisch sind Fehler älterer Menschen beim Abbiegen, Wenden oder Rückwärtsfahren weniger relevant als die Fehler der jüngeren Altersgruppen, zu denen vor allem Geschwindigkeitsverstöße und Fahren unter Drogen- oder Alkoholeinfluss gehören. Auch wenn die Zahl der Unfälle (ohne Bagatellunfälle), an denen Ältere aktiv beteiligt waren, ansteigt, ist die Zahl der Verletzten Älteren rückläufig. Ältere Männer kommen im Straßenverkehr, gemessen am Bevölkerungsanteil, häufiger zu Tode als Frauen. Das Unfallrisiko und damit auch das Gefährdungspotential älterer Menschen hängen maßgeblich von der jeweils individuellen Situation eines älteren Menschen ab (z. B. jährliche Fahrleistung).

Die Kreispolizeibehörden des Landes bieten als festen Bestandteil ihrer Verkehrssicherheitsberatung in Kooperation mit anderen Trägern der Verkehrssicherheit auch Konzepte für Ältere an. Dabei geht es um eine sicherere Teilnahme am Straßenverkehr, wozu auch der bewusste Umgang mit altersbedingten Einschränkungen gehört.

Kriminalität und Alter

Die Sorge der Menschen, Opfer einer Straftat zu werden, steigt tendenziell mit zuneh-

mendem Alter. Ältere Menschen zeigen in erhöhtem Maße kriminalitätsbezogenes Vorsichts- und Vermeideverhalten und setzen sich in geringerem Maße Risiken aus. Dabei deckt sich die allgemeine Kriminalitätsfurcht nicht mit der gemessenen Kriminalitätsgefährdung.

Eine wichtige Aussage lautet: Ältere Menschen werden seltener Opfer von Straftaten als jüngere. Ansonsten gilt, dass sich verallgemeinerungsfähige Aussagen nur schwer treffen lassen. Frauen und Männer sind unterschiedlichen Risiken ausgesetzt. Bei den Gewaltdelikten besteht die höchste Opferbelastung für ältere Frauen (ab 65 Jahren) im öffentlichen Raum durch Handtaschenraub, während ältere Männer als Opfer bei den Körperverletzungsdelikten überwiegen.

Neue Kriminalitätsgefahren für Ältere liegen zunehmend im Bereich der Internetnutzung sowie durch Betrug mittels rechtswidrig erlangter, in der Regel zuvor gestohlener Debitkarten (EC-Karten) oder durch „Phishing“ persönlicher Daten.

Die Polizei in Nordrhein-Westfalen hat sich auf die veränderten Anforderungen eingestellt. Sie wertet Kriminalitätsphänomene und Straftaten zum Nachteil älterer Menschen gezielt aus, um Maßnahmen der Prävention sowie des Opferschutzes aktuell anzupassen und mit den Präventionsdienststellen der Kreispolizeibehörden wirksam umzusetzen.

Die demografische Entwicklung führt zugleich auch zu einer steigenden Zahl tatverdächtiger älterer Menschen (über 60 Jahre). Sie ist in den letzten zehn Jahren um 8,9 % gestiegen. Damit war der Anstieg der älteren Tatverdächtigen stärker als der Anstieg des Anteils der älteren Menschen an der Bevölkerung.

Die Interessen älterer Verbraucherinnen und Verbraucher schützen

Viele Menschen, auch viele Ältere, haben Schwierigkeiten, sich auf wachsenden Märkten wie Gesundheit und Ernährung, Finanzen und Versicherungen, Kommunikation und Neue Medien als souveräne und informierte Verbraucherinnen und Verbraucher zu bewegen. Zudem versuchen Anbieterinnen und Anbieter mit krimineller Energie mit ständig wechselnden Methoden insbesondere ältere Verbraucherinnen und Verbraucher zu übervorteilen.

Auch nach einer Gesetzesänderung im Jahr 2013 stellt beispielsweise unerlaubte Telefonwerbung weiterhin ein großes Ärgernis dar. Die Stärkung der Handlungskompetenz von älteren Menschen gegenüber unseriösem Geschäftsgebaren wird deshalb zunehmend wichtiger und eine zentrale Aufgabe des Verbraucherschutzes.

Gemeinsam aufklären, vorbeugen und Kriminalität bekämpfen – so lautet die Verabredung zwischen der Verbraucherzentrale NRW und dem Landeskriminalamt NRW, um dem betrügerischen Treiben wirkungsvoll Einhalt zu gebieten. Um Handlungskompetenzen insbesondere im Bereich der digitalen Medien zu stärken, werden in Nordrhein-Westfalen auf unterschiedlichen Wegen Informationen angeboten.

Ältere Menschen zählen darüber hinaus zu den besonders schützenswerten Verbrauchergruppen, die von hohen Energiekosten betroffen sind. Das NRW-Verbraucherschutzministerium will daher in den nächsten Jahren nachhaltige Lösungen im Dialog mit Energieversorgern und Verbraucherverbänden zur Vermeidung von Energieschulden und Abschaltungen entwickeln. Der Verbraucherschutz für Ältere in Nordrhein-Westfalen muss sich ständig an die Bedürfnisse der wachsenden Zielgruppe anpassen.

Kommunale Altenberichterstattung

Die demografische Alterung verläuft regional und lokal sehr unterschiedlich. Dies erfordert eine differenzierte Betrachtung und stellt die kommunale Politik vor besondere Herausforderungen.

Der Altenberichterstattung kommt deshalb nicht nur auf Landesebene sondern insbesondere auch auf kommunaler Ebene ein hoher Stellenwert zu. Wichtig sind eine umfassende, themenübergreifende und dauerhafte Betrachtung des Alter(n)s vor Ort, die Beteiligung aller relevanten lokalen Akteurinnen und Akteure, einschließlich der (älteren) Bürgerinnen und Bürger sowie die kommunale Zusammenarbeit und Kooperation.

Die ersten Ergebnisse landesweiter Maßnahmen zur Förderung der Altenberichterstattung in den nordrhein-westfälischen Kommunen weisen darauf hin, dass eine fundierte und nachhaltige kommunale Altenberichterstattung in der Praxis bislang nicht flächendeckend umgesetzt wird.

Verschiedene Beispiele guter Praxis zeigen wesentliche Anregungen zum Aufbau und zur Weiterentwicklung einer Altenberichterstattung auch für andere Kommunen. Auf der Grundlage eines dialogorientierten Arbeitsprozesses mit Kommunen, den kommunalen Spitzenverbänden, der Landessenorenvertretung und der Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros wurde deshalb von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie im Auftrag des MGEPA NRW eine Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung erstellt. Die Arbeitshilfe beschreibt (Mindest-)Standards für eine qualifizierte Altenberichterstattung und zeigt an Beispielen guter Praxis verschiedene Umsetzungswege auf. Dabei werden insbesondere Lösungsansätze für kleine Kommunen und Kommunen mit geringen Ressourcen vorgestellt.

Demografie

Grundsätzlich stellt die kommunale Altenberichterstattung einen bedeutsamen Teilbereich der Sozialberichterstattung dar, dem eine eigenständige Berechtigung zukommt, wenn man die Bedarfe der älteren Bevölkerung auf kommunaler Ebene fundiert erfassen und bewerten will. Im Sinne einer querschnittlichen Betrachtung kommunaler Sozialpolitik und -planung kann eine Integration kommunaler Berichte mit Bezug zur Zielgruppe ältere Menschen sinnvoll sein (z. B. kommunale Pflege-, Demografie- oder Gesundheitsberichterstattung). Die kommunale Demografie-Berichterstattung stellt dabei eine mögliche Integrationsperspektive dar, sofern darunter eine generationensensible Bedarfserfassung und Planung verstanden wird, bei der die Bedarfe aller Generationen – also auch der älteren Bevölkerung – gleichermaßen erfasst, analysiert und bei der Umsetzung von Maßnahmen beachtet werden. Bei einer integrierten Sozialberichterstattung ist grundsätzlich darauf zu achten, die Zielgruppe ältere Menschen umfassend in den Blick zu nehmen und die differenzierten Altersbilder zu berücksichtigen. Im Vergleich zu anderen Zielgruppen besteht aufgrund der geringen Verbindlichkeit die Gefahr, dass ältere Menschen „ausgeblendet“ oder aber stark verkürzt ausschließlich defizitorientiert (z. B. im Kontext von Pflegebedürftigkeit) betrachtet werden. In Nordrhein-Westfalen gibt es unterschiedliche kommunale Demografiekonzepte, die in unterschiedlicher Art und Weise darauf zielen, den demografischen Wandel vor Ort zu gestalten.



3 Auftrag

Die Landesregierung räumt der Politik für ältere und hochaltrige Menschen einen hohen Stellenwert ein. Ziel ist es, diesen Menschen – auch bei einer möglichen Pflegebedürftigkeit – ein selbstbestimmtes und partnerschaftliches Miteinander in allen Lebensbereichen und Lebensphasen in dieser sich wandelnden Gesellschaft zu ermöglichen.¹

Eine Gesamtanalyse der Vielschichtigkeit und Heterogenität des Altwerdens in Nordrhein-Westfalen liegt bisher nicht vor. Sie ist erforderlich, um aus unterschiedlichen Perspektiven ein aktuelles Bild vom Alter und Altern der Menschen zu gewinnen, um zukünftig altenpolitische Prioritäten zu setzen, damit Menschen in Würde altern können. Deshalb hat die Landesregierung am 20. März 2012 den Aufbau einer dauerhaften Altenberichterstattung beschlossen. Diese ist prozessorientiert angelegt und wird einmal in der Legislaturperiode mit einem Gesamtbericht zur Lage der älteren Menschen in NRW „Alt werden in Nordrhein-Westfalen“ veröffentlicht.

In Zusammenarbeit mit IT.NRW wird in einer quantitativen Analyse Altern im Kontext der demografischen Entwicklung betrachtet – also von der Bevölkerungsentwicklung bis hin zur Entwicklung der Haushalte und Lebensformen. Die qualitative Analyse orientiert sich an dem Lebenslagenkonzept und berücksichtigt die Lebenslagendimensionen, die für das Wohlergehen und die gesellschaftliche Teilhabe von Frauen und Männern im Alter bedeutsam sind. Dazu gehört auch die Frage, welche Rolle die Geschlechtszugehörigkeit als Dimension von Bevorzugung oder Benachteiligung spielt.

Weil die konkrete Arbeit für die Belange der älteren Menschen in den Kommunen „vor Ort“ stattfindet, wird einer kommunalen Altenberichterstattung breiter Raum eingeräumt. Mit dieser Ausrichtung betritt die Landesregierung Neuland. Bisher gibt es auf der Ebene der Bundesländer keine vergleichbare Berichterstattung.

Die Altenberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen ist im „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen“ (GEPA NRW) vom 15. Oktober 2014 als Regelauftrag verankert. Eine wichtige Aufgabe der Altenberichterstattung ist es, Informationen bereitzustellen und Beteiligungsprozesse zu unterstützen.

Die Altenberichterstattung richtet sich an Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in Politik, Verwaltung und Wirtschaft auf Landes-, regionaler und kommunaler Ebene, an die Seniorenvertretungen und Seniorenbeiräte, an die altenpolitisch (i.w.S.) relevanten Akteurinnen und Akteure und Netzwerke, wissenschaftliche Einrichtungen, Organisationen der Wohlfahrtspflege sowie an die interessierte Öffentlichkeit.

Die Altenberichterstattung Nordrhein-Westfalen ist als Querschnittsaufgabe angelegt. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit mit allen tangierenden Politikbereichen in den Landesressorts und den altenpolitisch relevanten Akteurinnen und Akteuren auf Landesebene, in den Regionen und Kommunen.

Zur Sicherung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit wurde eine Koordinatorengruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern aller Landesressorts eingerichtet.

¹ Vgl. NRW/SPD – Bündnis 90/Die GRÜNEN NRW: Koalitionsvertrag 2012-2017, S. 131

Das MGEPA hat mit der Vorgabe von Grundstrukturen auf der Grundlage einer abgestimmten Gliederung des Berichts den Ressorts den größtmöglichen inhaltlichen Freiraum bei der Erstellung der Textbeiträge zu den einzelnen thematischen Kapiteln eingeräumt.

Die Landesregierung hat die nachhaltige Entwicklung zu einem Leitprinzip ihrer Politik erklärt und Mitte 2016 eine umfassende NRW-Nachhaltigkeitsstrategie verabschiedet. Dabei werden Gesundheit und Wohlergehen der Bürgerinnen und Bürger im demografischen Wandel als eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen für Nordrhein-Westfalen definiert. Das Thema demografischer Wandel und altengerechte Quartiere ist eines der Schwerpunktfelder, die in den Mittelpunkt des Strategieprozesses gestellt werden. Der Landesaltenbericht ist insofern auch im Zusammenhang der nachhaltigen Entwicklung ein wichtiges Instrument zur Überprüfung und Abbildung der Lage und Entwicklung der älteren Generation. Ergänzend wird es in Zukunft auch eine regelmäßige Nachhaltigkeitsberichterstattung des Landes geben, die ebenfalls Themen des demografischen Wandels abdecken und diese in den Gesamtzusammenhang der nachhaltigen Entwicklung des Landes stellen wird.

Die Einbeziehung der relevanten gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure der Altenpolitik auf Landesebene in den Prozess des Aufbaus und der Weiterentwicklung der Altenberichterstattung NRW ist unter den Aspekten von Partizipation und Nachhaltigkeit unabdingbar. Um den wissenschaftlichen und fachlichen Sachverstand von Anfang an zu nutzen, ist die Einrichtung eines beratenden „Beirats Altenbericht“, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft, den Landesseniorenorganisationen, der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und den Kommunalen Spitzenverbände erfolgt.

Durch die Geschlechtszugehörigkeit werden sowohl die Lebensphase Alter als auch die soziale Ungleichheit altersspezifisch geprägt. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die Rahmenbedingungen und Folgen der geschlechtsspezifischen Verteilung von Lebenslagen im Alter als Qualitätsmerkmal im ersten Altenbericht durchgängig zu berücksichtigen.

Das MGEPA hat das Institut Gender Studies in Köln (GeStiK) an der Universität zu Köln mit der Begleitung des Aufbaus der Altenberichterstattung Nordrhein-Westfalens unter dem Genderperspektive beauftragt.

Damit ist die Altenberichterstattung ein Pilotprojekt der Landesregierung im Prozess der weiteren Implementierung und Umsetzung von Gender Mainstreaming.

Da altenpolitische Maßnahmen im Wesentlichen auf lokaler Ebene realisiert werden und dort auch der Unterstützungsbedarf unmittelbar sichtbar wird, ist es wichtig, die kommunale Perspektive auf die Lebenslagen älterer Menschen in die Altenberichterstattung mit einzubeziehen. Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG) widmet sich in einem vom MGEPA geförderten Projekt insbesondere der Thematik „Kommunale Altenberichterstattung“, die Bestandteil des Altenberichts ist.

Bei allen skizzierten Herausforderungen ist es notwendig, auch auf die Grenzen in der Berichterstattung hinzuweisen. Der Bericht „Alt werden in NRW“ stellt eine erste Bestandsaufnahme dar und gibt einen ersten Überblick über die Lebenssituation älterer und hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen. Selbst bei dem breiten Bearbeitungsspektrum konnten nicht alle Facetten von Lebenslagen und Geschlecht abgebildet werden. Die vielfältigen identifizierten Entwicklungsbedarfe und -perspektiven, die genderanalytische Betrachtung und insbesondere die Thematik „Hochaltrigkeit“ zeigen

weitere Handlungsbedarfe auf. Die Landesregierung lädt alle Akteurinnen und Akteure dazu ein, den weiteren Prozess und die Umsetzung der Erkenntnisse gemeinsam mitzugestalten und dabei für die altenpolitische Arbeit der Zukunft das Mitdenken von „Alter“ als Querschnittsaufgabe zu sehen.



4. Alter und Altern

Über das Alter(n) wird zwar gegenwärtig in Politik, Gesellschaft und Wirtschaft intensiv diskutiert, ein einheitliches Verständnis, was damit gemeint ist, gibt es jedoch nicht und wird es wohl auch in Zukunft nicht geben. Alter und Altern sind nicht nur biologische Phänomene, sondern unterliegen immer auch kulturellen Interpretationen; sie sind vor allem soziale Konstruktionen und nicht eindeutig und universell bestimmbar. Im Folgenden werden wesentliche Aspekte der Konstrukte Alter und Altern, die für die Altenberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen von Bedeutung sind, beschrieben.

4.1 Begriffsbestimmungen

Alter und Altern bezeichnen zwei unterschiedliche Betrachtungsgegenstände. „Wenn der Begriff *Alter* benutzt wird, stehen die älteren Menschen und das Resultat des Altwerdens im Vordergrund; das Alter als Lebensperiode und die Alten als Teil der Gesellschaft. Wenn dagegen von *Altern* gesprochen wird, liegt der Schwerpunkt auf der Untersuchung von Prozessen und Mechanismen, die zum Alter führen und die dem Altwerden zugrunde liegen.“² Die Lebensphase „Alter“ galt lange Zeit als klar abgegrenzter Lebensabschnitt zwischen dem Berufsaustritt und dem Lebensende³. Die Strukturkategorie „Alter“ wurde also vor allem durch den Erwerbsaustritt charakterisiert. Dieses Definitionsmerkmal wird aber u. a. wegen des erheblichen Ausmaßes an Frühverrentungen, der zunehmenden Flexibilisierung von Arbeitsverhältnissen auch am Ende der Erwerbsbiografie und der fehlenden dauerhaften Erwerbstätigkeit bei einem Großteil der Bevölkerung zunehmend in Frage gestellt. Das Alter als Strukturkategorie beinhaltet stets auch die dynamische Prozesskategorie des „Alterns“. Diese umfasst die im gesamten Lebensverlauf stattfindenden und individuelle Handlungen und Deutungen beeinflussenden Sozialisationsvorgänge, die sich wandelnden gesellschaftlichen Altersbilder und die demografischen Entwicklungen.

Der Lebenslauf spielt für das Leben im Alter eine prägende Rolle. Heutige Lebensläufe sind selten linear und absehbar, sondern die Abfolge von unterschiedlichen Stationen wie Schule und Berufstätigkeit. Der Bereich der Familie wird immer häufiger durchdrungen von Brüchen und Improvisationen.

Die Dreiteilung des Lebenslaufs in Ausbildung, Erwachsenenalter (Beruf) und Alter (Ruhestand) unterliegt erheblichen Veränderungen, darunter zeitliche Verschiebungen zwischen den drei Phasen, eine Zunahme prekärer Beschäftigungsverhältnisse, veränderte (sozial)politische Rahmenbedingungen und eine Pluralisierung der Lebensformen und Lebensstile. Daraus ergeben sich auch mit Blick auf das Alter(n) neue Chancen und neue Risiken.⁴

2 Baltes, P. B./Baltes M. M. (1994): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, Paul B. und Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Sonderausg. des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts der Akad. der Wiss. zu Berlin. Berlin (u. a.): de Gruyter, S. 9.

3 Vgl. Prahl, H.- W./Schroeter, K. R. (1996): Soziologie des Alterns. Eine Einführung. Paderborn: Schöningh.

4 Vgl. Naegele, G. (2010): Soziale Lebenslaufpolitik – Grundlagen, Analysen und Konzepte. In: Naegele, G. (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., S. 27-85.

Wesentliches Merkmal des „Strukturwandels des Alters“⁵ ist die zeitliche Ausweitung der Altersphase, die durch den Anstieg der durchschnittlichen Lebensdauer und den häufig frühen Beginn der nachberuflichen und nachfamiliären Lebensphase heute mehrere Jahrzehnte umfassen kann. Damit ist eine zunehmende Differenzierung des Alters verbunden⁶. So werden in der gerontologischen Forschung häufig das „dritte“ und „vierte Lebensalter“ bzw. die sogenannten „jungen Alten“ und „alten Alten“ oder „Hochaltrigen“ unterschieden. Während das dritte Lebensalter als der Zeitraum zwischen dem 60./65. und 75./80. Lebensjahr und als überwiegend gesunde und aktive Phase definiert wird, markiert das vierte Lebensalter die Zeitspanne nach dem 80. Lebensjahr, die vor allem mit Abhängigkeit, Altersschwäche und Tod assoziiert ist.⁷ Begründet wird diese Unterteilung mit Einschränkungen in der Leistungs- und Funktionsfähigkeit, die medizinischen und psychologischen Befunden zufolge im vierten Lebensalter gehäuft auftreten. Die Altersgrenze für den Beginn der Hochaltrigkeit wird in Deutschland gegenwärtig bei 80 bis 85 Jahren angesetzt. In den 1970er-Jahren war diese Schwelle deutlich niedriger und lag bei 75 Jahren. Dies verdeutlicht, dass Altersgrenzen variabel sind. In Zukunft wird sich die Altersgrenze für Hochaltrigkeit aller Voraussicht nach weiter erhöhen. Schon heute wird sie in einigen Publikationen mit 90 bzw. 95 Jahren angegeben.⁸ Generell ist das kalendarische Alter als Indikator für die Einteilung von Altersstadien problematisch. Menschen altern in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht individuell sehr unterschiedlich und diese Unterschiede verstärken sich im höheren Alter, d. h., das chronologische Alter ist dem funktionalen Alter nicht gleichzusetzen.⁹ Alter(n) wird vor allem sozial konstruiert, unter anderem über gesetzliche bzw. vertragliche Normen und offizielle Altersdefinitionen (z. B. gesetzliches Renteneintrittsalter) sowie gesellschaftliche und individuelle Alter(n)svorstellungen.¹⁰ In unserer Gesellschaft sind die Begriffe „Alter“ und „Altern“ meist negativ konnotiert, was aber nicht unbedingt den individuellen Lebensumständen und dem Befinden der Älteren entsprechen muss. Negative Zuschreibungen betreffen vor allem das hohe Alter bzw. die Hochaltrigen. „Ihr gesellschaftlicher Akzeptanzgrad nach Maßgabe einer wertschätzenden Anerkennung und sozialen Einbindung wird zunehmend weniger durch die Geltung sozialetischer Verpflichtungen als durch die Bewertung des ‚Leistungsbeitrags‘ der Hochbetagten im Sinne ihrer ‚Nützlichkeit‘ begründet“.¹¹ Auch wenn eine zunehmende Vulnerabilität im vierten Lebensalter besteht, muss Hochaltrigkeit aber nicht zwangsläufig mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einhergehen. Die Auseinandersetzung mit Grenzen kann zudem Wachstumsprozesse anstoßen.¹²

5 Tews, H. P. (1993). Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, G./Tews, H. P. (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik. Opladen: Westdt. Verl., S. 15-42.

6 Vgl. Backes, G./Clemens, W. (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim: Juventa Verlag.

7 Vgl. Schroeter, K.R. (2008): Alter(n). In: Willems, Herbert (Hrsg.): Lehr(er)buch Soziologie (Band 2). Wiesbaden: VS Verlag, S. 611-630

8 Vgl. BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin

9 Vgl. Backes, G. M./Clemens, W. (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim: Juventa Verlag.

10 Vgl. Schröter, K.R. (2014). Die Verwirklichungen des Alters. In: Amann, A./Kolland, F. (Hrsg.): Das erzwungene Paradies des Alters. Weitere Fragen an eine kritische Gerontologie. 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 281-316.

11 Fürstenberg, F. (2013): Hochaltrigkeit als Akzeptanzproblem. Ein Thesenpapier. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46: 16-20. (Zitat S. 16)

12 Vgl. Generali Zukunftsfonds (Hg./Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Bonn.

Grundsätzlich ist bei der Beschreibung und Analyse von Alter(n) eine differenzielle Sichtweise notwendig, da die Variabilität innerhalb einzelner Altersgruppierungen erheblich ist.¹³ Für die Altenberichterstattung ist es somit handlungsleitend, keine starren Altersgrenzen festzulegen, sondern von einem offenen Altersbegriff auszugehen, wenn gleich bei einigen Themenschwerpunkten bestimmte Gruppen älterer Menschen besonders fokussiert werden (z. B. jüngere Ältere bei Fragen zum Verbleib und zur (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt und hochaltrige Menschen bei der pflegerischen Versorgung).

4.2 Alternde Gesellschaften – Entwicklungen und Trends (Makroperspektive)

Das Altern der Bevölkerung ist ein Phänomen, das alle Gesellschaftsbereiche durchdringt. *„Kein Lebensbereich und kein gesellschaftliches Feld bleibt von Alterungsprozessen unberührt, sie beeinflussen das Miteinander auf allen Ebenen der Gesellschaft (...). Deshalb müssen Alterungsprozesse sowohl in ihrer umfassenden gesellschaftspolitischen Dimension als auch in ihren Auswirkungen auf das einzelne Individuum betrachtet werden“*.¹⁴ Auch das Alter(n) selbst wird entscheidend durch gesellschaftlich-strukturelle Wandlungsprozesse beeinflusst. Aufgrund konstant niedriger Geburtenraten, einer wachsenden Kinderlosigkeit und einer stetig ansteigenden mittleren und vor allem ferneren Lebenserwartung nimmt die absolute Zahl der älteren Menschen in Deutschland wie auch ihr relativer Anteil an der Gesamtbevölkerung zu. Dabei steigen insbesondere die Zahl und der Anteil der hochaltrigen Menschen (80/85plus), wobei der Anteil der Frauen deutlich über dem der Männer liegt.

Diese Entwicklungen führen zu einem veränderten Generationenverhältnis. Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter nimmt ab, zugleich altert das Erwerbspersonenpotenzial. Die Anforderungen der Arbeitswelt müssen also von weniger und gleichzeitig älteren Erwerbstätigen bewältigt werden.¹⁵ Die Sicherstellung des „großen Generationenvertrags“ in Form der umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme wird zu einer neuen Herausforderung, da sich das Verhältnis der Beitragsaufkommen zum Leistungsvolumen zuungunsten der Einnahmen verschieben wird. Auch die Stabilität des „kleinen Generationenvertrags“ in den Familien im Sinne von intergenerationellen Austauschbeziehungen (Kinderbetreuung, Elternpflege) gerät zunehmend unter Druck und erfordert neue Aushandlungsprozesse und Solidaritätsformen (in den Familien, zwischen den bzw. innerhalb der Generationen und in den Quartieren) sowie diese ermöglichende und unterstützende Rahmenbedingungen. Der sich für einen Großteil der Älteren ergebende Zugewinn an frei gestaltbarer Lebenszeit wirft einmal mehr die grundsätzliche Frage auf, welche gesellschaftliche Rolle das Alter und ältere Menschen spielen. Zu berücksichtigen sind weitere langfristige Strukturveränderungen des Alters, die sich zwar

13 Vgl. Baltes, P. B./Baltes M. M. (1994): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, P. B./Mittelstraß, J. (Hg.): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Sonderausg. des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts der Akad. der Wiss. zu Berlin. Berlin (u. a.): de Gruyter, S. 1-34.

14 Niederfranke, A./Naeyele, G./Frahm, E. (Hrsg.) (1999): Die vielen Gesichter des Alterns. Opladen (u. a.): Westdt. Verlag.

15 Vgl. Naeyele, G. (2010): Soziale Lebenslaufpolitik – Grundlagen, Analysen und Konzepte. In: Naeyele, G. (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., S. 27-85.

teilweise aus demografischen, ökonomischen und/oder (sozial)politischen Gründen (z. B. Aussterben der Kriegsgenerationen, Rente mit 67) gegenwärtig etwas abschwächen, aber im Großen und Ganzen weiterhin zutreffen.

Hierzu gehören die sich in den Selbstzuschreibungen von Älteren und der vergleichsweise frühen Berufsausgliederung ausdrückende Verjüngung, die nach wie vor weitverbreitete Entberuflichung des Alters, die aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen bestehende Feminisierung, die durch den Trend zum Alleinleben auch im Alter stattfindende Singularisierung sowie die bereits beschriebene Bedeutungszunahme der Hochaltrigkeit.

Angesichts des im sehr hohen Alter zunehmenden Risikos für altersbedingt chronisch-degenerative Erkrankungen, Multimorbidität und einer damit nicht selten verbundenen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stellt sich insbesondere für ältere Alleinlebende, aber auch für Ältere mit familiären Bezügen die Frage nach aktuellen und zukünftigen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten. Aufgrund der rückläufigen informellen und familialen Unterstützungspotenziale (weniger Kinder, Kinderlosigkeit, steigende Erwerbstätigkeit von Frauen) kommen einer Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger und der Schaffung von alternativen Versorgungsmodellen ergänzend zu den bestehenden Sorgesystemen eine wachsende Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang wächst auch der Stellenwert des Engagements von Nachbarinnen und Nachbarn sowie anderen freiwilligen Helferinnen und Helfern.¹⁶ Angesichts der zunehmenden ethnisch-kulturellen Differenzierung des Alters werden diese Fragen auch mit Blick auf die steigende Zahl älter werdender Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund immer wichtiger, zumal sich diese oftmals in besonders gefährdeten Lebenslagen befinden.¹⁷ Zugleich haben allgemeine ökonomisch bedingte und/oder sozialstrukturelle Veränderungen des Lebenslaufs, der Lebens-, Wohn-, Familien- und Arbeitsformen erhebliche (Fern-)Wirkungen auf das Alter. Hier sind z. B. die Pluralisierung der Lebensformen, u. a. hervorgerufen durch eine Zunahme von Trennungen und Scheidungen, und der Strukturwandel der Arbeit zu nennen. Es ist ein Bedeutungsrückgang des geschlechtlichen Normalarbeitsverhältnisses zugunsten einer steigenden Arbeitsmarktflexibilisierung festzustellen, die häufig auch dem Wunsch vieler Erwerbstätiger nach flexibilisierten Beschäftigungsformen in Abhängigkeit ihrer lebensphasentypischen Bedürfnisse und Zwänge entspricht. Damit sind aber oft prekäre Arbeitsbedingungen und erwerbsbiografische Diskontinuitäten verbunden, von denen Frauen im Allgemeinen und besonders Mütter betroffen sind, da sie häufiger Arbeit in Teilzeit verrichten (müssen). Neben Arbeitslosigkeit führen auch diese häufig aufgrund deutlich geringerer Entlohnung und damit verbunden niedrigeren Rentenbeitragszahlungen zu einem erhöhten Armutsrisiko im Alter.

Darüber hinaus sind aber auch positive Kohorteneffekte und Niveauerhöhungen in den Lebenslagen älterer Menschen festzustellen, d. h. die nachfolgenden Alterskohorten verfügen über eine insgesamt bessere Ressourcenausstattung im Hinblick auf Dimensionen wie den (subjektiven) Gesundheitszustand, den Bildungsgrad und die Bildungsbeteiligung, berufsbezogene Erfahrungen (vor allem bei Frauen), die Einkom-

16 Vgl. Reichert, M. (2010): Pflege – ein lebensbegleitendes Thema? In: Naegele, G. (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., S. 309-329.

17 Vgl. Olbermann, E. (2008): Kultursensible Altenhilfe In: Aner, K./Karl, U. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit. Baltmannweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 138-150.

mens- und Vermögenssituation, die Mobilität und eine höhere Bereitschaft zu Aktivität, Engagement und Beteiligung als die vorherigen. Vorhandene Ressourcen und Potenziale älterer Menschen sind also ebenso zu berücksichtigen wie Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarfe bzw. prekäre Lebenslagen im Alter (z. B. Altersarmut). Da sich Unterschiede und Benachteiligungen im Lebensverlauf häufig verfestigen bzw. verstärken und im Alter kumulieren, ist zu erwarten, dass die sozial-strukturelle Heterogenisierung des Alters und damit einhergehende soziale Ungleichheiten eher zu- als abnehmen. Ein wichtiger Faktor ist in diesem Zusammenhang auch die Kategorie Geschlecht (vgl. Abschnitt 4.5).

Für die Auseinandersetzung mit dem kollektiven Altern der Bevölkerung ist es von grundlegender Bedeutung – entgegen der vielfach beschriebenen Krisen- und Bedrohungsszenarien, die u. a. auf Probleme in Bezug auf die sozialen Sicherungssysteme, steigende Gesundheits- und Pflegekosten und abnehmendes Wirtschaftswachstum fokussieren – konstruktive Bewältigungsstrategien in den Blick zu nehmen, d. h. „den demografischen Wandel in erster Linie als eine politische *Gestaltungsaufgabe* zu sehen und dabei auch als *Chance* zu begreifen“.¹⁸ Mit der Einsicht der politischen Gestaltbarkeit demografisch bedingter gesellschaftlicher Veränderungen ist ein Paradigmenwechsel verknüpft, der einseitig negative ebenso wie ausschließlich positive Vorstellungen zugunsten einer differenzierten Betrachtung der Chancen und Risiken des kollektiven Alter(n)s fokussiert. Für die Gestaltung und (Weiter-)Entwicklung alternder Gesellschaften sind zum einen Maßnahmen zu nennen, die auf die Bewältigung allgemeiner Aspekte des demografischen und sozialstrukturellen Wandels gerichtet sind; zum anderen geht es um spezifische Handlungsansätze, die ausgehend von der Alterung der Bevölkerung unterschiedliche übergreifende politische Zielsetzungen verfolgen.¹⁹

Neben strukturellen Reformen in der Sozial- und Gesellschaftspolitik (arbeitsmarkt-, familien-, bildungs-, migrations-, gesundheits-, städte- und wohnungsbau- sowie sozialpolitische Maßnahmen) und einer „Demografieorientierung“ in der kommunalen Sozialpolitik²⁰ sind Handlungsfelder und Themen mit spezifisch gerontologischem Fokus zu benennen wie z. B. der Erhalt und die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (z. B. betriebliches Altersmanagement, Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Fort- und Weiterbildung), Förderung und Aktivierung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen und des Lernens im und für das Alter, Sicherung der (häuslichen) Pflege und Betreuung, systematische Verankerung (kommunaler) Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen, Förderung der „Wirtschaftskraft Alter“ (u. a. im Hinblick auf Dienstleistungen und Handwerk, Gesundheits- und Wohnungswirtschaft) sowie Erschließung und Ausweitung der Bereiche Technik und selbstständige Lebensführung im Alter.²¹

In besonderem Maße sind Gestaltungserfordernisse in den Kommunen hervorzuheben, weil sich die Alterung der Bevölkerung „vor Ort“ direkt auswirkt und hier sicht- und erleb-

18 Naegele, G. (2010b): Demographischer Wandel und demographisches Altern in Deutschland: Probleme, Chancen und Perspektiven. In: Heinze, Rolf G. und Naegele, Naegele (Hrsg.): Ein Blick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet. Münster: LIT (61), S. 33-60. (Zitat S. 43).

19 Vgl. Heinze, R. G./Naegele, G. (2010): Einleitung – Demographischer Wandel in Deutschland: Herausforderung und Chance. In: Heinze, R.G. /Naegele, G. (Hrsg.): Ein Blick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet. Münster: LIT (61), S. 19-26.

20 Naegele, G. (2010b)

21 Vgl. ebd.; Heinze, R. G./Naegele, G. (2010)

bar wird. So zeichnet sich in den letzten Jahren in der kommunalen Politik für ältere und alte Menschen zunehmend ein Wandel von der Hilfeorientierung zu einer erweiterten sozial- und gesellschaftspolitischen Konzeptualisierung von Alter(n) und Altsein ab.²² Wird das Altern der Bevölkerung als gesellschaftspolitische Aufgabe verstanden, gehen damit für die Politik für ältere und alte Menschen neue thematisch-inhaltliche Aspekte einher. Ausgangspunkte für eine kommunalpolitische Neuausrichtung sind die skizzierten demografischen wie gesellschaftlichen Entwicklungen. Neben klassischen Themen (z. B. Gesundheit, Pflege) spiegeln sich die schon oben genannten Handlungsfelder und Themen mit spezifisch gerontologischem Fokus nahezu deckungsgleich auf der kommunalen Ebene wider; ergänzend sind die Themen Freizeit, Kommunikation und Kultur, Wohnen, Wohnumfeld, Mobilität, alltagsbezogene Dienstleistungen sowie Unterstützung von Familien- und Generationenbeziehungen und weiterer sozialer Netzwerke zu nennen.²³ Dabei gilt es zudem, Partizipation zu ermöglichen und entsprechende Strukturen bereitzustellen, die ältere Bürgerinnen und Bürger unterstützen und dazu befähigen, sich mit ihren Ressourcen und Kompetenzen einzubringen. All dies kann nicht losgelöst von sozialräumlichen und umweltbezogenen Kontexten erfolgen. „Der Ort, an dem ein Mensch altert, trägt entscheidend dazu bei, wie er altert. (...), die nahräumliche Umwelt bildet ein sehr komplexes und vielschichtiges Bedingungsgefüge von Lebensbedingungen und -chancen nicht nur für ältere Menschen.“²⁴ Dabei ist im Alter eine Bedeutungszunahme des (sozialen) Nahraums festzustellen, zum einen bezogen auf die Wohnsituation im Ruhestand und mögliche Mobilitätseinschränkungen, zum anderen bezüglich der Engagementbereitschaft und -beteiligung (älterer) Bürgerinnen und Bürger. Eine nicht unerhebliche Rolle spielen zudem Wohnstandortentscheidungen im Alter, die mit den Stichworten „Wohnenbleiben“ vs. „(freie) Wohnungswahl für das Alter“ skizziert werden können. Für Letztgenanntes gilt, dass die Wahlfreiheit immer in Abhängigkeit von finanziellen und sozialen Ressourcen zu sehen ist.

Angesichts einer älter werdenden und zunehmend auch hochbetagten Bevölkerung kommt der Quartiersentwicklung und der quartiersnahen Versorgung eine wesentliche Bedeutung zu. Für Kommunen geht damit die Aufgabe einher, Teilhabe- und Versorgungsstrukturen kleinräumig und wohnortnah auszurichten und zu gestalten, um Selbstständigkeit, Lebensqualität und den Verbleib älterer Menschen in ihren vertrauten Wohn- und Lebensbezügen zu erhalten.

22 Vgl. Naegele, G. (2010a): Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43, 2, S. 98-102.

23 Vgl. ebd.

24 Beetz, S./Müller B./Beckmann K.J./Hüttl R.F (2009): Altern in Gemeinde und Region. (Altern in Deutschland Bd. 5). Nova Acta Leopoldina NF Bd. 103, Nr. 367, Zitat S. 9.

4.3 Individuelle Entwicklungen und Veränderungen im Alter (Mikroperspektive)

Neben sozialen und gesellschaftlichen Aspekten sind für das Alter(n) bio-physiologische Veränderungen und psychische Entwicklungs- und Veränderungsprozesse, die sich über die gesamte Lebensspanne hinweg vollziehen, von Bedeutung.²⁵ Die Entwicklung in den einzelnen Funktionsbereichen kann bei einer Person unterschiedlich verlaufen, sodass auch hier eine differenzierte Betrachtung notwendig ist.²⁶

Für das biologische Altern sind u. a. die Erbanlagen, deterministische Prozesse (unvermeidlicher und nicht beeinflussbarer Abbau von Zellen), stochastische Prozesse (die Alterung beschleunigende und krankheitsverursachende zelluläre Schädigungen, z. B. durch Freie Radikale oder Schadstoffe wie Nikotin und Abgase) und eine bereits im mittleren Erwachsenenalter beginnende zunehmende Verletzlichkeit des Organismus' (Vulnerabilität), die eine Anfälligkeit für altersbedingte Erkrankungen (z. B. Arteriosklerose, Osteoporose) mit sich zieht, relevant.²⁷

Weitere alterstypische Erkrankungen sind z. B. Demenzen und Krebserkrankungen. Des Weiteren zählen auch Veränderungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit (Abnahme der Gedächtnisleistung und der Reaktionsgeschwindigkeit) zu den Altersveränderungen.

Ein wichtiger Befund der Zell- und Molekularbiologie ist in diesem Zusammenhang, dass die stochastischen Prozesse einen größeren Einfluss auf das Altern haben als die deterministischen Prozesse.²⁸ Das bedeutet, dass Altersvorgänge gestaltbar sind, d. h., es können Risikofaktoren identifiziert und Möglichkeiten zu ihrer Reduzierung entwickelt werden (Verhaltens- und Verhältnisprävention). Die Plastizität des Alterns ist auf verschiedenen Ebenen nachgewiesen. So können z. B. durch Gedächtnistraining hirnganisch bedingte Funktionseinbußen und durch Muskeltraining Einbußen der Muskelkraft vermindert werden. Gleichwohl stößt die Gestaltbarkeit körperlicher Alternsprozesse besonders im hohen Alter an ihre Grenzen.

Die psychologische Alter(n)sdimension umfasst u. a. die im höheren Alter stattfindenden Veränderungsprozesse in der Persönlichkeitsstruktur, in den Lern- und Gedächtnisleistungen und den individuellen Anpassungskompetenzen und -fähigkeiten der Person. Anpassungsprozesse werden insbesondere durch Bildung und lebenslanges Lernen beeinflusst; auch biografische und sozialisationsbedingte Erfahrungen wirken sich hierauf aus.²⁹ Einer ressourcenorientierten Sichtweise des Alter(n)s folgend ist es erforderlich, die „Wechselwirkung zwischen *Ressourcen* einer Person, den individuellen Zielen einer Person, den von ihr eingesetzten *Prozessen zur Zielerreichung* und den *Kontexten*“³⁰ in den Blick zu nehmen. Individuelle Ressourcen können dabei insbesondere sensorische, kognitive sowie verhaltens- und erlebensbezogene Ressourcen (z. B.

25 Vgl. Martin, M./Kliegel M. (2005): Psychologische Grundlagen der Gerontologie. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

26 Vgl. Backes, G. M./Clemens, W. (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim: Juventa Verlag.

27 Vgl. Kruse, A./Wahl, H.W. (2010): Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Spektrum Akademischer Verlag: Heidelberg.

28 Vgl. Kruse, A./Wahl, H.W. (2010): Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Spektrum Akademischer Verlag: Heidelberg.

29 Vgl. Karl, F. (2009): Einführung in Generationen- und Altenarbeit. Opladen: Budrich Verlag.

30 Martin, M./Kliegel M. (2005): Psychologische Grundlagen der Gerontologie. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, (Zitat: S. 20).

Emotionen, Fähigkeit zur Aufnahme und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen, Strategien zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen) sein. Zielsetzungen bestehen darin, altersspezifische und alterstypische Anforderungen zu bewältigen, um Wohlbefinden, Autonomie und soziale Integration zu erreichen, zu erhalten und zu fördern. Mit den Prozessen zur Zielerreichung sind regulative Aktivitäten einer Person gemeint, die z. B. in der Neubewertung der eigenen Lebenssituation, der Anpassung oder Neuformulierung von Zielsetzungen oder der Veränderung von Ressourcen durch Übung bestehen können. Darüber hinaus sind die individuellen Kontextfaktoren zu berücksichtigen, wie z. B. soziale, räumliche und kulturelle Gegebenheiten sowie finanziell-strukturelle und historische Rahmenbedingungen.³¹

Die mit dem Alter(n) zusammenhängenden Entwicklungen und Veränderungen verlaufen multidirektional, d. h., dass in den einzelnen Bereichen sowohl eine Zu- oder Abnahme oder auch eine Stabilität zu verzeichnen sein kann. So können in bestimmten Funktionsbereichen, beispielsweise der Beweglichkeit oder Reaktionsgeschwindigkeit, Einschränkungen eintreten, während zugleich in anderen Bereichen Funktionen erhalten bleiben oder sich Gewinne einstellen (z. B. umfangreiches Erfahrungswissen, Fähigkeit zum Umgang mit krisenhaften Ereignissen).³²

Von wesentlichem Interesse sind die subjektive Wahrnehmung und Bewertung des Alter(n)s, weil diese auf die eigenen alter(n)sbezogenen Verhaltensweisen Einfluss nehmen. Charakteristisch ist dabei, dass die Bewertung des Alter(n)s in der Regel weniger auf der Grundlage des objektiv feststellbaren, chronologischen Alters und der objektiven Bedingungen erfolgt, sondern eher mit Bezug auf die jeweils eigenen Handlungsspielräume und Kontextfaktoren. Eine objektiv schlechtere materielle Lage wird von den Betroffenen nicht zwangsläufig als eine solche wahrgenommen, wenn sie z. B. aufgrund von Kriegserfahrungen mit Rationierungen und Armut ein vergleichsweise geringes Anspruchsniveau haben. Entscheidend für eine Aufrechterhaltung von Lebenszufriedenheit im Alter ist es, inwieweit die individuellen Bedürfnisse, Motive und Erwartungen erfüllt und persönlich wichtige Ziele erreicht werden.³³

Insgesamt ist festzustellen, dass der individuelle Alter(n)sverlauf somit multikausal ist: „Wie Menschen altern, hängt von der Art der Verknüpfung von Personmerkmalen (auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene) und Bedingungen der physikalischen und sozialen Umwelt ab. Es sind Person-Umwelt-Beziehungen, die nicht nur in der aktuellen Situation wirken, denn Alternsprozesse sind wesentlich auch von der Entwicklung in früheren Lebensphasen beeinflusst, sind Teil der Biographie. Altern hängt zudem von historischen und epochalen Bedingungen ab sowie davon, in welcher Kultur und Region, mit welchen Werten Menschen einer Gesellschaftsform altern.“³⁴

Nicht zuletzt hat die demografische Entwicklung Auswirkungen auf die individuellen Alternsprozesse. Hier spielt beispielsweise die vorhergesehene eigene längere Lebenserwartung ebenso eine Rolle wie die Veränderungen sozialer Beziehungen (z. B. zu

31 Vgl. Martin, M./Kliegel M. (2005): Psychologische Grundlagen der Gerontologie. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, (Zitat: S. 20).

32 Vgl. Karl, F. (2009): Einführung in die Generationen- und Altenarbeit. Opladen & Farmington Hills: Verlag B. Budrich.

33 Vgl. Backes, G. M./Clemens, W. (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim: Juventa Verlag. (S. 176)

34 Karl, F. (2009): Einführung in die Generationen- und Altenarbeit. Opladen & Farmington Hills: Verlag B. Budrich (Zitat S. 24)

Partnerinnen und Partnern, Gleichaltrigen und mehreren Generationen).³⁵ Dabei zeigen sich zum Teil deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

So überwiegen gegenwärtig – und zukünftig zunächst weiterhin – in der Gruppe der Hochaltrigen die Frauen; von der Ausdehnung der Lebenszeit in (ehelicher heteronormativer) Paargemeinschaft profitieren bislang hingegen die Männer, da Frauen ein hohes Risiko haben, ihren Partner durch Tod zu verlieren.³⁶

Darüber hinaus können auch unterschiedliche Lebensereignisse und Krisen im Alter als Kontext verstanden werden, innerhalb dessen sich Alter(n) vollzieht und zu bewältigen ist. Auch wenn Alter nicht mit einer „Zeit der Verluste“ gleichzusetzen ist, können dennoch sogenannte kritische Lebensereignisse benannt werden, „die typischerweise im Alter oder deutlich häufiger im Alter auftreten (aber nicht immer im Alter und nicht bei allen alten Menschen)“.³⁷ Hierzu zählen z. B. der eigene Übergang bzw. der Eintritt des Partners oder der Partnerin in den Ruhestand, gesundheitliche Einschränkungen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie Sterben und Tod des Partners oder der Partnerin oder anderer enger Bezugspersonen. Für die individuelle Entwicklung im Alter ist dabei das Ausmaß der durch diese unterschiedlichen Ereignisse jeweils erlebten Belastungen sowie die individuellen Ressourcen und Möglichkeiten zu deren Bewältigung von Bedeutung. Coping im Alter, also die Bewältigung kritischer Lebensereignisse, hängt davon ab, wie diese Ereignisse subjektiv wahrgenommen und erlebt werden, welche Erfahrungen in früheren Lebensabschnitten gemacht wurden und welche Folgen aus den Ereignissen für das weitere Leben erwartet werden. Für die Bewältigung ist entscheidend, inwieweit die Ereignisse für die Betroffenen kohärent (d. h. verstehbar, handhabbar und sinnhaft) sind und wie ausgeprägt ihre Resilienz ist, d. h. die Fähigkeit, ihr Selbstkonzept trotz der Belastung stabil zu halten, indem versucht wird, die Ereignisse aktiv in die eigene Biografie zu integrieren.³⁸

Die Betrachtung von individuellen Alter(n)unterschieden und Veränderungen bietet Ansatzpunkte für Interventionen, die dazu beitragen können, Gesundheit und Wohlbefinden im Alter zu erhalten und zu fördern.

Zu den wesentlichen Anwendungsfeldern zählen u. a. die folgenden Bereiche:³⁹

- Verlust von Alltagskompetenz zur selbstständigen Lebensführung (z. B. durch Training, Beratung, Optimierung baulicher Umwelt, Technologienutzung),
- Depressionen und Ängste (z. B. in Form von Psycho- und Pharmakotherapie),
- körperliche Fitness und Sturzprophylaxe (z. B. Krafttraining),
- kognitive Verluste (z. B. kognitives Training),
- demenzielles Syndrom (z. B. biografieorientierte Aktivierung, Mal- und Musiktherapie),
- kritische Lebensereignisse (z. B. Disease-Management-Programme, Trauergruppen),

35 Martin, M./Kliegel M. (2005): Psychologische Grundlagen der Gerontologie. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; Ruff, F. (2009): Perspektiven zum zukünftigen Wandel gesellschaftlicher (Leit-)Bilder des Alterns. In: J. Ehmer und D. Brantl (Hrsg.): Bilder des Alterns im Wandel. Historische, intellektuelle, theoretische und aktuelle Perspektiven. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, S. 173–189.

36 Vgl. Martin, M./Kliegel M. (2005): s.o.

37 Ebd. (Zitat S. 91).

38 Vgl. ebd.

39 Vgl. Wahl, H.W. (2012): Stellenwert und Ziele von Interventionsforschung und -praxis. In: Wahl, H.W./Tesch-Römer/C./Ziegelmann, J.P. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2., vollständig überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 21-27.

- Belastung pflegender Angehöriger (z. B. Unterstützungsangebote für Pflegende, Psychoedukation).

4.4 Das Lebenslagekonzept als Bezugsrahmen der Altenberichterstattung

Zur Beschreibung und Analyse der Lebenssituation der älteren Bevölkerung erweist sich das Lebenslagekonzept als besonders geeigneter Bezugsrahmen für die Altenberichterstattung auf Landesebene.⁴⁰ Damit ist der Anspruch verbunden, soziale Lagen in der Gesellschaft, deren Bedingungen und Auswirkungen möglichst umfassend erklären und abbilden zu können.⁴¹ Als „Lebenslage“ wird „die Gesamtheit der sozialen Zusammenhänge, in denen Personen ihre materiellen und immateriellen Möglichkeiten nutzen“,⁴² verstanden. Im Vordergrund des Konzeptes stehen also nicht nur die individuell verfügbaren Ressourcen, sondern auch der sich auf dieser Grundlage ergebende Handlungsspielraum einer Person. Dieser kann in mehrere Einzelspielräume unterteilt werden, die teilweise voneinander abhängen und in enger Wechselwirkung zueinander stehen. Hier sind im Wesentlichen der „Versorgungs- und Einkommensspielraum“ (z. B. Versorgung mit Gütern und Diensten, finanzielle Mittel), der „Kontakt- und Kooperationsspielraum“ (z. B. Möglichkeiten zur sozialen Kommunikation und Interaktion, persönliche Netzwerke), der „Lern- und Erfahrungsspielraum“ (z. B. Möglichkeiten zur Entfaltung von Bildungsinteressen, Ausmaß an Mobilität), der „Regenerations- und Mußspielraum“ (z. B. Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten) sowie der „Dispositionsspielraum“ (z. B. Möglichkeiten des Mitentscheidens und Mitgestaltens) zu nennen.⁴³ Der Lebenslageansatz berücksichtigt darüber hinaus weitere Aspekte:⁴⁴ Es ist ein Mehrebenenmodell, das sich auf die unterschiedlichen strukturellen Ebenen der Gesellschaft bezieht. So findet die Makroebene (z. B. gesellschaftliche Systeme wie das Gesundheitssystem oder Entwicklungen wie z. B. soziale Ungleichheiten) ebenso Berücksichtigung wie die Mesoebene (die Einbindung der Person in gesellschaftliche Institutionen und Organisationen wie z. B. Vereine) und die Mikroebene (das individuelle Handeln und Verhalten). Zudem handelt es sich um ein multidimensionales Konzept. Zur Beschreibung und Analyse einer Lebenslage und des damit verbundenen Handlungsspielraumes sind vor allem die stets auch vergeschlechtlichten Dimensionen Bildung, Erwerbstätigkeit, Wohnen, Gesundheit und Einkommen sowie ihre jeweiligen Zusammenhänge und Wechselwirkungen als relevante Bestimmungsgrößen zu betrachten. Das Bildungsniveau beeinflusst z. B. die berufliche Stellung. Ein niedriger Bildungsgrad kann also ursächlich für ein prekäres Beschäftigungsverhältnis sein. Der Bildungsgrad wirkt sich auch häufig auf die Fähigkeit aus, die zur Verfügung stehenden Ressourcen einzusetzen und die

40 Vgl. Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofmann, K./Neubauer, J. (2010): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. 5. Durchgesehene Auflage 2 Bände. Wiesbaden: VS-Verlag

41 Vgl. Backes, G. (1997): Lebenslage als soziologisches Konzept zur Sozialstrukturanalyse. In: Zeitschrift für Sozialreform, 43. Jg., Heft 4: 704-727.

42 Engels, D. (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion. In: Sozialer Fortschritt, 5: 109-117.

43 Engels, D. (2008): Lebenslagen. In: Maelicke, B. (Hrsg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos Verlag: S. 643-646.

44 Vgl. Voges, W. (2002): Perspektiven des Lebenslagenkonzeptes. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 48, H. 3: 262-278.

eigene Persönlichkeit zu entwickeln. In einer erwerbszentrierten Gesellschaft bestimmt die Erwerbstätigkeit in einem hohen Ausmaß die Existenzsicherung und damit verbundene Lebenschancen. Ist eine Person aus dem Erwerbssystem ausgeschlossen (z. B. bei Arbeitslosigkeit), ist ihr Einkommensspielraum oft gering. Dies wiederum kann die Zugangschancen zu anderen Lebensbereichen vermindern. Doch auch wenn eine Person erwerbstätig ist, können ihre Handlungsspielräume dennoch eingeschränkt sein („Working Poor“, d. h. Personen, die trotz Erwerbstätigkeit von Armut bedroht sind). Das Wohnen entspricht einem menschlichen Grundbedürfnis und erfüllt verschiedene Funktionen (z. B. Schutz und Sicherheit, Privatsphäre). Die Gesundheit ist eine sehr komplexe Dimension, da sie den objektiven Gesundheitszustand und das subjektive Gesundheitserleben ebenso einschließt wie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Möglichkeiten zu einer gesellschaftlichen Teilhabe bei eingeschränkter Gesundheit. Sie kann durch materielle Unterversorgung negativ beeinflusst werden, kann aber auch eine materielle Unterversorgung auslösen (z. B. im Fall von Erwerbsminderung aufgrund von Erkrankung). Meist jedoch wird das Einkommen als die zentrale Dimension angesehen, da es die Ressourcen in den anderen Lebenslagedimensionen (z. B. Wohnen) entscheidend beeinflusst. Allerdings werden Unterversorgungen in der materiellen Lage individuell unterschiedlich beurteilt und nicht in einem gleichen Maße als Einschränkung für die Lebensqualität erlebt.

Um Unterversorgungen in den einzelnen Dimensionen feststellen zu können, sind entsprechende Indikatoren und Schwellenwerte zu definieren (z. B. beim Einkommen das bedarfsgewichtete verfügbare Haushaltseinkommen und ein prozentualer Wert davon als Unterversorgungsschwelle oder beim Wohnen ein fehlendes Bad/WC in der Wohnung als Unterversorgungsschwelle für die Wohnungsausstattung).

Darüber hinaus wird zwischen materiellen und immateriellen sowie objektiven und subjektiven Dimensionen der Unter- oder Überversorgung unterschieden. Zu den materiellen Dimensionen zählen z. B. die Wohnungsausstattung und das Vermögen, zu den immateriellen Dimensionen soziale Kontakte, die Gesundheit u. ä.

Für die Lebensqualität einer Person sind nicht nur die objektiven Lebensbedingungen (z. B. Kontakthäufigkeit, Einkommensniveau) entscheidend, sondern auch, wie diese subjektiv wahrgenommen und bewertet werden (z. B. empfundene Qualität von sozialen Beziehungen). Trotz objektiv schlechter Lebensbedingungen können die subjektiven Bewertungen positiv sein (Zufriedenheitsparadoxon), z. B. weil die eigenen Ansprüche an die Lebensverhältnisse angepasst wurden. Gleichzeitig kommt es vor, dass Menschen trotz objektiv guter Lebensbedingungen nicht zufrieden mit ihrer Lebenssituation sind (Unzufriedenheitsdilemma).

Individuelle Lebenslagen beeinflussen den Umfang der gesellschaftlichen Teilhabe und ggf. auch das Ausmaß sozialer Ausgrenzung. Zugleich sind sie eine Folge davon. „Eine Lebenslage als Folge und Ursache von Teilhabechancen lässt sich nur durch mehrere Indikatoren und deren Kombination angemessen erfassen.“⁴⁵

In der Altenberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen wird die Multidimensionalität der Lebenslagen älterer Menschen berücksichtigt, indem ein breites Spektrum von Lebensbereichen einbezogen wird. Allerdings sind die Datenbestände zu den verschiedenen Dimensionen der Lebenslage nicht gleichermaßen gut. Eine unmittelbare metho-

45 Voges, W. (2006): Indikatoren im Lebenslagenansatz: das Konzept der Lebenslage in der Wirkungsforschung. In: ZeS Report 11, 1: 1-6. (Zitat S. 3).

dische Umsetzung des Lebenslageansatzes in der Berichterstattung ist generell schwierig, da die mit der Mehrdimensionalität einhergehende Komplexität nur sehr schwer zu operationalisieren ist. Dies zeigt sich z. B. bei der Zahl der zu berücksichtigenden Dimensionen und bei der Definition von Unterversorgungsschwellen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, bei der Interpretation im Blick zu behalten, dass die zur Verfügung stehenden Daten stets nur Ausschnitte einer komplexen Lebenslage widerspiegeln. Die verwendeten Indikatoren stellen meist – sofern auf verfügbare Datensätze zurückgegriffen wird – einen Kompromiss zwischen theoretisch abgeleiteten Definitionen und empirisch lieferbaren Informationen dar.

Es bleibt die Frage, wo die Unterversorgungsschwelle anzusetzen ist, um im jeweiligen Lebenslagebereich zwischen „normaler“ oder „guter“ Lebensqualität einerseits und „prekärer“ Lebensqualität bzw. „Unterversorgung/Deprivation“ andererseits unterscheiden zu können.⁴⁶

Die Schwellen, die sich von der Datenlage her anbieten, sind je nach Indikator unterschiedlich klar und naheliegend, sodass auch eine Definition, ab wann eine Lebenslage als „benachteiligt“ gelten soll, durch die Qualität der verfügbaren Daten begrenzt wird.⁴⁷ Diese ist bezüglich einzelner Lebenslagedimensionen – wie in den entsprechenden Kapiteln angemerkt – teilweise noch ausbaufähig.

4.5 Altern und Geschlecht

Ein Blick auf die nach Geschlecht strukturierte Alterspyramide verdeutlicht, dass – während die Anzahl der Frauen und Männer bis ins mittlere Alter in Deutschland vergleichbar ist – gerade in der Lebensphase Alter der Frauenanteil den der Männer übersteigt. Diese Beobachtung ist zum einen zurückzuführen auf eine Übersterblichkeit von Männern, die gegenwärtig (noch) mit den Gefallenen der beiden Weltkriege in engem Zusammenhang steht. Zum anderen ist sie einer höheren Lebenserwartung der Frauen geschuldet, die gegenwärtig einen überproportionalen Anteil weiblicher Hochaltriger ausmacht und dies etwas angeglichenener auch für die Zukunft erwarten lässt.

Dass sich die Lebenslagen alter und älterer Menschen als sehr heterogen darstellen, wurde in den vorangestellten Ausführungen hinreichend verdeutlicht. Wie wichtig in der Reflexion die Betrachtung der Lebenslagen über den gesamten Lebens(ver)lauf ist, wurde oben ebenfalls fundiert entfaltet. Denn welche gesellschaftlichen, aber auch individuellen (Aus)Wirkungen geschlechterspezifische Unterschiede gerade im Alter mit sich führen, kann hinreichend nur mit Blick auf Geschlechterkonstellationen ermittelt werden, die sich – historisch gewachsen – bereits im vorgängigen Leben alter und älterer Menschen entwickelt haben.

Hinsichtlich des Phänomens des demografischen Wandels, das in umfassendere gesamtgesellschaftliche Transformationsprozesse eingelagert ist, erweist sich die Verknüpfung gerontologischer und geschlechterbezogener Forschung als besonders fruchtbar. So erweitert sich der Blickwinkel auf ein bisher überwiegend erwerbszentriertes Alter(n), das der Vorbedingung einer als männlich bestimmten Erwerbsarbeit ge-

46 Vgl. Bertermann, B./Naegele, G./Olbermann, E. (2012): Armut im Alter. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C./Ziegelmann, J. P. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2., vollst. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 128-133.

47 Vgl. Engels, D. (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion. In: „Sozialer Fortschritt“, 5, S. 109 – 117.

schuldet ist (Normalarbeitsverhältnis), um die notwendige Berücksichtigung von bislang überwiegend weiblich konnotierter Haus-, Familien-, Erziehungs- und Sorgearbeit (Reproduktionsarbeit) und damit um den Blick auf komplexere und zugleich geschlechtlich hierarchisierte Lebensführungen, die als gleichzeitige Einbindung von Frauen und Männern in unterschiedliche gesellschaftliche Teilspären somit obligatorisch in Rechnung gestellt werden.

Im Folgenden geht es zunächst darum, erstens den Begriff „Geschlecht“ näher zu bestimmen, um einerseits die unterschiedlichen Facetten von Geschlecht aufzuzeigen und andererseits die gesellschaftliche Relevanz dieser Kategorie zu verdeutlichen. Daran anknüpfend wird zweitens auf die vielfältigen vergeschlechtlichten Konstellationen und gruppenspezifischen Wandlungsdynamiken eingegangen, die veranschaulichen, dass die Geschlechterverhältnisse unterschiedliche „Legierungen“ mit anderen sozio-kulturellen Dimensionen eingehen, so dass nicht von einer Situation „der“ Frauen und „der“ Männer gesprochen werden kann. Dabei geht es auch darum, die Bedingungen darzustellen, unter welchen die heute alten und älteren Männer und Frauen ihr Leben geführt haben. Abschließend erfolgt drittens ein Blick in die Gegenwart der „Arbeitsgesellschaft“, der die Veränderungen in der Organisation von Arbeit und Care-Bereiche fokussiert, um Auswirkungen auf das Alter und die Prozesse des Alterns auch für die Zukunft, d. h. für die alternde Gesellschaft darzulegen.

1. Mit dem Begriff „Gender“, der aus dem Englischen übernommen wurde, gelingt es den im Deutschen verwendeten Begriff „Geschlecht“ hinsichtlich der Bestimmung des einerseits biologischen Geschlechts (engl. sex) und andererseits sozialen Geschlechts (engl. gender) präziser zu fassen. Während das (wie jüngere Forschungen zeigen: komplexe und keineswegs immer eindeutige) biologische Geschlecht einen Bezug zum Körper herstellt, der Menschen vermeintlich als Frauen oder Männer erkennbar werden lässt und dadurch als „naturegegeben“ erfasst, rücken mit dem Begriff des sozialen Geschlechts eine Vielzahl von Prozessen in den Fokus, die – verfestigt in institutionellen Regulierungen und ausgehandelt in alltäglichen Interaktionen und Routinen – Menschen in ihrer Geschlechterrolle bzw. Geschlechtsidentität als weiblich oder männlich bestimmen, prägen und bewerten. Die Konstruktion von Geschlecht kann sich dabei auf der Ebene des sozialen Handelns (Mikroebene), der Institutionen und Organisationen (Mesoebene) und der Gesellschaftsstrukturen (Makroebene) ereignen. Mittels beispielsweise der Vergeschlechtlichung des Arbeitsmarktes mit nach wie vor ungleicher Bezahlung („Gender Pay Gap“) und ungleichen Aufstiegschancen („gläserne Decke“) von Frauen und Männern und (als Folge hieraus) einer ungleichen sozialen Absicherung im Alter werden vergeschlechtlichte Ungleichheiten gesellschaftlich wiederhergestellt und mitunter neu produziert. Dass die je eigene Biografie zudem nicht allein über zeithistorische und soziale Gelegenheitsstrukturen, sondern auch ganz wesentlich über persönliche Handlungsressourcen und Bewältigungsformen bestimmt wird, konkretisiert die Komplexität des Lebens(ver)laufs im je spezifischen Ereignen und seiner Bedeutung für das Individuum bis ins hohe Alter.

Um die Voraussetzungen, Entwicklungsbedingungen und Ausformungen vergeschlechtlichter dichotomer Gegenüberstellungen, sozialer Ungleichheiten und Ausschlüsse verstehen zu können, die in der Regel einer gleichwertigen Anerkennung von vielfältigen

Differenzen entgegen stehen, gilt es also den soziohistorischen Kontext⁴⁸ einer Kohorte stets mit zu berücksichtigen. „Gender“ bzw. „das soziale Geschlecht“ wird damit als zentrale Prozess- und Strukturkategorie zur Herstellung sozialer Ordnung und Produktion soziokultureller Ungleichheit gefasst, die als Dimension der Vergesellschaftung und der Selbstverhältnisse von Frauen und Männern bis ins hohe Alter wirkt.⁴⁹

Einerseits verweist „Gender“ damit auf sehr verschiedene Dimensionen und Bedeutungsinhalte, wie symbolische Geschlechterordnungen, institutionalisierte Geschlechterverhältnisse, Arbeitsteilung und Subjektivierungsweisen, andererseits rücken vergeschlechtlichte Identitäts-, Sexualitäts- und Körperkonstruktionen in das Blickfeld, die Prozesse der Strukturierung, Differenzierung, Disziplinierung und Hierarchisierung beschreiben.⁵⁰ Deutlich wird insgesamt, dass die sozialen (Lebens)Lagen und Arrangements, die Konstruktionen, Ausdrucksformen und Selbstverhältnisse beim Altwerden und Altsein ganz wesentlich über „Gender“ als sozialer Klassifikation und Ungleichheitskategorie reguliert werden. Für die Gesamtanalyse der sozialen Prozesse des Alterns und die Herausarbeitung von Entwicklungsbedarfen zeigen sich dabei zwei Dynamiken als systematisch relevant.

Einerseits sind die Verknüpfungen von Alter(n) und Geschlecht nicht unabhängig von zentralen gesellschaftlichen Teilfeldern und deren Wandlungsprozessen zu analysieren. In diesem Sinne ist eine Untersuchung des „Alterns“ nicht auf eine Lebensphase beschränkt, sondern muss deren Bedingungen und Bedingtheiten im Lebensverlauf (vgl. Kap. 4.1) und in der jeweiligen Generation berücksichtigen (vgl. Kap. 4.3). Eine hinreichend komplexe, ungleichheitssensible Gesamtanalyse des Altwerdens in NRW hat deshalb systemisch die Hervorbringung und Wandlung gesellschaftlicher Kernbereiche, z. B. der Erwerbsarbeit, Lebensführungs- und Sorgekonstellationen, im Hinblick auf ihre Implikationen für den Prozess des (vergeschlechtlichten) Altwerdens zu berücksichtigen und zu bewerten.

Andererseits und zugleich ist es wichtig, Altern nicht allein als Verlängerung wirksamer Ungleichheitsdimensionen des (erwerbs-)aktiven Erwachsenenlebens zu verstehen. Zwar sind wichtige qualitative Dimensionen eines „geglückten“ Alterns maßgeblich durch die soziale und vergeschlechtlichte Position gerahmt, etwa die bessere Gesundheit und die komfortableren Wohnformen höherer sozialer Schichten. Es kommt aber dennoch für eine regionale, quartiersbezogene Alten-Politik darauf an, die Relevanzverschiebungen, die milieu- und generationsdifferenten Praktiken sozialer Teilhabe und Sinnggebung zu berücksichtigen und von den spezifischen Praktiken älterer Menschen ausgehend Formen der Unterstützung zu entwickeln.

Für eine adäquate Beschreibung und Analyse des Alter(n)s und um den Einfluss auf vergeschlechtlichte gesellschaftliche Bedingungen und Lebenslagen feststellen zu können, ist es unumgänglich, bestehende Wechselverhältnisse von Geschlecht und weiteren sozialen Ungleichheiten in den Blick zu nehmen.⁵¹

Speziell in der Geschlechterforschung konnte sich dazu das Konzept der Intersektio-

48 Vgl. Backes, G. M./Clemens, W. (2013): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. überarb. und erw. Auflage, Beltz Juventa Verlag Weinheim und Basel, S. 87.

49 Vgl. Internetquelle: <http://gestik.uni-koeln.de/15925.html> (letzter Zugriff: 17.10.2014).

50 Vgl. Internetquelle: <http://gestik.uni-koeln.de/15925.html> (letzter Zugriff: 17.10.2014).

51 Vgl. Lenz, I. (2010): Intersektionalität: Zum Wechselverhältnis von Geschlecht und sozialer Ungleichheit. In: Becker, R./Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie, S. 158ff.

nalität⁵² etablierten. Es ist von besonderer Reichweite, weil es dazu in der Lage ist, zu verhindern, dass „(...) soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation oder Klasse (...) isoliert voneinander konzeptualisiert werden können“ (Walgenbach 2012: 81).⁵³ Vielmehr beleuchtet es die Notwendigkeit diese Kategorien „in ihren ‚Verwobenheiten‘ oder ‚Überkreuzungen‘“⁵⁴ analysieren zu müssen. „Additive Perspektiven sollen (dabei) überwunden werden, indem der Fokus auf das gleichzeitige Zusammenwirken von sozialen Ungleichheiten gelegt wird. Es geht demnach nicht allein um die Berücksichtigung mehrerer sozialer Kategorien, sondern ebenfalls um die Analyse ihrer Wechselwirkungen.“⁵⁵ Besonders zeichnet sich das Konzept der Intersektionalität in der Genderforschung dadurch aus, dass es – über sich stetig weiterentwickelnde verfeinerte Ansätze – auf sämtlichen gesellschaftlichen Ebenen anwendbar ist. Zudem ist das Konzept unmittelbar verknüpfbar mit dem oben beschriebenen Lebenslagenkonzept: So lassen sich Benachteiligungen, aber eben auch Gelegenheitsstrukturen von Lebensläufen und lebensweltlichen Konstellationen an der Verengung und/oder Erweiterung des Versorgungs- und Einkommensspielraums (Veränderung der Erwerbsteilhabe und der späteren Rentenhöhe), des Kontakt- und Kooperationsspielraums (Netzwerke innerhalb und außerhalb der familialen Konstellation, lokale Eingebundenheit), des Lern- und Erfahrungsspielraums (Bildungsoptionen, urbaner/ländlicher Lebensraum und Mobilität), des Regenerations- und Mußespielraums (Belastungen durch Sorge- und Pflegeverpflichtungen, Freiräume für Selbstsorge und Freizeit) sowie des Dispositionsspielraums (Geschlechterarrangements, rechtliche Veränderungen wie z. B. Scheidungsrecht) beschreiben.

Das Intersektionalitäts- und das Lebenslagenkonzept eignen sich daher sowohl für die Untersuchung der heterogenen Lebenslagen und geschlechterbezogener Vergesellschaftungsformen über den Lebens(ver)lauf bis ins Alter, als auch für die Analyse aktueller sozialer, kultureller und ökonomischer Umbrüche, die die Lebensführungen älterer Menschen in der Gegenwart beeinflussen.⁵⁶

2. Ein Rückblick auf die durch den Fordismus geprägte Arbeitsgesellschaft⁵⁷ der Nachkriegszeit und des „goldenen Zeitalters des Kapitalismus“ der 1960er- und 1970er-Jahre“ veranschaulicht die Verbreitung und Normativität des Modells der geschlechtlichen Arbeitsteilung. Grundlegend wurde Arbeit zwischen Frauen und Männern so (re)arrangiert, dass die im öffentlichen Raum stattfindende Erwerbsarbeit überwiegend von Männern und die Familien- und Hausarbeit im privaten Raum vorwiegend von Frau-

52 1989 von der afroamerikanischen Juristin Kimberlé Crenshaw entwickelt, nutzt das Konzept das Bild einer Straßenkreuzung (engl. intersection) zur Darstellung der Wechselwirkung von Diskriminierungen nach vielfachen sozialen Ungleichheiten wie Geschlecht, Klasse, Ethnizität, Alter, Religion, Behinderung usw. in einer Person (Ebd. S. 158f.).

53 Internetquelle: <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/schluesseltexzte/walgenbach-einfuehrung/> (Letzter Zugriff: 18.10.2014).

54 Ebd.

55 Ebd.

56 Vgl. Backes, G. M. (2009): „Geschlecht und Alter(n) im Wandel von Forschung, Lebenslagen und Lebensläufen“, in: Schweer, M.: Sex and gender: interdisziplinäre Beiträge zu einer gesellschaftlichen Konstruktion. Frankfurt am Main: P. Lang, S. 124.

57 Definition: Charakteristisch für die Arbeitsgesellschaft ist, dass die Identität und die soziale Stellung der Menschen innerhalb einer Gesellschaft überwiegend über deren Stellung im Erwerbsleben definiert werden. Arbeit umfasst dabei zwei Bereiche. Einerseits geht es um ökonomische (Herrschafts-)Verhältnisse sowie andererseits um sozio-kulturelle Anerkennungsverhältnisse. Marktvermittelte Erwerbsarbeit bestimmt auf diese Weise mit über gesellschaftliche Integration und sozialer Anerkennung. Vgl. Völker, S. (2011): Arbeit. In: Ehlert, G./Funk, H./Stecklina, G. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Verlag, Weinheim und München 2011, S. 40-43.

en ausgeführt wurde. Das Modell der sogenannten männlichen Versorgerehe, das so angelegt war, dass das hoch dotierte Einkommen des Ehemanns als Familienlohn auch die unsichtbare und unbezahlt geleistete Reproduktionsarbeit der Ehefrau mitbedachte (aber keinesfalls als ebenbürtig anerkannte), avancierte – ungeachtet vergeschlechtlicher und hierarchischer Ungleichheitsstrukturen – zur gesellschaftlichen Norm.

Nach dem fordistischen Modell wurden wirtschaftliche Notlagen und Schicksalsschläge des Arbeiternehmers (und der Arbeitnehmerin) sozialstaatlich über verschiedene Versicherungssysteme abgedeckt. Dies zeigt sich gegenwärtig in den recht gut situierten Lebenslagen der heute verrenteten alten und älteren Menschen, deren Lebens(ver)läufe auf die Wohlstandskonstellation des Fordismus zurückgehen. Dies gilt allerdings nur eingeschränkt für die (älteren) Frauen, die nun in ihrer Absicherung mehrfach abhängig vom (männlichen) Partner oder von sozialstaatlichen Transfers sind: Die deutliche Bildungs- und damit Qualifizierungsbenachteiligung von Frauen dieser Jahrgänge (zwar kann für die Kohorte der heute 65-Jährigen festgestellt werden, dass nahezu alle Frauen einen Schulabschluss erreicht haben – der Anteil der Volksschulabschlüsse überwiegt hier mit ca. 75 % – allerdings zeigt sich im Weiteren, dass mit einem Anteil von 47 % nahezu die Hälfte der Frauen dieser Kohorte keinen Berufsabschluss nachweisen kann⁵⁸) sowie ihre erheblich niedrigere Erwerbsbeteiligung erzeugen eine wesentlich schlechtere und abhängige Rentenversorgungslage.

Bereits seit den 1970er-Jahren ist das inzwischen auch sozialstaatlich als überlebt geltende Geschlechterarrangement des männlichen Ernährermodells, welches Frauen und Männern eine strikt getrennte und ungleiche Lebensführung aufoktroziert, brüchig geworden. Vielfach und aus sehr unterschiedlichen Gründen streben Frauen danach, bezahlte Arbeit außerhalb der privaten Sphäre zu übernehmen. Das Leitbild der modernisierten Versorgerehe hat hier seine Wurzeln.

Auch wenn das tradierte Leitbild der geschlechtlichen Arbeitsteilung durch die Erwerbsteilhabe in Richtung auf die doppelte und zunehmend eigenständigere Integration von Frauen in die Institutionen Erwerbsarbeit und Familie verschoben wurde, ist ihre abhängige ökonomische Rolle als Zuverdienerin zum Familieneinkommen bis heute nicht obsolet. Chancen wie Risiken, die sich aus dieser Lebenslagenkonstellation ergeben, wirken sich nachhaltig auf das Alter(n) aus. Aber auch weitere soziale Ordnungsdimensionen produzieren Unterschiede und soziale Ungleichheiten, so dass es eben keine identischen Lebens(ver)läufe „der“ Frauen oder „der“ Männer gibt. Die Verknüpfungen von Migrations-, Arbeits- und Geschlechterpolitiken in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts produzierten beispielsweise erhebliche Differenzen in den Lebens(ver)läufen von Frauen: Das heteronormative, fordistische Familienleitbild der im „privaten“ Haushalt sorgenden einheimischen Mutter, die zunehmend auch teilzeiterwerbstätig sein konnte, wurde auf dem Arbeitsmarkt bis zum Anwerbestopp 1973 überhaupt erst – wie Anja Weckert⁵⁹ zeigen kann – durch die Vollzeitwerbstätigkeit von Migrantinnen er-

58 Vgl. Menning, S. (2008): Bildung und Alter. Bildungsstand der älteren Bevölkerung. In: Report Altersdaten Gero Stat, 2/2008, DZA - Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 4f.

59 Vgl. Weckert, A. (2008): Gleichheit und Migration im Wohlfahrtsstaat. In: Brabandt, H./Roß, B./Zwingel, S. (Hrsg.): Mehrheit am Rand? Geschlechterverhältnisse, globale Ungleichheit und transnationale Handlungsansätze, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 145-164, vgl. auch für die anschließende 1990er-Jahre und folgende: Jungwirth, I./Scherschel, K. (2010): Ungleich prekär zum Verhältnis von Arbeit, Migration und Geschlecht. In: Manske, A./Pühl, K. (Hrsg.): Prekarisierung zwischen Anomie und Normalisierung. Geschlechtertheoretische Bestimmungen. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 133-164.

möglichst. Deren Eltern- bzw. Mutterschaft wurde aus den Verhandlungen um kulturelle Leitcodes zunächst herausgehalten, zugunsten ihrer ökonomischen Inanspruchnahme für das Anwerbeband Deutschland. Erst in späteren Jahren der sogenannten Rückkehrförderung oder auch der partiellen Integration der „Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter“ kam es aufgrund des angespannten Arbeitsmarktes zur politischen Verallgemeinerung des männlichen Ernährermodells für Migrantinnen und Migranten.

Mit dem Ende des Fordismus als Sozial- und Wirtschaftssystems lassen sich gegenwärtig drei Kernbereiche ausmachen, in denen der Prozess des Alterns in Gegenwart und Zukunft vor tiefgreifende Herausforderungen auf allen Ebenen der Gesellschaft gestellt wird. Erstens: Mit Blick auf die Erwerbsarbeit verstärken sich soziale Ungewissheiten und Ungleichheiten, die im Zusammenhang mit der Zunahme prekärer, d. h. unsicherer Beschäftigungsverhältnisse⁶⁰ stehen und das Allein- oder auch Hauptverdienermodell auflösen. Die Prekarisierung der Erwerbsarbeit und der Lebensführungen drückt sich in der Erosion des Normalarbeitsverhältnisses, der Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen (Teilzeitarbeit, geringfügige Beschäftigung, befristete Arbeitsverträge, Leiharbeit) und der Ausbreitung des Niedriglohnsektors aus.⁶¹ Diskontinuierliche Erwerbsbiografien, die bisher die Normalität weiblicher Erwerbsbiografien widerspiegeln, gestalten zunehmend auch die Lebens(ver)läufe männlicher Erwerbstätiger.⁶² Zweitens: Welche Folgen hat Prekarisierung und die mit ihr verbundene Fragmentierung von sozialen Schutz- und Absicherungssystemen für die soziale Situation von Rentnern und für die Geschlechterarrangements in der Nacherwerbszeit gegenwärtig und stärker noch zukünftig? Welche Dynamiken werden zudem durch die Senkung des Rentenniveaus in Gang gesetzt? Zu erwarten sind neue soziale Spaltungen, durchaus quer zu „Geschlecht“ mit sehr ambivalenten Folgen für Frauen und Männer. Dabei konnten drittens Frauen ihre Chancen im Zuge der Expansion von Bildung durchaus nutzen, was auch in höheren Altersgruppen zu einer immer stärkeren Angleichung des Bildungsstandes der Geschlechter führen wird.

3. Mit dem zu erwartenden Absinken des Gesamterwerbspotenzials der Bevölkerung im Zuge des demografischen Wandels gewinnt der Anstieg der (qualifizierten) Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren verrenteten Menschen (Stichwort „stille Reserve“)

60 Vgl. Völker, S. (2011): Prekarisierung. In: Ehlert, G./Funk, H./Stecklina, G. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 323-326.

61 Vgl. Aulenbacher, B. (2009b): Arbeit, Geschlecht und soziale Ungleichheiten. Perspektiven auf die Krise der Reproduktion und den Wandel von Herrschaft in der postfordistischen Arbeitsgesellschaft. In: Arbeits- und Industrie-soziologische Studien 2, S. 61-78; Klenner, C./Pfahl, S./Neukirch, S./Weßler-Poßberg, D. (2011): Prekarisierung im Lebenszusammenhang – Bewegung in den Geschlechterarrangements? In: WSI Mitteilungen 64, S. 416-422; Völker, S. (2007): Prekäre Transformationen – herausgeforderte Lebensführungen. In: Bock, U./Dölling, I./Krais, B. (Hrsg.): Prekäre Transformationen. Pierre Bourdieus Soziologie der Praxis und ihre Herausforderungen für die Frauen- und Geschlechterforschung. Querelles-Jahrbuch für Frauen- und Geschlechterforschung. Göttingen: Wallstein, S. 176-194; Völker, S. (2009): „Entsicherte Verhältnisse“: Impulse des Prekarisierungsdiskurses für eine geschlechtersoziologische Zeitdiagnose. In: Aulenbacher, B./Wetterer, A. (Hrsg.): Arbeit. Perspektiven und Diagnosen der Geschlechterforschung. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 268-286; Völker, S. (2011): Arbeit. In: Ehlert, G., Funk, H., Stecklina, G. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Verlag, Weinheim und München 2011, S. 40-43; für NRW: Klammer, U./Neukirch, S./Weßler-Poßberg, D. (2012): Wenn Mama das Geld verdient. Familienernährerinnen zwischen Prekarität und neuen Rollenbildern. Berlin: Edition Sigma.

62 Vgl. Lengersdorf, D./Meuser, M. (2010): Wandel von Arbeit – Wandel von Männlichkeiten. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 35, S. 89-103; Meuser, M. (2010): Geschlecht, Macht, Männlichkeit – Strukturwandel von Erwerbsarbeit und hegemoniale Männlichkeit. In: Erwägen, Wissen, Ethik, EWE 21, S. 325-336; Völker, S. (2011): Praktiken sozialer Reproduktion von prekär beschäftigten Männer. In: WSI Mitteilungen 64, S. 423-429.

arbeitsmarkt- wie familienpolitisch an Bedeutung.⁶³ Dies findet vor dem Hintergrund tiefgreifender wohlfahrtsstaatlicher und sozialpolitischer Veränderungen seit den 1990er-Jahren bis in die Gegenwart statt. Wir haben es nun mit einem Adult Worker Model zu tun, nachdem alle Erwachsenen, gleich welchen Geschlechts, ihren Lebensunterhalt durch Erwerbsarbeit sichern sollen, obwohl genau diese Erwerbsarbeitsintegration unsicher geworden ist. *„Das AWM scheint auf den ersten Blick dem emanzipatorischen Streben der Frauen nach Arbeitsmarktpartizipation entgegenzukommen. Aber es zeigt sich auf den zweiten Blick, dass mit dem AWM die Gleichstellung der Geschlechter nicht gelingt (...).“*⁶⁴ Unberücksichtigt – und hier hervorgehoben, weil es sich um Aspekte handelt, die sich zum einen als vergeschlechtlicht beschreiben lassen und zum anderen auf die individuellen Lebenslagen bis ins Alter ausstrahlen – bleiben die Auswirkungen eines geschlechtlich segregierten Arbeitsmarkts, der sich z. B. in bereits bestehenden Lohnungleichheiten („Gender Pay Gap“) und beruflich ungleichen Aufstiegschancen („gläserne Decke“) zwischen Frauen und Männern niederschlägt. Die Durchsetzung des AWM bedeutet deshalb einerseits veränderte Erwerbschancen für die begrenzte Gruppe der sehr gut qualifizierten Frauen der Mittelklassen; es wird partiell familienpolitisch unterstützt und birgt durchaus langfristig Chancen, um die Rentensituation von Frauen und Männern der mittleren Schichten stärker anzugleichen. Zugleich und andererseits haben wir es mit neuen sozialen Anforderungsstrukturen und Zumutungen zu tun. Dies meint eine Politik der Aktivierung auf sozialstaatlicher Ebene mit neuen Differenzsetzungen: „aktive Alte“ mit Chancen des Aktivseins, aber auch der Verpflichtung, sich selbst fit zu halten.

Zugleich wird für Deutschland eine größer werdende Versorgungslücke⁶⁵ konstatiert. Dies ist nicht allein ein Effekt des AWM, das Sorgeverpflichtungen unberücksichtigt lässt. Die demografische Entwicklung, sozioökonomische Faktoren, veränderte Geschlechterarrangements, eine größere Mobilität insbesondere der erwachsenen Kindergenerationen und der zum Teil deutliche Rückzug des Staats aus der Pflege älterer Menschen zugunsten von privatwirtschaftlich-kommerzialisierten Leistungen verschärfen die „Sorgekrise“.

Die Vermarktlichung des Pflegesektors⁶⁶ forciert die Ausweitung von höchst unbefriedigenden, schlecht bezahlten, geduldeten und regulären, aber auch von nach wie vor

63 Vgl. Auth, D. (2009): Die „neuen Alten“ im Visier des aktivierenden Wohlfahrtsstaats: Geschlechtsspezifische Implikationen des produktiven Alter(n)s. In: van Dyck, S. und Lessenich, St. (Hrsg.): Die jungen Alten. Analyse einer neuen Sozialfigur. Campus Verlag Frankfurt / New York, S. 296-315.

64 Auth, D./Klenner, Chr./Leitner, S. (i.E.): Neue Sorgekonflikte: Die Zumutungen des Adult worker model. In: Ahammer, M./Völker, S. (Hrsg.): Prekarisierungen. Arbeit, Sorge, Politik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

65 Vgl. Aulenbacher, B./Dammayr, M. (Hrsg.) (2014): Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Arbeitsgesellschaft im Wandel. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; Auth, D. (2009): Die „neuen Alten“ im Visier des aktivierenden Wohlfahrtsstaates: Geschlechtsspezifische Implikationen des produktiven Alter(n)s. In: van Dyck, S./Lessenich, S. (Hrsg.): Die jungen Alten. Analyse einer neuen Sozialfigur. Frankfurt am Main: Campus, S. 296-315; Jurczyk, K. (2010): Care in der Krise? Neue Fragen zu familialer Arbeit. In: *Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktion entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen*, Hrsg. Ursula Apitzsch und Marianne Schmidbaur, S. 59-76, Opladen 2010: Budrich; Lutz, H./Palenga-Möllenbeck, E. (2010): Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: *Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktion entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen*, Hrsg. Ursula Apitzsch und Marianne Schmidbaur, S. 143-161, Opladen 2010: Budrich.

66 Vgl. van Dyck, S. (2013): In guter Gesellschaft? Wandel in den Randzonen des Sozialen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 63: S. 14-20.

irregulären⁶⁷ Beschäftigungsverhältnissen – überwiegend für Migrantinnen⁶⁸ (beispielsweise in der „Rund-um-die-Uhr-Live-in-Pflege“⁶⁹).

Die Ausdünnung und Kostensenkung in der öffentlichen Daseinsfürsorge und der Gestaltwandel von Fürsorge und Reproduktionsarbeit greifen hier ineinander. Von den Veränderungen dieser „aktivierenden Sozialstaatspolitik“ sind sowohl gegenwärtige, wie auch im besonderen Maße nachrückende Kohorten betroffen.

So spielt im Hinblick auf die Nacherwerbsphase die Altersabsicherung über die Höhe der Rentenleistung eine zentrale Rolle. Unter Berücksichtigung der oben geschilderten vergeschlechtlichten und nach sozialer Schichtzugehörigkeit verschiedenen Ungleichheiten tritt künftig besonders eine schlechtere Rentensituationen bei Frauen, aber auch bei Männern mit niedrigeren Qualifikationen in prekarierten Arbeitsmarktsegmenten in den Vordergrund, die in engem Zusammenhang mit ihren geringeren Beitragseinzahlungen in die gesetzliche Rentenversicherung stehen.

4.6 Neue Fragen und gesellschaftspolitische Herausforderungen

Mit der Alterung der Gesellschaft und ihrer zunehmenden Diversifizierung ergeben sich neue Fragestellungen und gesellschaftspolitische Herausforderungen, die bislang gesamtgesellschaftlich sowie auf individueller Ebene noch nicht hinreichend beantwortet sind. Ganz allgemein ist, wie zuvor beschrieben, ein Wandel der gesellschaftlichen Rollen im Alter bzw. der Älteren festzustellen, der sich in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlicher Geschwindigkeit vollzieht. Dabei spielen für ältere Menschen die Politiken der Aktivierung eine ebenso große Rolle wie die Folgen der Umbruch- und Prekarisierungsprozesse im Erwerbsbereich, die veränderten Geschlechterarrangements ebenso wie die neuen Sorgekonflikte. Sie führen zu neuen Differenzen zwischen den älteren Menschen, auch innerhalb der Gruppen der älteren Männer und Frauen und bergen neben einigen Chancen auch viele Risiken, denen gestalterisch begegnet werden muss.

So stellt sich u. a. die Frage danach: Ob und wenn wie sich beispielsweise die Situation von Rentnerinnen verbessert, wenn die Erwerbsbeteiligungen und Qualifikationen von Frauen steigen, zugleich aber die Prekarisierung von Beschäftigungsverhältnissen und die Diskontinuität von Erwerbsverläufen zunehmen?

Ausgehend von einem veränderten Generationenverhältnis ergeben sich in alternden Gesellschaften beispielsweise vielfältige Herausforderungen für die Gestaltung der Arbeitswelt. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels kommt dabei insbesondere einer gesundheits- und altersgerechten Arbeitsgestaltung, der Förderung der Arbeits-

67 Letztere sind nach der in Kraft treten des Zuwanderungsgesetzes 2005 für Bürger und Bürgerinnen aus Bulgarien, Polen, Rumänien, Slowenien, der Tschechischen Republik, der Slowakischen Republik und Ungarn und durch Vermittlung über die Zentrale Arbeitsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV) möglich, werden aber u. a. wegen bürokratischer Hürden kaum genutzt.

68 Vgl. Satola, A. (2010): Ausbeutungsverhältnisse und Aushandlungsprozesse in der Pflege- und Haushaltsarbeit von polnischen Frauen in deutschen Haushalten. In: Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktion entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen, Hrsg. Ursula Apitzsch und Marianne Schmidbaur, S. 177-194, Opladen 2010: Budrich.

69 Unter „live-in“ werden Arrangements verstanden, in denen Wohnplatz und Arbeitsort in einem Haushalt zusammenfallen. Vgl. Lutz, H. (2007): Intime Fremde. Migrantinnen als Haushaltsarbeiterinnen in Westeuropa. In: Internetquelle: www.eurozine.com/articles/2007-08-31-Lutz-de.html (Letzter Zugriff: 31.10.2014).

und Beschäftigungsfähigkeit sowie einem systematischen Wissenstransfer, einschließlich der (Re-)Aktivierung älterer Expertinnen und Experten, Bedeutung zu. Unter Berücksichtigung der Strukturveränderungen des Alters sowie gesamtgesellschaftlicher Veränderungen stellt sich zudem die Frage, ob, und wenn ja wie sich die Selbst- und Fremdwahrnehmung älterer Menschen verändern wird und wie die Aufgabe der Gestaltung der Lebensphase „Alter“ wahrgenommen wird.

Außerdem zeichnen sich neue Konstellationen von Lebenslagen ab, deren Folgen für den Alternsverlauf und deren Fernwirkungen auf das (hohe) Alter gegenwärtig noch nicht absehbar sind. Beispielhaft zu nennen ist die bestehende und zukünftig drohende Altersarmut, die u. a. infolge zunehmend prekärer Beschäftigungsverhältnisse zu erwarten ist. Dabei stehen zum einen ältere Beschäftigte mit geringem Verdienst und niedriger Qualifikation im Mittelpunkt.

Hervorzuheben ist hier u. a. der Trend zu mehrfachen (gering vergüteten) Beschäftigungsverhältnissen („Multi-Jobber“), die häufig kaum die Sicherung des Lebensunterhaltes gewährleisten und keine Spielräume für die Altersvorsorge zulassen. Zum anderen zeichnet sich jedoch auch bei Erwerbstätigen mit formal hohen Bildungsabschlüssen ab, dass diese keine Garantie für eine qualifikationsadäquate Vergütung sind und auch in dieser Gruppe diskontinuierliche Beschäftigungsverhältnisse mit zum Teil geringem Einkommen vorliegen können.

Ebenfalls in den Blick zu nehmen sind die älteren Menschen, die auch im Ruhestand weiterhin beziehungsweise wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen (müssen), um ihr geringes Einkommen „aufzustocken“. Auswirkungen beruflicher Mehrfachbelastungen und Ungewissheiten, die zudem vielfach von familiären sowie gesundheitlichen Veränderungen und damit ggf. einhergehenden Problemen flankiert werden, gilt es zukünftig zu untersuchen und bei der Gestaltung unterstützender Maßnahmen zu berücksichtigen.

Mit der Zunahme der Lebenserwartung ist zudem eine Auseinandersetzung mit dem gesamtgesellschaftlichen wie individuellen Umgang mit Hochaltrigkeit sowie damit ggf. verbundenen „Verletzlichkeiten“ (z. B. altersassoziierte Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit) und „Potenzialen“ erforderlich.

Hier sind innovative Konzepte im Hinblick auf Teilhabe, Gesundheitsförderung, gesundheitliche Versorgung und Pflege gefragt, die (auch im Alter) Ausgrenzung vermeiden und eine größtmögliche Selbstständigkeit ermöglichen. Dabei sind insbesondere neue bzw. bislang vernachlässigte Gruppen älterer Menschen (u. a. ältere Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen mit gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung, ältere Menschen mit Behinderung) zu berücksichtigen.

Nicht nur für die Frage der Gestaltung von Unterstützungs- und ggf. Pflegearrangements ist es zudem wichtig, veränderte Praxen sozialer Einbindung und fürsorglicher Verantwortung zu erkunden. So gilt es ergänzende, neue Lebens- und Familienformen – die sich auch über die heterosexuell geprägte Ehe hinaus ergeben können – wie z. B. Patchwork- und Regenbogen-Familien, nichteheliche Lebensgemeinschaften, Singles, gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften, eingetragene Lebenspartnerschaften, aber auch Mehrgenerationen-Großfamilien und ihre (möglichen) Fernwirkungen auf das Alter genauer zu betrachten. Darüber hinaus ist die Frage danach anschlussfähig, wie sich die steigende Zahl von Trennungen und Scheidungen auf soziale Beziehungen, Lagen und Wohnformen älterer Menschen auswirken wird. Somit verdeutlicht sich generell, dass Politik an den Initiativen, Bedürfnissen und dem Gestaltungswillen der

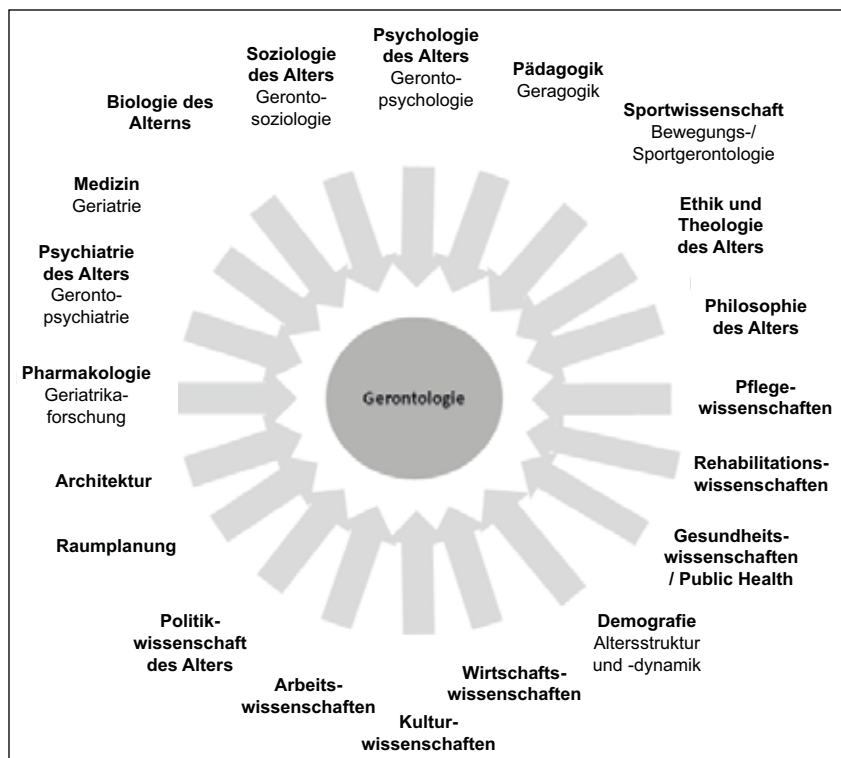
Einzelnen ansetzen muss, um diese in ihrer Vielfalt zu stützen. Insbesondere bei eingeschränkten (und ggf. weiter abnehmenden) Ressourcen im Altersverlauf ist die Tragfähigkeit neuer sozialer Netze zu prüfen. Hier sind zukünftig Konzepte notwendig, die neben der Kernfamilie bzw. den Angehörigen auch weitere nahestehende bzw. „zugehörige“ Personen einschließen.



5. Alter(n)sforschung

Der Gegenstand der Gerontologie, d. h. der Alterswissenschaft und -forschung, kann im Allgemeinen mit Fragen des Alters und Alterns umschrieben werden⁷⁰. Einer spezifischeren Begriffsbestimmung folgend „(beschäftigt sich) Gerontologie mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen“.⁷¹ Die Gerontologie ist ein multidisziplinäres Wissenschaftsfeld, zu dem Natur-, Human- und Sozialwissenschaften beitragen (vgl. Abb. 1).

1 Wissenschaftliche Disziplinen mit Bezug zur Gerontologie



Quelle: In Anlehnung an Reimann/Reimann (1994), 11, modifiziert und erweitert nach Naegele 2012.⁷²

Kennzeichnend für die Altersforschung sind dynamische inter- und intradisziplinäre Entwicklungen; gemeint ist damit zum einen, dass verschiedene wissenschaftliche Disziplinen (z. B. Biologie, Medizin, Soziologie, Psychologie, Pädagogik) alter(n)srelevante Forschungsbeiträge einbringen. Zum anderen vollzieht sich innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen eine „Gerontologisierung“: „Alter(n)“ bildet sich hier als eigenständiger

70 Vgl. Reimann, H./Reimann H. (1994): Einleitung: Gerontologie - Objektbereich und Trends. In: Helga Reimann (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie ; 19 Tabellen. 3. Aufl. Stuttgart: Enke, S. 1–29.

71 Baltes, P. B./Baltes M. M. (1992): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Paul B. Baltes und Jürgen Mittelstrass (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin, New York: W. de Gruyter (5), S. 1-34.

72 Vgl. Naegele, G. (2012). Einführung in die Alterswissenschaften. Vorlesung. Lehrstuhl für Soziale Gerontologie. TU Dortmund. Dortmund. www.ffg.tu-dortmund.de

Forschungsschwerpunkt oder als Subdisziplin aus (z. B. Geriatrie, Gerontopsychologie, Gerontosoziologie und Geragogik).⁷³ Die Gerontologie umfasst zum einen grundlagenorientierte Forschung; zum anderen ist sie auch eine „angewandte“ Wissenschaft und durch regen Austausch zwischen Forschung und Praxis geprägt.⁷⁴

Mit dem demografischen Wandel sind neben einem steigenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung verschiedene weitreichende gesellschaftliche Veränderungen und Herausforderungen verbunden, die auch die Entwicklung neuer wissenschaftlich fundierter Strategien und Technologien erfordern. Nicht zu vernachlässigen ist dabei immer auch der Aspekt des Geschlechtes, der parallel zum Alter(n) maßgeblich Einfluss auf die Lebenslagen der (älteren) Frauen und Männer nimmt. Nordrhein-Westfalen zeichnet sich durch ein umfangreiches und umfassendes Angebot an Hochschul- und Forschungseinrichtungen aus. Neben rund 70 Hochschulen gibt es mehr als 50 von der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz des Bundes und der Länder geförderte außeruniversitäre Forschungseinrichtungen.⁷⁵ Hinzu kommen 15 vom Land geförderte Institute der Johannes-Rau-Forschungsgemeinschaft.

In den letzten Jahrzehnten hat sich hier auch eine Vielzahl von Forschungseinrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten der Alter(n)sforschung herausgebildet. Diese bieten gute Voraussetzungen, das Verständnis von Alter(n)sprozessen und der damit verbundenen Mechanismen und Zusammenhänge zu verbessern sowie Veränderungen und Weiterentwicklungen in einer alternden Gesellschaft anzustoßen, zu begleiten und nachhaltig zu verankern. Die Forschungslandschaft in Nordrhein-Westfalen mit Bezug zum Themenfeld „Alter(n)“ ist vielfältig und zeichnet sich durch unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit aus. Zum einen bestehen institutionalisierte Kooperationsbeziehungen zwischen verschiedenen Fachbereichen innerhalb einzelner Hochschulen, zwischen einzelnen Hochschulen sowie zwischen Hochschulen und/oder (außer-)universitären Forschungseinrichtungen (vgl. Kap. 5.2 und 5.4) sowie Kooperationen in Form von regionalen Forschungsverbänden (z. B. Wissenschaftsforum Ruhr⁷⁶). Zum anderen gibt es vielfältige projektbezogene Forschungsverbände und -kooperationen, die sowohl ausschließlich auf Einrichtungen und Institutionen innerhalb Nordrhein-Westfalens bezogen sind, als auch bundesweite bzw. internationale Kooperationen umfassen.

Im Folgenden werden zunächst grundlegende Herausforderungen und Schwerpunkte der Alter(n)sforschung beschrieben. Daran anschließend wird das Spektrum der Alter(n)sforschung in Nordrhein-Westfalen exemplarisch anhand der thematischen Ausrichtung verschiedener Forschungseinrichtungen dargestellt, wobei im Sinne einer groben Systematisierung zwischen naturwissenschaftlicher, medizinischer und (medizin-)technischer Altersforschung sowie human- und gesellschaftswissenschaftlicher Altersforschung differenziert wird.

73 Wahl, H.W. (2004): Entwicklung gerontologischer Forschung. In: Andreas Kruse und Mike Martin (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. (Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht). 1. Aufl. Bern (u. a.): Huber, S. 29-48; vgl. Reimann/Reimann (1994); vgl. Naegele (2012)

74 Karl, F. (1999): Gerontologie und Soziale Gerontologie in Deutschland. In: Birgit Jansen (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 20-46; Wahl (2004); Wahl, H.-W. Tesch-Römer, C./Ziegelmann, J.P. (2012): Bewährte Interventionen und neue Entwicklungen: Zur zweiten Auflage der „Angewandten Gerontologie“. In: H.-W. Tesch-Römer, C./Ziegelmann, J.P./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen Für Ein Gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen: Kohlhammer Verlag, S. 12-18.

75 Vgl. www.wissenschaft.nrw.de/forschung/einrichtungen/ausseruniversitaere-forschung-in-nrw/ (letzter Zugriff: 18.02.2016.); www.gwk-bonn.de

76 Online verfügbar unter www.wissenschaftsforum-ruhr.de (Stand: 27.08.2014)

5.1 Herausforderungen und Schwerpunkte

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft beschäftigen sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Nordrhein-Westfalen mit einer Vielzahl von Forschungsthemen. Dabei zielen die Aktivitäten von Wissenschaft und Forschung auch darauf ab, neue Lösungen, Produkte und Dienstleistungen zu entwickeln, die die Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen in allen Lebensphasen verbessern.

Das Altern ist ein hochkomplexer Prozess, der von einer Vielzahl von Mechanismen und Wechselwirkungen abhängig ist, zum Beispiel von den genetischen Anlagen von Frauen und Männern, ihren Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten, materiellen und immateriellen Merkmalen der Lebenslage bis hin zu ökologischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Eine gemeinsame Grundprämisse für alle Bereiche der Altersforschung ist, dass sie sich an den sehr heterogenen Bedürfnissen der Menschen orientieren.

Ein Teilbereich der Altersforschung umfasst die Erforschung biologischer Alterungsprozesse sowie die Erforschung und Behandlung alterstypischer Erkrankungen wie Demenzerkrankungen. Das Wissen um grundlegende Mechanismen, Umwelteinflüsse, Risiko- und Schutzfaktoren sowie ihre Zusammenhänge im Alterungsprozess und bei alterstypischen Erkrankungen bildet die Grundlage für medizinische Innovationen und neue Versorgungsstrategien in Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie. Ziel ist es, u. a. die Entstehung von Krankheiten möglichst zu verhindern bzw. so frühzeitig und so wirksam wie möglich zu behandeln. Dabei wird berücksichtigt, dass Erkrankungen wie Krebs aufgrund der steigenden Lebenserwartung deutlich zunehmen und bei den (älteren) Patientinnen und Patienten gleichzeitig Mehrfacherkrankungen auftreten können, die sogenannte Multimorbidität. In diesem Kontext adressiert die Forschung nicht nur die einzelne Erkrankung, sondern auch Wechselbeziehungen und -wirkungen zwischen verschiedenen Erkrankungen und z. B. ihren Behandlungen wie im Bereich der Multipharmakologie.

Um eine Über-, Unter- und Fehlversorgung von (älteren) Frauen und Männern zu vermeiden, ist es notwendig zu fragen, inwieweit geschlechtsspezifische Aspekte von Belang oder aber eher Ergebnis geschlechtsstereotypisierender Zuschreibungen und Diagnoseverfahren sind. Gegenwärtig scheinen sich Symptome und Krankheitsverläufe jedenfalls mitunter deutlich nach Geschlecht zu unterscheiden.

Weitere Teilbereiche der Altersforschung umfassen konkrete Forschungs- und Entwicklungsvorhaben rund um Lebenslagen und Lebensbedarfe älterer Menschen. Dazu zählen zum Beispiel Aspekte der Lebensführung, des Wohnumfelds oder der Arbeitsmöglichkeiten älterer Frauen und Männer, die auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Inklusion älterer Menschen von Bedeutung sind. In diesem Kontext sind Politik und Gesellschaft, aber insbesondere auch Wissenschaft und Forschung gefragt, neue Ideen und Konzepte zu entwickeln.

Wissenschaft und Forschung tragen im Rahmen ihrer grundgesetzlichen Freiheit zugleich die Verantwortung, auch jenseits des konkreten Versorgungsalltags und institutionenökonomischer Aspekte – wie Fragen zur Finanzierung, zu Verantwortlichkeiten oder Anreizsystemen – vor auszudenken, innovativ zu sein und Neues zu wagen. Überdies sind sie gefordert, zukunftsorientierte Konzepte der Versorgung zu entwickeln, die den Transfer in den Lebensalltag der älteren Menschen schaffen. Gefragt sind hierbei Perspektiven und Wege, die über Fächergrenzen hinausgehen und das Erfahrungswissen

aus der Praxis einbeziehen. Medizinische Disziplinen arbeiten dafür beispielsweise mit Soziologen, Psychologen oder Architekten sowie Praktikern zusammen.

5.2 Naturwissenschaftliche, medizinische und (medizin-)technische Alter(n)sforschung

In Nordrhein-Westfalen können wir von einer etablierten Forschung an den Universitäten, den Universitätskliniken und an außeruniversitären Forschungseinrichtungen mit ihren vielfältigen Profilen im Bereich der naturwissenschaftlichen, medizinischen und (medizin-)technischen Alter(n)sforschung profitieren.

An welchen Fragestellungen die Wissenschaft in diesen Forschungsfeldern arbeitet und welchen Beitrag sie damit zu einem aktiven und gesunden Altern leistet, wird im Folgenden an einigen Beispielen aus Nordrhein-Westfalen exemplarisch aufgezeigt.

Herausragende Einrichtung auf dem Gebiet der Alter(n)sforschung ist das Deutsche Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft (DZNE) mit seinem Hauptsitz in Bonn und weiteren Standorten in Deutschland.⁷⁷ Das DZNE wurde 2009 als Deutsches Zentrum der Gesundheitsforschung gegründet und bündelt u. a. die international führende Forschung zu den im Alter zunehmend auftretenden Krankheiten wie Alzheimer und Parkinson. Beim DZNE-Standort in Witten steht die Versorgungsforschung im Mittelpunkt. Ziel ist es, innovative und zukunftsweisende Konzepte der Versorgung von Menschen mit Demenz zu entwickeln. Dabei werden neben der Entwicklung und Untersuchung direkter Interventionen beispielsweise auch Fragestellungen zu Versorgungsstrukturen und ihrer Implementierung adressiert.

Um medizinischen Fortschritt für Menschen auch nutzbar zu machen, werden in verschiedenen Forschungseinrichtungen „translatorische Ansätze“ gestärkt, die auf den Transfer von Ergebnissen aus der Forschung in die Versorgungspraxis gerichtet sind. Durch bedarfsgerechte Lösungen entstehen spürbare Verbesserungen in Diagnostik, Prävention und Therapie zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Exzellenzcluster zur zellulären Stressantwort bei altersassoziierten Erkrankungen (CECAD) an der Universität zu Köln erforscht Ursachen altersbedingter Krankheiten, um die Prävention und Behandlung zu verbessern.⁷⁸ In dem interdisziplinären Forschungsverbund forschen internationale Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Universität, Universitätsklinik, den Max-Planck-Instituten für die Biologie des Alterns und für Stoffwechselforschung sowie dem Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen eng vernetzt.

Einem ähnlichen Thema widmet sich das Institut für Neurowissenschaften am Forschungszentrum Jülich, das sich mit Funktion und Struktur des gesunden und kranken menschlichen Gehirns beschäftigt.⁷⁹ Das Institut zielt mit seinen Forschungsarbeiten darauf, das Verständnis von Struktur und Funktionsveränderungen bei neurologischen und psychiatrischen (altersassoziierten) Erkrankungen (z. B. Tinnitus, Parkinson, Schlaganfälle und Demenzerkrankungen) zu verbessern und somit eine möglichst frühzeitige Diagnose und Therapie zu ermöglichen.

77 www.dzne.de

78 www.cecad.uni-koeln.de

79 www.fz-juelich.de/inm/DE/Home/home_node.html

Vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderung wurden die Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung (BMBF) in Zusammenarbeit des Bundes und der Länder gegründet.⁸⁰ Die Deutschen Zentren – eine Verbindung von universitären und außeruniversitären Einrichtungen – leisten einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der älter werdenden Bevölkerung, indem sie die Volkskrankheiten fokussieren, die im Zuge des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung gewinnen. Jedes Deutsche Zentrum besteht bundesweit aus mehreren Partnerstandorten, die im Rahmen gemeinsamer Forschungsprogramme und Projekte kooperieren und dadurch ihre Stärken zusammenführen.

Nordrhein-Westfalen ist neben dem bereits erwähnten DZNE an drei weiteren Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung beteiligt: So sind in das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) die Rheinische-Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und das Universitätsklinikum Bonn sowie die Universität zu Köln und das Universitätsklinikum Köln eingebunden.⁸¹ Im Deutschen Zentrum für Diabetesforschung arbeiten das Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ) sowie die Leibniz-Einrichtung für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit.⁸² Das Deutsche Konsortium für Transnationale Krebsforschung (DKTK) bindet das Universitätsklinikum Essen der Universität Duisburg-Essen und die Heinrich Heine-Universität Düsseldorf ein.⁸³

Außerdem sind die Universität Duisburg-Essen mit dem Universitätsklinikum Essen, die Westfälische Wilhelms-Universität Münster, das Deutsche Diabetes-Zentrum und das Institut für umweltmedizinische Forschung in Düsseldorf an der Nationalen Kohorte (NAKO) beteiligt.⁸⁴ Diese Bevölkerungsstudie trägt zur Aufklärung der Ursachen von Volkskrankheiten bei. Hierzu werden 200.000 Frauen und Männer im Alter von 20 bis 69 Jahren aus ganz Deutschland medizinisch untersucht und nach Lebensgewohnheiten befragt. Ziel ist, Risikofaktoren zu identifizieren und Wege einer wirksamen Vorbeugung und Behandlung der Volkskrankheiten aufzuzeigen. So werden die Forscherinnen und Forscher mit dieser Längsschnittbetrachtung beispielsweise Erkenntnisse darüber gewinnen, wie genetische Faktoren, der Lebensstil und das zunehmende Alter bei der Entstehung von Krankheiten zusammenwirken.

An einer verbesserten, individuellen Behandlung bereits im Vorfeld und Verlauf einer Erkrankung arbeiten an der Universität Bochum auch die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler von PURE, dem Protein Research Unit Ruhr within Europe.⁸⁵ Sie identifizieren sogenannte Proteinbiomarker für die Diagnostik von Krebs- und neurodegenerativen Erkrankungen, zum Monitoring von Therapieverläufen und zur Prädiktion von Therapieerfolgen.

Das Institut für Luft- und Raumfahrtmedizin des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt (DLR) in Köln geht ebenfalls der Frage nach, wie Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Menschen erhalten werden können.⁸⁶ Mit der in 2013 eröffneten DLR-Forschungsanlage „:envihab“⁸⁷ werden u. a. die Wirkungen extremer Umweltbedingungen

80 www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/deutsche-zentren-der-gesundheitsforschung.php

81 www.dzif.de/

82 www.dzd-ev.de/

83 www.dkkt-dkzf.de

84 www.nako.de

85 www.pure.rub.de

86 www.dlr.de

87 „:envihab“ steht für environment = Umwelt und habitat = Lebensraum. Vgl. Internetquelle: www.dlr.de/envihab/ (letzter Zugriff: 15.09.2014).

auf den Menschen und mögliche Gegenmaßnahmen erforscht. Von den Erkenntnissen werden nicht nur Astronautinnen und Astronauten profitieren, sondern auch chronisch kranke oder bettlägerige Patientinnen und Patienten.

Neben der Erforschung passgenauer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten arbeiten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in NRW auch an passgenauen Medizintechnologien. Bei der Herstellung von Medizinprodukten werden hierbei Unterschiede zwischen den individuellen Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. In diesem Themenfeld hat zum Beispiel der Aachener Medizintechnik-Verbund innovating medical technology in.nrw neue Patientinnen und Patientenadaptierte medizintechnische Lösungen zur Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen erforscht.⁸⁸ Die Bewertungsgrundlage von (medizin-)technischen Innovationen war gerade in der Vergangenheit vor allem technischer Natur und berücksichtigte gegebenenfalls noch die Sicht der Anwenderin bzw. des Anwenders – also der Ärztin bzw. des Arztes in ihrer bzw. seiner Funktion als Diagnostikerin und Diagnostiker oder Therapeutin und Therapeut – und damit Fragen der Gebrauchstauglichkeit und des Workflows. Wenig Berücksichtigung fanden dabei häufig z. B. die Anforderungen der Patientin bzw. des Patienten an eine auf sie bzw. ihn abgestimmte und passgenaue Versorgung. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass ältere Menschen solange wie möglich aktiv und selbstbestimmt leben möchten, gewinnt die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer an Bedeutung. In diesem Kontext kommt auch der medizinisch-ethischen und medizin-rechtlichen Dimension eine wachsende Bedeutung zu, was z. B. an der Universität zu Köln im Kompetenzbereich „Altern und demografischer Wandel“ zusammengefasst wird.⁸⁹

Gemeinsam mit 15 weiteren Leibniz-Instituten gründete das Dortmunder Leibniz-Institut für Analytische Wissenschaften (ISAS)⁹⁰ 2013 den Leibniz-Forschungsverbund „Medizintechnik: Diagnose, Monitoring und Therapie“.⁹¹ Die Verbundpartner forschen gemeinsam an innovativen und schonenden Verfahren, mit denen Krankheiten früher erkannt und Patientinnen und Patienten besser und individueller therapiert werden können. An dem Verbund beteiligen sich vor allem Institute mit medizinischer oder naturwissenschaftlicher Ausrichtung. Weitere Einrichtungen aus dem Bereich der Gesellschafts- und Wirtschaftswissenschaften werden zukünftig auch eingebunden, um sich mit der Marktfähigkeit und der Akzeptanz der entwickelten Produkte zu befassen.

An praktikablen Lösungen für die Unterstützung von betreuungsbedürftigen Menschen arbeitet auch die Fraunhofer-Allianz Ambient Assisted Living (AAL).⁹² Technische Unterstützungssysteme für Komfort, Sicherheit und Energieeffizienz, Arbeit und Wohnen, Gesundheit und soziale Vernetzung helfen Frauen und Männern in ihrem täglichen Leben. Gefragt sind heute somit Konzepte, Produkte und Dienstleistungen, die neue Technologien und das soziale Umfeld miteinander verbinden, um im Alltag von älteren Menschen genutzt werden zu können. Ein Beispiel: Wissenschaft und Forschung entwickeln einfach zu bedienende technische Assistenzsysteme zur Kompensierung von Funktionseinschränkungen, um Pflegebedarfe zu vermeiden und den älteren Menschen ein Leben im eigenen Zuhause weiterhin zu ermöglichen. Hochauflösende und funktionelle

88 www.medtec-innrw.de/

89 exzellenz.uni-koeln.de/kompetenzfelder0.html

90 www.isas.de

91 www.leibniz-gemeinschaft.de/forschung/leibniz-forschungsverbuende/medizintechnik-diagnose-monitoring-und-therapie/

92 www.aal.fraunhofer.de

bildgebende Verfahren, die eine frühzeitige und genaue Diagnose ermöglichen, oder minimalinvasive Methoden, die zu einer zielgerichteten und weniger belastenden Therapie führen, sind weitere Beispiele aus dem Bereich der Alter(n)sforschung, die für die Menschen zu einem spürbaren Mehrwert führen.

In vielen Bereichen der Rehabilitation oder der Homecare sind neue Technologien gefordert, um die heute bereits praktizierten Verfahren beispielsweise durch den Einsatz von IT sinnvoll zu unterstützen. Dieser Aspekt gewinnt angesichts des immer weniger werdenden Fachpersonals zunehmend an Bedeutung. Dabei geht es weniger darum, Kranken- und Pflegepersonal zu ersetzen, sondern an den Stellen zu ergänzen, an denen Technik die Arbeit des Personals erleichtern und effizient gestalten kann. In der Rehabilitation neurologischer Erkrankungen wie dem Schlaganfall kommen hier beispielsweise immer mehr Systeme zum Einsatz, die ähnlich wie bei Videospiele ein auf die Patientin bzw. den Patienten zugeschnittenes Trainingsprogramm bereitstellen, das anfänglich unter Anleitung, später gegebenenfalls alleine in der häuslichen Umgebung zu Fortschritten bei der Beweglichkeit der Patientin bzw. des Patienten führen kann. Intelligente Matratzen verhindern das schnelle Wundliegen stark beeinträchtigter Patientinnen und Patienten und helfen dabei, auf erhöhten Personaleinsatz durch häufiges Umlagern verzichten zu können und gleichzeitig eventuelle schwere Folgeerkrankungen zu verhindern. Diskrete Überwachungssysteme können beispielsweise helfen, chronisch kranken Patientinnen und Patienten bei Akutsituationen schnelle Hilfe zukommen zu lassen.

Auch die Entwicklung von Hightech-Lösungen ist vielversprechend. So sollen beispielsweise die zurzeit noch standardmäßig eingesetzten Implantate aus nicht biologischen Materialien langfristig abgelöst werden durch Implantate, die technische wie biologische Komponenten vereinen oder gar völlig naturidentische Implantate darstellen. Hier kommen Materialien zum Einsatz, die zum Beispiel nach Implantation entweder schrittweise in körpereigenes Material umgebaut werden oder bereits vom Ursprung her von dem Patienten bzw. der Patientin stammen. Ziel ist es, Implantate so zu entwickeln, dass eine maximale Kompatibilität bei gleichzeitig langer Haltbarkeit und hohem Komfort gewährleistet wird. Dies alles erfordert ein hohes Maß an Personalisierung beziehungsweise Individualisierung in der Medizintechnik. Der Cluster „Innovative Medizin.NRW“ hat zur Förderung dieses Innovationsfeldes den Translationsverbund „Ein Herz für NRW“ ins Leben gerufen, in dem alle erforderlichen Kompetenzen gebündelt werden, die für die Entwicklung von solchen komplexen biohybriden Systemen notwendig sind. Der Cluster „Innovative Medizin.NRW“ nimmt damit seine Aufgabe wahr, die Forschungs- und Entwicklungslandschaft in NRW für zukunftsweisende Themen zu sensibilisieren und entsprechende Entwicklungen anzustoßen und zu unterstützen. Die Herausforderung des Clusters ist es, die Aktivitäten in NRW in Richtung einer patientinnen- und patientenorientierten und technologisch gestützten Medizin zu lenken. Zentrale Aufgabe ist die Unterstützung von medizinischen und medizinisch-technischen Innovations- und Wertschöpfungsketten, die Forschung und Entwicklung, Zulassung, Markteintritt und Implementierung in die Regelversorgung verbinden. Ziel ist eine schnelle und effektive Translation von Ergebnissen aus der Grundlagenforschung in Produkte und Verfahren für die Gesundheit der Menschen.

Das Forschungsinstitut Technologie und Behinderung (FTB) in Wetter befasst sich seit seiner Gründung 1991 mit der Erforschung, Erprobung und Anwendung moderner Tech-

nologien für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen.⁹³ Die Forschungs- und Entwicklungsprojekte werden von einem interdisziplinären Team und in Kooperation mit Industrie, Handwerk, Hochschulen und Forschungseinrichtungen bearbeitet. Die Arbeiten fokussieren im Allgemeinen die Interaktion von Menschen mit Behinderung bzw. älteren Menschen und ihrer Umgebung und es werden u. a. Projekte zur barrierefreien und assistiven Informations- und Kommunikationstechnik realisiert.

5.3 Human- und gesellschaftswissenschaftliche Alter(n)sforschung

In Nordrhein-Westfalen befassen sich mittlerweile zahlreiche universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen aus der Perspektive verschiedener human- und gesellschaftswissenschaftlicher Disziplinen ausschließlich oder schwerpunktmäßig mit alter(n)sbezogenen Fragestellungen.

Darüber hinaus werden an vielen Hochschul- und Fachhochschulstandorten in Nordrhein-Westfalen in verschiedenen Fachbereichen und Fachrichtungen (u. a. Architektur, Psychologie, Sozial-, Wirtschafts-, Erziehungs-, Kulturwissenschaft, Stadt- und Verkehrsplanung, Sozialarbeit/-pädagogik) gerontologische Forschungsprojekte realisiert. Ziel dieser Forschungsaktivitäten ist es, die mit der demografischen Alterung verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Auswirkungen, Herausforderungen und Veränderungsbedarfe sowie die Lebenslagen älterer Frauen und Männer in unterschiedlichen Kontexten und im Hinblick auf verschiedene Handlungsfelder, wie z. B. Altenhilfe, -arbeit und -pflege, Arbeitswelt, Gesundheits- und Seniorenwirtschaft, Sozialversicherung, Sozialpolitik, Wohnen und Technik zu untersuchen.

Angesichts der Breite und Fülle human- und gesellschaftlicher Alter(n)sforschung werden im Folgenden die explizit gerontologischen Forschungseinrichtungen und solche mit einem gerontologischen Schwerpunkt im Überblick dargestellt.

5.3.1 (Sozial-)Gerontologische Forschungseinrichtungen

Das Institut für Gerontologie an der TU Dortmund in Trägerschaft der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG) geht seit 1990 Fragen der demografischen Entwicklung, speziell der alternden Bevölkerung nach.⁹⁴ Die Forschungsarbeiten der FfG sind explizit darauf gerichtet, die Gestaltung der individuellen, gesellschaftlichen und (sozial-)politischen Konsequenzen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft zu begleiten und zu unterstützen.

Forschungsgegenstand sind durch soziale Risiken und Probleme (u. a. Langzeitarbeitslosigkeit, Armut, Pflegebedürftigkeit) gekennzeichnete Lebenslagen Älterer ebenso wie individuelle und gesellschaftliche Potenziale, Gewinne und Stärken des Alter(n)s (z. B. bürgerschaftliches Engagement, Prävention). Durch wissenschaftliche Begleitforschung unterstützt die FfG Kommunen und Träger von Diensten und Einrichtungen bei der Erstellung demografiebezogener Handlungskonzepte und der Entwicklung bedarfsgerechter Unterstützungsangebote. Zudem untersucht die FfG den Wandel von Konsumbedarf und -verhalten älterer Menschen, technische Orientierungs- und Hilfsangebote,

93 www.ftb-esv.de

94 www.ffg.tu-dortmund.de

arbeitsmarkt- und sozialpolitische Implikationen einer alternden Arbeitswelt sowie die Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Das Forschungsinstitut Geragogik (FoGera) am Standort Düsseldorf beschäftigt sich seit 2002 mit dem Thema Lernen und Bildung in alternden Gesellschaften.⁹⁵ Die Arbeiten des Instituts richten sich auf die Verbesserung der Lebensqualität im Alter durch Weiterbildung und Ausbildung von Personen und Organisationen („Bildung für das Alter“). Darüber hinaus stehen von sozialer Benachteiligung bedrohte oder betroffene ältere Frauen und Männer im Fokus („Bildung im Alter“).

Forschungsschwerpunkte umfassen die theoretische Fundierung der Altersbildung und Geragogik, die Erfassung und Analyse von Bildungsinteressen Älterer in unterschiedlichen Lebenslagen, die Entwicklung, Evaluation und Qualitätssicherung von Qualifizierungsangeboten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Didaktik und Methodik der Altersbildung.

Das interdisziplinäre Zentrum für Alternskulturen (ZAK) an der Universität Bonn befasst sich u. a. mit Fragen des (gesunden) individuellen Alterns, des Erhalts der Lebensqualität im Alter bei zunehmender Langlebigkeit und der Entwicklung soziokultureller, sozioökonomischer und soziopolitischer Lösungsansätze in und für alternde Gesellschaften.⁹⁶ Aktuelle Forschungsarbeiten beziehen sich auf die Themen Mobilität, Verkehrsverhalten und Verkehrssicherheit sowie Lebensverlängerung und Verlangsamung des menschlichen Alterns aus individueller, gesellschaftlicher, ethischer und normativer Sicht.

Das Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Sporthochschule Köln betrachtet aktives und gesundes Altern aus sportwissenschaftlicher Sicht.⁹⁷ Die Forschungsarbeiten fokussieren u. a. den Erwerb, den Erhalt und die Regulation von Bewegungen und Bewegungsmöglichkeiten sowie entsprechende Trainingskonzepte für ältere und alternende Menschen.

Seit nunmehr 50 Jahren realisiert das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) neben seinem umfangreichen Beratungs- und Fortbildungsangebot praxisorientierte Forschungs- und Entwicklungsprojekte im Bereich der Altenhilfe und Altenarbeit.⁹⁸ Die anwendungsorientierten Forschungsarbeiten des KDA tragen dazu bei, neue Instrumente und Verfahren zu entwickeln, zu evaluieren und die Ergebnisse in der Praxis zu verbreiten. Schwerpunkte landesspezifischer Forschungsprojekte beziehen sich u. a. auf die Themen Altenarbeit, demenzielle Erkrankungen und pflegende Angehörige.

Mit den Themen Demenz und pflegende Angehörige befassen sich auch Forschungsprojekte, die an gerontologischen Lehrstühlen in Nordrhein-Westfalen realisiert werden. Der Lehrstuhl für Soziale Gerontologie und Lebenslaufforschung an der TU Dortmund fokussiert die Themen erwerbstätige pflegende Angehörige und Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie die (Weiter-)Entwicklung von Versorgungsstrukturen für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen.⁹⁹ Forschungsschwerpunkte des Lehrstuhls für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie an der Universität zu Köln sind die Erfassung des Belastungserlebens pflegender Angehöriger von demenzkranken Menschen (in der Regel sind es Frauen, wie (Ehe-)Partnerinnen oder (Schwieger-)

95 www.fogera.de

96 www.zak.uni-bonn.de

97 www.dshs-koeln.de/visitenkarte/einrichtung/bewegungs-und-sportgerontologie

98 www.kda.de

99 www.fk12.tu-dortmund.de/cms/ISO/de/Lehr-und-Forschungsbereiche/soziale_gerontologie_und_lebenslaufforschung/index.html

Töchter, die ihre Angehörigen pflegen) sowie die Entwicklung von Interventionen (z. B. Kommunikationstrainings für pflegende Angehörige); darüber hinaus werden die Potenziale und Risiken der familialen Pflege sowie die Rehabilitation bei alten Frauen und Männern untersucht.¹⁰⁰

Auch an den Fachhochschulen wird zu altersbezogenen Themen geforscht. Eine Vielzahl nordrhein-westfälischer Fachhochschulen befasst sich u. a. mit den Themen „Gesundheit“ und „Demografischer Wandel“. Dabei werden in besonderem Maße auch alter(n)srelevante Themen und Fragestellungen in unterschiedlichen Fachgebieten adressiert. Ein Überblick dazu wurde im Rahmen des vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Projektes „Lebendige Forschung an Fachhochschulen in NRW“ 2013 erstellt.¹⁰¹

5.3.2 Pflegewissenschaftliche Forschungseinrichtungen

Auch die pflegewissenschaftlichen Forschungsinstitute in NRW befassen sich seit knapp zwei Jahrzehnten mit alter(n)srelevanten Themen. Das Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld wurde 1995 gegründet und zielt darauf, pflegewissenschaftliche Forschung auf universitärer Ebene weiterzuentwickeln.¹⁰²

Forschungsschwerpunkte des IPW umfassen zum einen die Konzept-, Methoden- und Instrumentenentwicklung (z. B. zur Einschätzung der Ausprägung von Pflegebedürftigkeit oder zur Erfassung von Krankheitsbewältigungs- und Selbstmanagementkompetenzen aus der Patientinnen und Patientenperspektive). Im Forschungsbereich stationäre (Langzeit-)Versorgung werden Versorgungs- und Pflegekonzepte sowie ressourcenorientierte evidenzbasierte Interventionsstrategien entwickelt und erprobt. Darüber hinaus wird die Versorgung Pflegebedürftiger im Krankenhaus untersucht (u. a. Schnittstellenmanagement, Krankenhausentlassung, Bewältigung poststationärer Probleme und Anforderungen). Altersassoziierte Fragestellungen im Bereich „Ambulante Pflege/Community Health“ adressieren gegenwärtig u. a. die altersgerechte Quartiersentwicklung und quartiersnahe Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Frauen und Männer. Im gleichen Jahr wurde an der privaten Universität Witten/Herdecke das Department für Pflegewissenschaft mit dem Forschungsschwerpunkt „Integrative und personalisierte Versorgungsforschung“ eingerichtet.¹⁰³ Im Rahmen der Forschergruppe „Pflege/Demenz“ werden insbesondere die klinische Pflegeforschung, Epidemiologie und Entwicklung von Instrumenten in der Pflege fokussiert.

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen befasst sich seit seiner Gründung 1999 neben der Pflegebildungsforschung und der pflegerischen Versorgungsforschung auch mit altersrelevanten Fragestellungen z. B. im Bereich Pflegeprävention und -beratung, Unterstützung für Demenzerkrankte und ihrer Angehörigen, Versorgung Demenzerkrankter im Krankenhaus, (kommunale) pflegerische Versorgung, gesundheits- und sozialpolitische Möglichkeiten zur sozialen Einbindung und zur Sicherstellung der Autonomie älterer Frauen und Männer.¹⁰⁴

100 www.hf.uni-koeln.de/30845

101 Projekt „Lebendige Forschung an Fachhochschulen in NRW“ (Hrsg.). (2013). Lebendige Forschung an Fachhochschulen in NRW. Der Mensch im Fokus. Peipers - Druckzentrum KölnWEST, Köln.

102 www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/

103 www.uni-wh.de/gesundheits/pflegewissenschaft/

104 www.dip.de

5.3.3 Sonstige human- und gesellschaftswissenschaftliche Forschungseinrichtungen

Am Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfADo) werden Chancen und Herausforderungen der modernen Arbeitswelt unter Einbezug der Fächer Ergonomie, Arbeitsmedizin, Toxikologie und Psychologie interdisziplinär untersucht.¹⁰⁵ Der Forschungsbereich „Herausforderung Arbeit und Altern“ befasst sich mit der sensorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit, der Feinmotorik und der Mobilität im Alter und deren Bedeutung für die Gestaltung alter(n)sgerechter Arbeitsprozesse.

Das Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung (InWIS) an der Ruhr-Universität Bochum fokussiert anwendungsorientierte Forschung und Beratung bei wohnungs-, immobilien- und regionalwirtschaftlichen Fragestellungen.¹⁰⁶ Im Forschungsschwerpunkt „Wohnen im Alter“ steht – neben der wissenschaftlichen Projektbegleitung und -beratung und der Durchführung von Markt- und Standortanalysen – insbesondere das Thema „Betreutes Wohnen“ und quartiersnahe Versorgung im Mittelpunkt.

Das Institut für Arbeit und Technik (IAT) ist eine Forschungs- und Entwicklungseinrichtung der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum, die mit ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit auf die Organisation von Wissen und Innovation für nachhaltige Lebensqualität und nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung gerichtet ist.¹⁰⁷ Der Forschungsschwerpunkt „Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität“ beinhaltet Demografie- und alter(n)srelevante Fragestellungen u. a. in den Bereichen Senioren- und Gesundheitswirtschaft, kommunales Gesundheitsmanagement, Quartiersentwicklung, Informations- und Kommunikationstechnologien.

5.4 Forschungsnetzwerke und Forschungsprogramme mit Landesförderung

Wissenschaft und Forschung stellen die Basis für die Entwicklung von innovativen Produkten und Dienstleistungen dar, wobei der Transfer von der Wissenschaft in die Praxis eine besondere Herausforderung darstellt. Diese Zielrichtung steht im Mittelpunkt des vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Regionalen Innovationsnetzwerks „Gesundes Altern“ in der Region KölnBonn.¹⁰⁸ Akteurinnen und Akteure aus Wissenschaft und Wirtschaft sowie Verbraucherinnen und Verbraucher arbeiten in dem Netzwerk gemeinsam an bedarfsgerechten, neuen Lösungen und konkreten Umsetzungsmöglichkeiten für ein gesundes und aktives Altern.

Sie orientieren sich dabei an den Lebensbedürfnissen einer alternden Bevölkerung und bearbeiten verschiedene zentrale Themen, wie z. B. selbstbestimmtes Leben im Alter, Sicherung der Lebenssituation älterer Frauen und Männer, soziale und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen, Gesundheit im Alter sowie Versorgung bei alterstypischen

105 www.ifado.de

106 www.sowi.rub.de/forschung/institute/woh.html

107 www.iatge.de

108 www.rin-ageing.de

Erkrankungen. Hervorzuheben ist der Ansatz der transdisziplinären Zusammenarbeit, der darauf zielt, einen fachübergreifenden Austausch der Expertinnen und Experten und der Zivilgesellschaft zu organisieren und langfristig ganzheitliche Lösungen zu entwickeln.

Der vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW geförderte Forschungsverbund Nutzerorientierte Versorgung (NuV) vereint gesundheitswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Fachbereiche der Universität und der Fachhochschule Bielefeld¹⁰⁹. Der Forschungsverbund adressiert Herausforderungen im sozio-demografischen und epidemiologischen Wandel, wie z. B. Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit sowie die Patientinnen und Patienten- und Nutzerinnen und Nutzerorientierung. Forschungsvorhaben zur „Förderung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements in den unterschiedlichen Phasen des Lebenslaufs“ fokussieren auch die Lebensphase Alter: Die Stärkung der Selbstmanagementkompetenz von pflegenden Angehörigen wird ebenso untersucht wie die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) bei älteren Menschen mit chronischer Krankheit.

Das im September 2014 eröffnete interdisziplinäre Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social sciences of health (CERES) der Universität zu Köln wird von fünf Fakultäten getragen (Medizin, Humanwissenschaften, Rechtswissenschaften, Philosophie sowie Wirtschafts- und Sozialwissenschaften).¹¹⁰ Im Kontext einer Gesellschaft des langen Lebens bezieht sich die Forschung im Themencluster „Altern und demografischer Wandel“ u. a. auf die Erfassung der Lebenssituation und die Ermittlung von Einflussfaktoren auf die Lebensqualität Hochaltriger. Darüber hinaus werden Einflüsse des Alter(n)s auf verschiedene Lebensbereiche (Gesundheitswesen, Wirtschaft, Rechtsverkehr, Wohnumfeld, Versicherungswesen) analysiert.¹¹¹ Beispielsweise werden mit der „NRW80plus“-Studie repräsentative Aussagen zu Lebensbedingungen, Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden hochaltriger Menschen getroffen werden können. Auf dieser Grundlage werden alltagsnahe Konzepte entwickelt, um die medizinische und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen zu verbessern und Lebenswelten in unterschiedlichen städtischen oder ländlichen Regionen altersgerecht zu gestalten. Das Fortschrittskolleg „GROW – Wohlbefinden bis ins hohe Alter / Gerontological Research On Well-Being“ ist ebenfalls eine fakultätsübergreifende Initiative der Universität zu Köln.¹¹² Ziel des Graduiertenkollegs ist es, praxisrelevante Ressourcen und Barrieren für das Wohlbefinden bis ins hohe Alter zu identifizieren und konkrete Maßnahmen zu entwickeln, um das Wohlbefinden alter Menschen in Nordrhein-Westfalen zu erhalten oder zu verbessern.

Im Rahmen des Programms „Altersgerechte Versorgungsmodelle, Produkte und Dienstleistungen“ werden vom MGEPA NRW und der Europäischen Union (EU) derzeit eine größere Zahl von Forschungsvorhaben gefördert, die darauf zielen, innovative und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen, Produkte und Dienste zu erproben. Themenschwerpunkte der Projekte umfassen u. a. die (technikunterstützte) Vermeidung oder Kompensation altersbedingter Kompetenzeinbußen, altersgerechte und integrierte

109 www.uni-bielefeld.de/

110 www.ceres.uni-koeln.de

111 Online verfügbar unter www.ceres.uni-koeln.de/15991.html
(Stand: 11.09.2014)

112 www.hf.uni-koeln.de/37221

gesundheitliche und pflegerische Versorgung im gewohnten Lebensumfeld sowie im Krankenhaus und in der stationären Pflege, eine geschlechtergerechte und kultursensible Unterstützung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Alter, die Sicherstellung eines gesunden und sicheren Alterns im Quartier und vergleichbare Versorgungsmodelle im ländlichen Raum.

5.5 Entwicklungsbedarfe und Entwicklungsperspektiven

Die vorherigen Ausführungen verdeutlichen die Vielfalt und das breite Spektrum der Alter(n)sforschung in Nordrhein-Westfalen; gleichwohl kann für diesen ersten Überblick kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Mit Blick auf die nachhaltige Weiterentwicklung dieses Forschungs- und Wissenschaftsfeldes ist es zukünftig empfehlenswert, die vorhandenen Kompetenzen in Nordrhein-Westfalen durch regionale und überregionale Kooperationen und den Aufbau strategischer Partnerschaften zwischen den Einrichtungen weiter zu stärken. So können z. B. neue Ansätze der personalisierten Medizin oder der datengestützten Medizin vorangetrieben werden, um eine „innovative Medizin“ zu entwickeln.

Die Gesundheits- und insbesondere die Alter(n)sforschung sind auch im europäischen Kontext zentrale Themen der Forschungsförderung unter „Horizon 2020“, dem EU-Rahmenprogramm für Forschung und Innovation von 2014 bis 2020. Das Programm bündelt und konzentriert die gemeinschaftlichen Anstrengungen Europas in Forschung, Technologie und Innovation, um Lösungen für die großen gesellschaftlichen Herausforderungen zu finden. Im Kontext der Alter(n)sforschung richtet die EU ihren Fokus auf „Gesundheit, demografischer Wandel und Wohlbefinden“ als eine von insgesamt sieben gesellschaftlichen Herausforderungen.

Im Einklang mit europäischen Forschungsschwerpunkten (u. a. „Road Map for European Ageing Research“¹¹³) weist die nordrhein-westfälische Forschungsstrategie „Fortschritt NRW“ in diesem Kontext das Leitthema „Gesundheit und Wohlergehen im demografischen Wandel“ aus. Im Fokus von „Fortschritt NRW“ stehen bedarfs- und umsetzungsorientierte Forschungsansätze, die zu spürbaren Verbesserungen in der Lebenswelt der Menschen führen. Dies bedeutet im Themenfeld „Gesundheit und Wohlergehen im demografischen Wandel“:

Die Forschung zu Indikationen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes, weiteren Volkskrankheiten und neurologischen Erkrankungen wird auf die Anwendung am Menschen ausgerichtet. Dieses gilt auch für die Entwicklung technischer Unterstützungssysteme, die die Wahrung eines selbstbestimmten Lebens im öffentlichen und privaten Bereich ermöglichen sollen. Die Erforschung des Einflusses von genetischen,

113 FUTURAGE (Hrsg.) (2011). A Road Map for European Ageing Research. Online verfügbar unter <http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Final%20road%20map/FUTURAGE%20A%20Road%20Map%20for%20European%20Ageing%20Research%20-%20October%202011.pdf> (letzter Zugriff 10/2013)

Die „Road Map for European Ageing Research“ formuliert verschiedene Forschungsfelder (gesundes Altern, Erhalt und Wiedererlangung mentaler Leistungsfähigkeit, Inklusion und Partizipation in der Gesellschaft und Arbeitswelt, Qualität und Nachhaltigkeit sozialer Sicherungssysteme, Alternsgerechte Wohn- und Lebensumwelten, soziale und alter(n)sbedingte Ungleichheit, Biogerontologie), für die acht grundlegende Annahmen (Multidisziplinarität, Nutzer- und Nutzerinnenbeteiligung, lebensverlaufsbezogene Sichtweise, Person-Umwelt-Perspektive, Diversität, intergenerationelle Beziehungen, Wissenstransfer und technologische Innovation) formuliert wurden, die jeweils als Hintergrundfolie mitzudenken sind.

Umwelt- und Lebensstilfaktoren bekommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung, um Präventionsmaßnahmen, Diagnostik und Therapien zum Nutzen der Bevölkerung zu entwickeln. Geschlechtsspezifische Anforderungen sollten ebenfalls in der Forschung berücksichtigt werden, da Männer und Frauen unterschiedliche Risikofaktoren für die Krankheitsentstehung, Krankheitsverläufe und Behandlungsrisiken aufweisen.

Auch Disziplinen der Geistes- und Gesellschaftswissenschaften wirken zu den Kernfragen von Gesundheit und Wohlergehen im demografischen Wandel zusammen. Insgesamt sollte Forschung und Entwicklung in diesem Bereich von Anfang an durch Ansätze aus Begleit-, Wirkungs-, Partizipations- und Akzeptanzforschung flankiert werden. Dabei geht es im Besonderen um Modelle von Partizipation und Mitwirkung, die neue Lösungen vorstellbar, erlebbar und annehmbar machen.



6 Alter und demografische Entwicklung – Zahlen, Daten, Fakten

Im Jahr 2014 lebten in Nordrhein-Westfalen insgesamt gut 17,6 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner, im Vergleich zu 1975 ist dies ein Plus von gut einer halben Million bzw. 3,0%.

Seit 1975 war Nordrhein-Westfalen zunächst bis in die erste Hälfte der 1980er-Jahre durch einen leichten Rückgang der Einwohnerzahlen geprägt. In den Folgejahren nahm die Einwohnerzahl insbesondere dank Wanderungsgewinnen wieder stetig zu. Erst 2005 vollzog sich eine Kehrtwende und die Bevölkerung schrumpfte von Jahr zu Jahr wieder leicht. Seit 2012 stieg die Einwohnerzahl durch zunehmende Wanderungsgewinne wieder an. Auch 2014 war die Einwohnerzahl gegenüber dem Vorjahr wieder infolge hoher Wanderungsgewinne angestiegen (+0,4 %). 2014 zogen 93 627 mehr Personen nach Nordrhein-Westfalen als das Land verließen, das waren die höchsten Wanderungsgewinne seit 1992 (damals: +161 206). Für das Jahr 2015 ist aufgrund der angestiegenen Flüchtlingszahlen mit einem noch höheren Wanderungsüberschuss zu rechnen.

6.1 Altersstruktur der Bevölkerung

Die langfristige Entwicklung der Geburten, der Sterblichkeit und der Wanderungen, aber auch historische Sondereffekte wie Gefallene des Zweiten Weltkrieges oder Geburtenausfälle in Kriegs- und Krisenzeiten, spiegeln sich im Altersaufbau der Bevölkerung wider:

Der aktuelle Altersaufbau der nordrhein-westfälischen Bevölkerung – dargestellt anhand einer Alterspyramide – ähnelt seiner Form nach eher dem Bild einer „zerzausten Wetzertanne“ denn der namensgebenden Pyramide (Abb. 2).

Die jüngsten Jahrgänge sind von Jahr zu Jahr schwächer besetzt und deuten auf eine schrumpfende Bevölkerung hin.

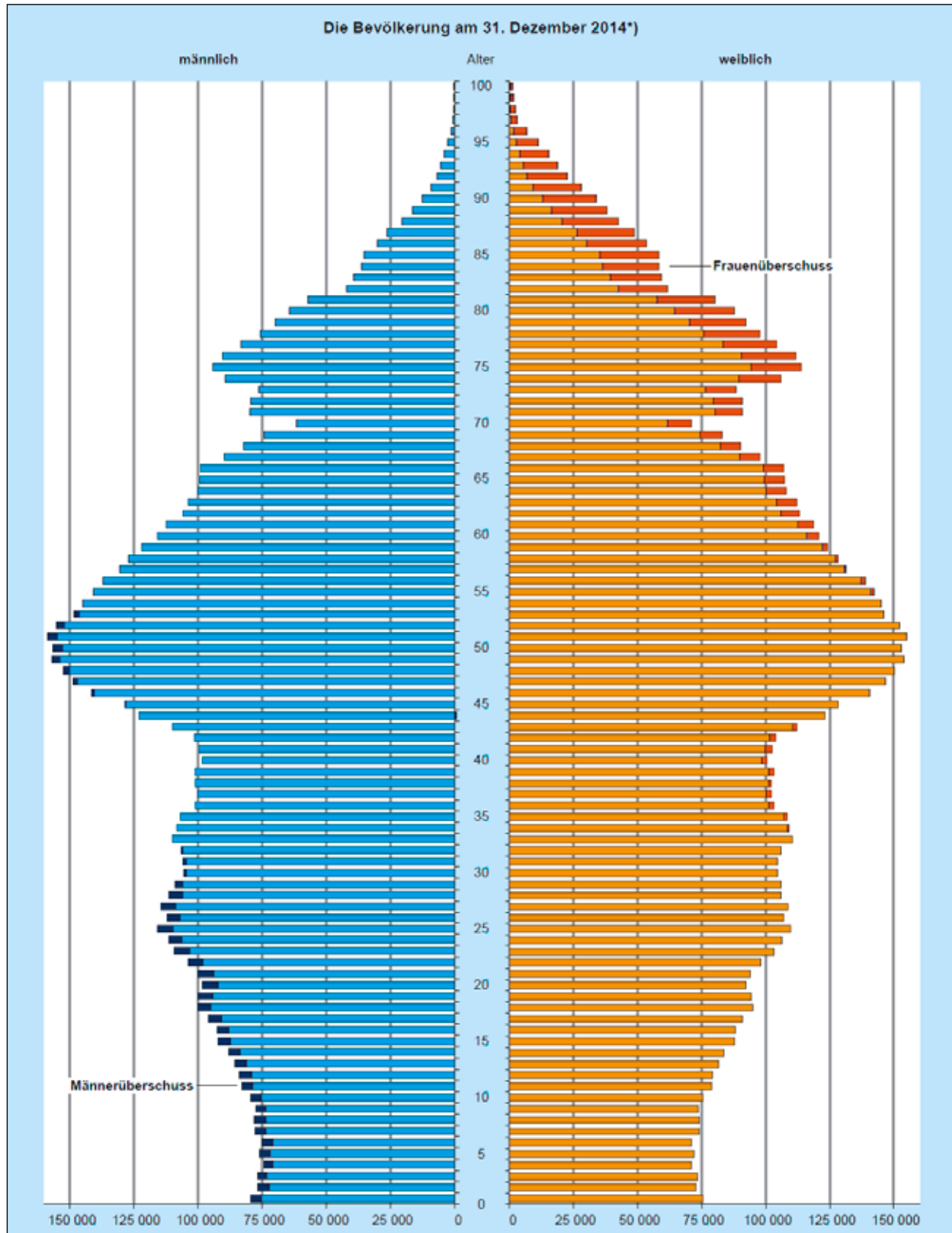
Dem stehen die relativ stark besetzten Geburtsjahrgänge der zwischen Mitte der 1950er- bis Ende der 1960er-Jahre Geborenen, die sogenannte Babyboomer-Generation, gegenüber. Diese Geburtsjahrgänge befinden sich derzeit in den Altersgruppen 45 bis unter 60 Jahre.

Des Weiteren sind in den höheren Altersjahren Kerben zu sehen: Um das Alter von 65 Jahren sind diese auf ein Geburtentief zum Ende des Zweiten Weltkrieges zurückzuführen. Ein weiteres Geburtentief, das während der Weltwirtschaftskrise um 1932 auftrat, wirkte sich auf die geringere Besetzung der heute um die 80-Jährigen aus. Zudem treten bei den Männern im Alter von über 80 Jahren kriegsbedingt reduzierte Jahrgangsbesetzungen auf.

Die Alterspyramide gibt auch einen ersten Eindruck von der Geschlechterverteilung in einzelnen Jahrgängen: Bis zum Alter von unter 55 Jahren (mit Ausnahmen im Alter zwischen 34 und 43 Jahren) leben in jeder Altersstufe mehr Männer als Frauen. Dies sind die langfristigen Folgen des Geschlechterverhältnisses bei Geburt, das durchgängig stabil bei ca. 105 männlichen zu 100 weiblichen Neugeborenen liegt. Ab dem Alter von 55 Jahren kehrt sich das Geschlechterverhältnis zugunsten der Frauen um. Dies ist auf

die längere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen, in den höchsten Altersgruppen kommen zudem die oben genannten Kriegsfolgen zum Tragen.

2 Bevölkerungspyramide 2014 *)



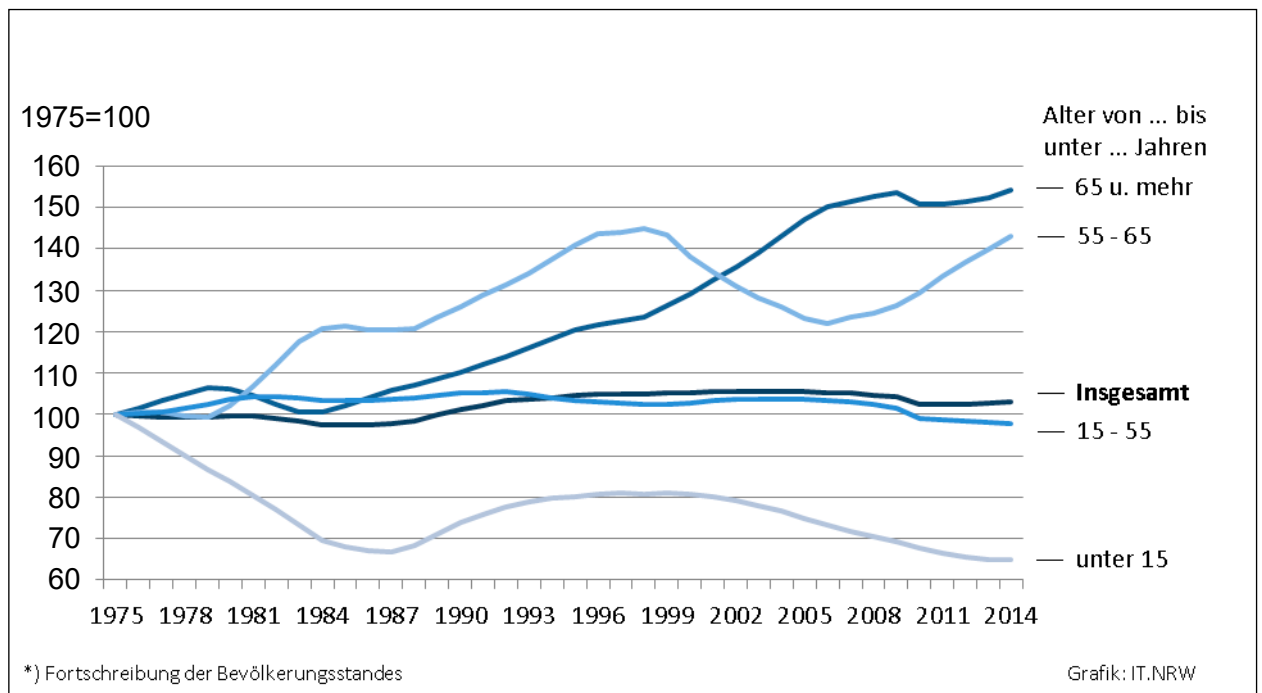
*) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

6.1.1 Entwicklung ausgewählter Altersgruppen

Die Bevölkerung der unter 15-Jährigen ist seit 1975 im Trend deutlich rückläufig. Insbesondere zwischen 1975 und 1987 sank die Zahl der Kinder deutlich von gut 3,6 auf 2,4 Millionen, stieg in den 1990er-Jahren leicht an, bevor um die Jahrtausendwende ein erneuter Rückgang erfolgte. 2014 lebten knapp 2,4 Millionen unter 15-Jährige in Nordrhein-Westfalen.

Dagegen hat sich die Zahl der 15- bis unter 55-Jährigen über den Zeitraum 1975 bis 2014 nur wenig verändert. 2014 waren mit knapp 9,3 Millionen etwa so viele Personen in dieser Altersgruppe wie im Jahr 1975 mit knapp 9,5 Millionen.

3 Entwicklung der Bevölkerung 1975 bis 2014 nach Altersgruppen^{*)}



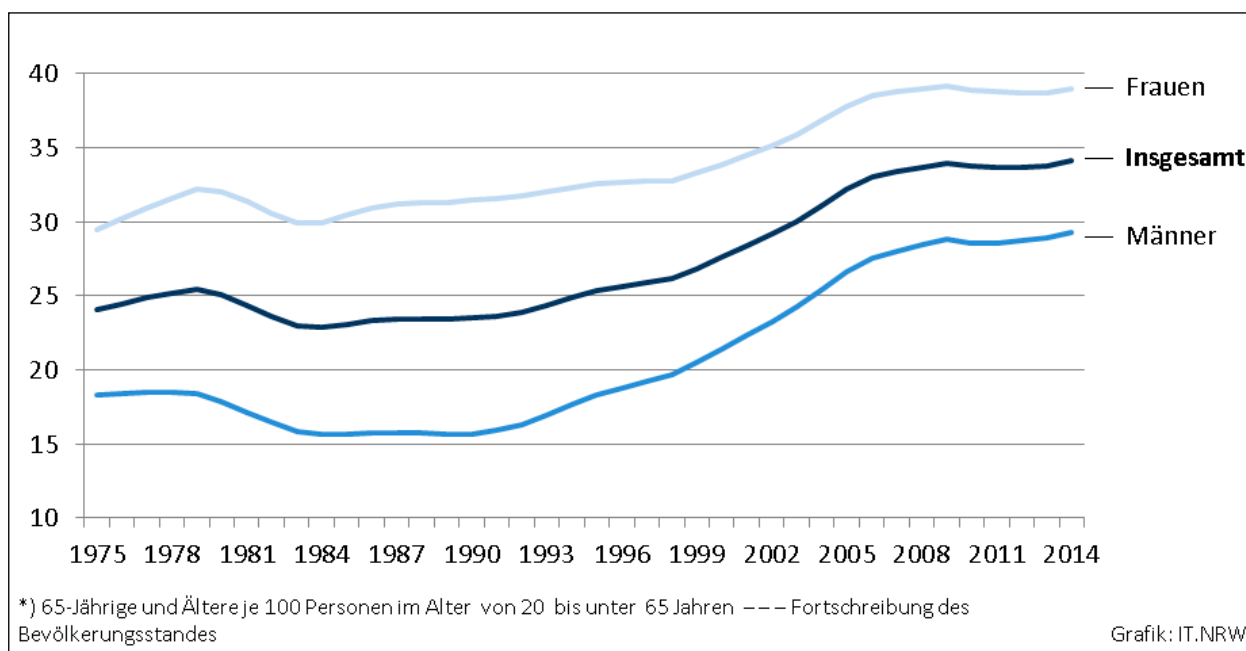
Die Bevölkerung der 55- bis unter 65-Jährigen belief sich 1975 auf gut 1,6 Millionen und blieb in den Folgejahren in etwa auf diesem Niveau. Seit Anfang der 1980er-Jahre ist diese Altersgruppe bis auf etwa 2,4 Millionen in den späten 1990er-Jahren angestiegen. Kurz vor der Jahrtausendwende sank die Zahl der 55- bis unter 65-Jährigen wieder – hier kamen Geburtenausfälle während des Zweiten Weltkrieges zum Tragen – bevor ab 2007 ein Wiederanstieg erfolgte. 2014 lebten knapp 2,4 Millionen 55- bis unter 65-Jährige in NRW.

Die Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren ist – insbesondere seit Mitte der 1980er-Jahre – durch einen klaren Wachstumstrend gekennzeichnet, der sich in den jüngsten Jahren etwas abschwächte. 2014 zählten gut 3,6 Millionen Personen zur Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren. Seit 1975 (2,4 Millionen) hat sich die Zahl der Älteren damit um über die Hälfte erhöht (+54,1 %). Auch der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung hat sich in diesem Zeitraum von 13,8 % auf 20,7 % merklich erhöht. Zur Darstellung der Entwicklung der älteren Bevölkerung im Verhältnis zu der übrigen Bevölkerung und damit des langfristigen demografischen Wandels der Gesamtbevölkerung wird der Indikator Altenquotient verwendet. Dieser stellt das zahlenmäßige Verhält-

nis der nicht mehr im Erwerbsleben stehenden älteren Generation (65 Jahre und älter) zu der Generation im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahre) dar.¹¹⁴ Im Jahr 2014 lag der Altenquotient insgesamt bei einem Wert von 34,1, seit 1975 (24,1) ist der Altenquotient – abgesehen von einer rückläufigen Phase in der ersten Hälfte der 1980er-Jahre – gestiegen.

Insbesondere in den 1990er-Jahren hat sich der Anstieg der Altenquotienten für beide Geschlechter beschleunigt, da die relativ geburtenstarken Jahrgänge der zwischen Mitte der 1930er- und 1940er-Jahre Geborenen das Rentenalter erreicht haben.

4 Altenquotient*) der Bevölkerung 1975 bis 2014 nach Geschlecht



Frauen weisen über den Zeitraum 1975 bis 2014 durchweg einen höheren Altenquotienten auf: 2014 standen 39 Frauen im Alter von 65 Jahren und älter 100 Frauen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren gegenüber. Bei den Männern lag der Altenquotient bei 29. Zum Vergleich: Im Jahr 1975 betrug der Altenquotient für Frauen 29 und für Männer 18. Der Altenquotient zeigt für beide Geschlechter im Zeitraum 1975 bis 2014 einen ansteigenden Trend.

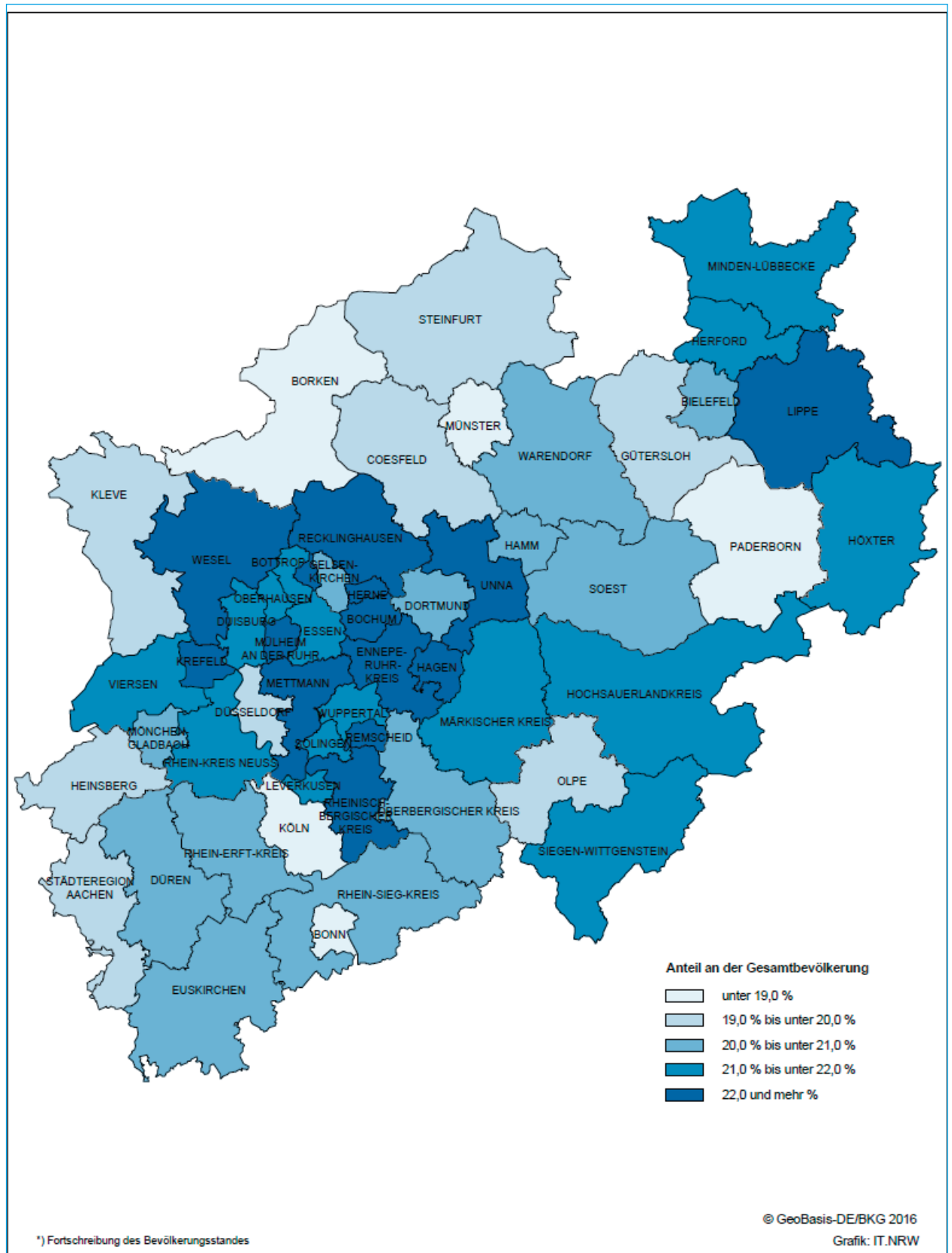
Regionale Unterschiede

Die nordrhein-westfälischen Kreise und kreisfreien Städte weisen höchst unterschiedliche Bevölkerungsstrukturen auf. Dies betrifft insbesondere den Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2014 betrug der Bevölkerungsanteil 65-Jähriger und älterer Menschen im Landesdurchschnitt gut ein Fünftel (20,7 %).

Regional reichte die Spanne von einem Anteil in Höhe von 17,0 % in der kreisfreien Stadt Münster bis zu 24,0 % in der kreisfreien Stadt Mülheim an der Ruhr.

114 Als erwerbsfähiges Alter gilt hier das Alter von 20 bis unter 65 Jahren. Als Obergrenze wird somit die (alte) Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gesetzt. Zur Definition und alternativen Altersabgrenzungen siehe Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (www.bib-demografie.de/cdn_090/nn_1645598/SharedDocs/Glossar-eintraege/DE/A/altenquotient.html; Zugriff am 24.03.2016).

5 Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren an der Gesamtbevölkerung am 31. Dezember 2014^{*)}



Deutlich unter dem Landesdurchschnitt (<19 %) liegt der Bevölkerungsanteil Älterer außer in der Stadt Münster auch im Kreis Paderborn, in Köln, im Kreis Borken, sowie in den Städten Aachen und Bonn.

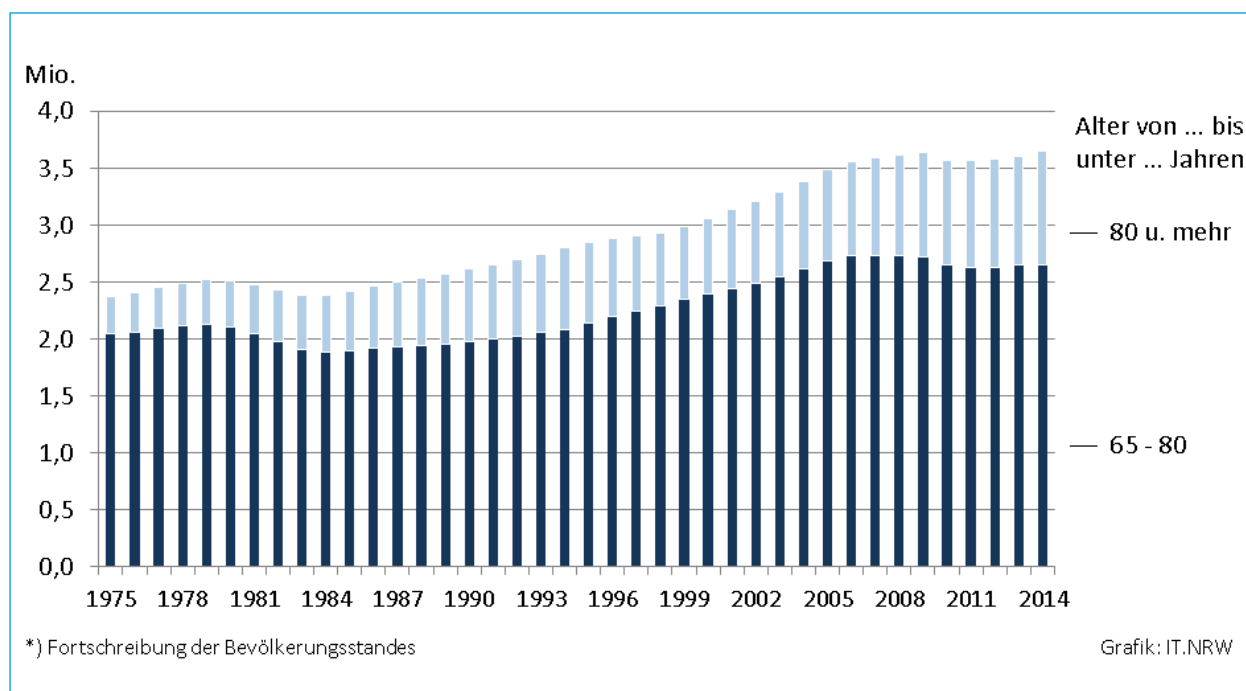
Einen vergleichsweise hohen Bevölkerungsanteil Älterer (>22 %) weisen neben Mülheim an der Ruhr auch der Kreis Mettmann, der Ennepe-Ruhr-Kreis, der Rheinisch-Bergische Kreis, die kreisfreien Städte Hagen und Remscheid sowie der Kreis Wesel und der Kreis Lippe auf.

6.1.2 Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstrukturen

Im Folgenden wird die Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der älteren Bevölkerung betrachtet. Dabei sollen die „jungen Alten“ und die „Hochaltrigen“ separat betrachtet werden. Für die Abgrenzung der Hochaltrigkeit gibt es – im Gegensatz zur eindeutigen Abgrenzung der älteren Bevölkerung über die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung – keine festgelegte Altersgrenze. Aus pragmatischen Gründen wird mit Blick auf die Auswertungsmöglichkeiten in hohen Altersstufen auf Basis der Datenquelle Mikrozensus das Alter 80 als Grenze zur Hochaltrigkeit verwendet. Die ältere Bevölkerung wird demzufolge in diesem Bericht unterteilt in die 65- bis unter 80-Jährigen („junge Alte“) und die 80-Jährigen und Älteren („Hochaltrige“).

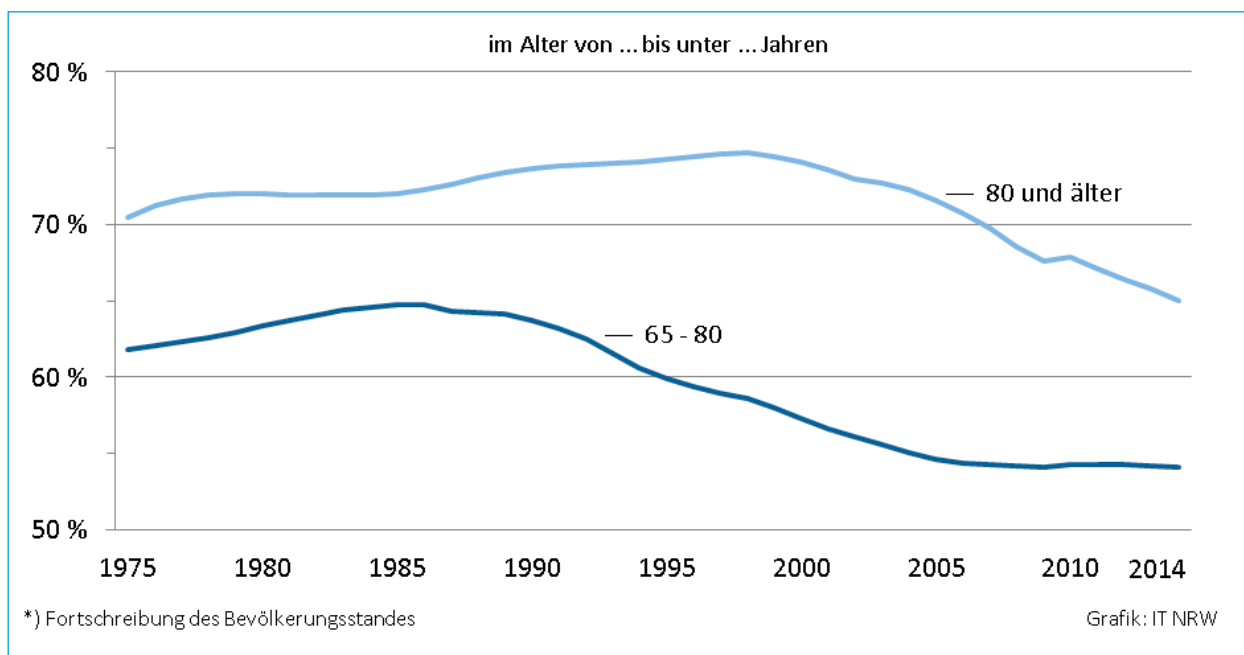
Im Jahr 2014 lag die Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen bei fast 2,7 Millionen. Gegenüber 1975 ist dies ein Anstieg um gut 610.000 Personen bzw. 29,9%. Bis auf eine kurze Phase in der ersten Hälfte der 1980er-Jahre ist die Zahl der jungen Alten damit seit 1975 nahezu kontinuierlich gestiegen. Mit gut 1,4 Millionen waren die Frauen dieser Altersgruppe im Jahr 2014 gegenüber den Männern mit gut 1,2 Millionen in der Mehrheit. Dies entsprach einem Frauenanteil von 54,1%. 1975 lag der Frauenanteil mit 61,8% noch deutlich höher, war in den Folgejahren weiter angestiegen und hatte Mitte der 1980er-Jahre mit 64,7% einen vorläufigen Höchstwert erreicht. Seitdem hat sich das zahlenmäßige Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern verringert. Die höheren Frauenanteile in der Vergangenheit waren dadurch begründet, dass die Männerjahrgänge in der Altersgruppe „65 bis unter 80 Jahre“ infolge des Zweiten Weltkrieges dünn besetzt waren.

6 Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren 1975 bis 2014 nach Altersgruppen¹⁾



Die Zahl der 80-Jährigen und Älteren hat sich im Zeitraum 1975 bis 2014 noch deutlicher erhöht als die der 65- bis unter 80-Jährigen: Ausgehend von gut 326.000 Hochaltrigen im Jahr 1975 hat sich deren Zahl verdreifacht auf gut 997.000 im Jahr 2014. Die deutliche Zunahme der Zahl der Hochaltrigen ist zum einen auf die steigende Lebenserwartung Älterer zurückzuführen. Zum anderen erreichen nun vermehrt Jahrgänge ein höheres Lebensalter, die nicht durch den Zweiten Weltkrieg dezimiert wurden. Dies gilt in besonderem Maße für die Männer.

7 Frauenanteil in der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren 1975 bis 2014 nach Altersgruppen*)

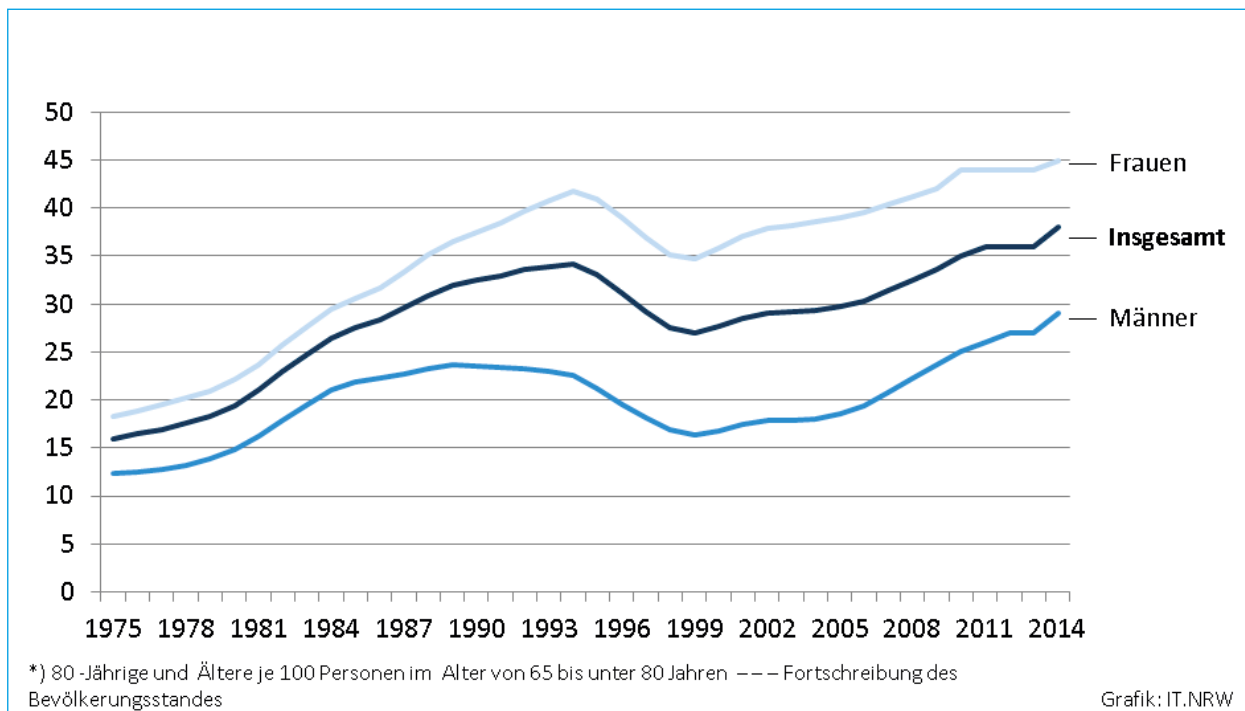


2014 waren unter den 80-Jährigen und Älteren knapp 649.000 Frauen und gut 349.000 Männer. Knapp zwei Drittel (65,0%) der Hochaltrigen waren demnach weiblich. 1975 lag der Frauenanteil unter den Hochaltrigen mit 70,4% höher. Bis in die späten 1990er-Jahre ist der Frauenanteil gestiegen und erreichte 1998 einen bisherigen Höchstwert, hier waren gut drei Viertel (74,7%) der Hochaltrigen Frauen. Ursache für dieses starke Ungleichgewicht waren in erster Linie die – infolge des Zweiten Weltkrieges – dünn besetzten Männerjahrgänge der vor 1930 geborenen.

Anhand des Indikators Greying-Index können Veränderungen in der Alterszusammensetzung der Älteren nachvollzogen werden sowie Unterschiede zwischen den Geschlechtern verdeutlicht werden. Der Greying-Index setzt die Zahl der 80-Jährigen und Älteren ins Verhältnis zur Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen.

Im Jahr 2014 kamen auf 100 Frauen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren insgesamt 45 hochaltrige Frauen, im Jahr 1975 betrug der Wert erst 18. Bei den Männern ist der entsprechende Wert von 12 im Jahr 1975 auf 29 in 2014 weniger stark angestiegen.

8 Greying-Index*) der Bevölkerung 1975 bis 2014 nach Geschlecht



Der Greying-Index“ ist jedoch nicht kontinuierlich seit 1975 angestiegen: Für beide Geschlechter ist ab Mitte der 1990er ein sinkender Greying-Index abzulesen. Dies ist auf geburtenschwache Jahrgänge während des Ersten Weltkrieges zurückzuführen, die Mitte der 1990er-Jahre die Altersgrenze von 80 Jahren erreicht hätten. Ab der Jahrtausendwende ist hingegen wieder ein kontinuierlicher Anstieg des Greying-Index festzustellen.

Über den gesamten Zeitraum 1975 bis 2014 liegt der Greying-Index für die Frauen höher. Der Abstand zwischen den Geschlechtern hatte sich bis Mitte der 1990er-Jahre kontinuierlich vergrößert und blieb über etwa zehn Jahre nahezu stabil. Dies liegt zum einen an der generell höheren Lebenserwartung der Frauen, so dass die höchsten Altersgruppen der Frauen relativ stärker besetzt sind als bei den Männern. Zum anderen kommt zum Tragen, dass die Gruppe der hochaltrigen Männer ab Mitte der 1980er-Jahre deutlich schwächer besetzt waren als die der gleichaltrigen Frauen. Ursache hierfür sind die Gefallenen des Zweiten Weltkrieges.

Seit knapp zehn Jahren nähern sich der weibliche und der männliche Greying-Index wieder an. Grund ist, dass eine größere Zahl von Männern die Hochaltrigkeit erreicht und somit der Greying-Index in der männlichen Bevölkerung schneller ansteigt als in der weiblichen Bevölkerung.

6.1.3 Ausgewählte Aspekte geschlechtsspezifischer Unterschiede im Alter

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Resultate zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Alter zusammengefasst, die in den jeweiligen Kapiteln ausführlich dargestellt werden.

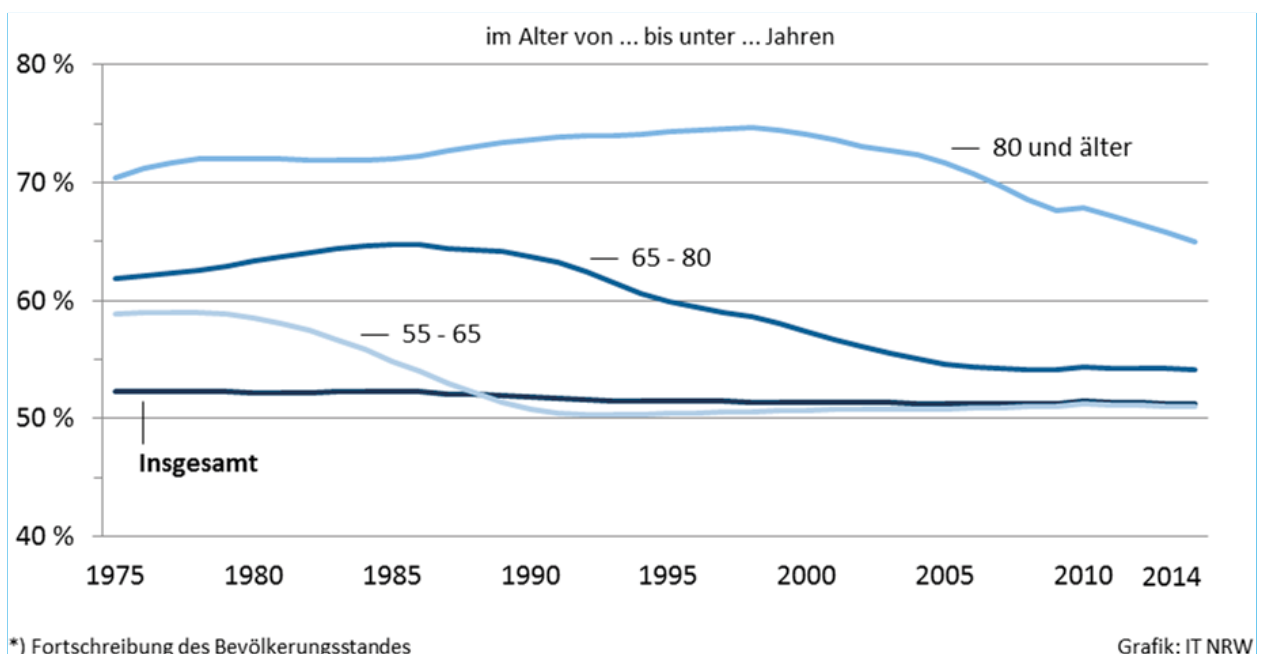
Lebenserwartung

Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer. Bei Geburt liegt die Lebenserwartung der Frauen bei 82,6 Jahren im Vergleich zu 77,8 Jahren der Männer (Ster-

betafel 2012/2014). Frauen werden somit im Durchschnitt nahezu fünf Jahre älter als Männer. Im Vergleich zum Anfang der 1970er-Jahre ist die Lebenserwartung der Frauen jedoch weniger stark gestiegen (+9,1 Jahre) als die der Männer (+10,9 Jahre), so dass sich hier im Zeitverlauf eine leichte Annäherung der Lebenserwartung von Frauen und Männern ergibt.

Durch die längere Lebenserwartung sind Frauen in den oberen Altersgruppen stärker vertreten als Männer. Knapp zwei Drittel (65,0%) der 80-Jährigen und Älteren sind Frauen. 1975 lag der Frauenanteil bei 70,4%, danach ist er bis 1998 angestiegen auf 74,7%. Seither ist er wieder rückläufig. Der Rückgang des Frauenanteils ist nicht nur auf die stärker steigende Lebenserwartung von Männern im Vergleich zu Frauen zurückzuführen, sondern resultiert auch daraus, dass nun wieder stärker besetzte männliche Alterskohorten diese Altersgruppe erreichen als dies zuvor bei den kriegsbedingt dünn besetzten Alterskohorten der Fall war. Bei den 65- bis unter 80-Jährigen liegt der Frauenanteil aktuell bei 54,1%. Auch für diese Altersgruppe gilt, dass der Frauenanteil aus den oben genannten Gründen in früheren Jahren höher lag. Im Jahr 1986 lag er noch bei 64,7% und ging danach dann kontinuierlich zurück.

9 Frauenanteil der Bevölkerung 1975 bis 2014 nach Altersgruppen^{*)}

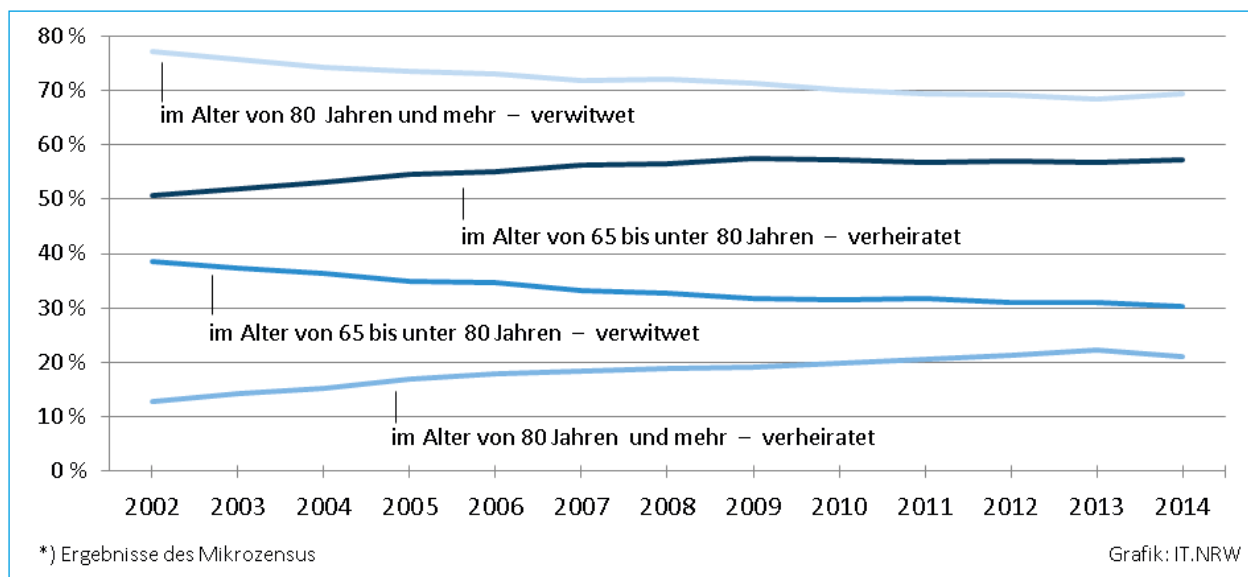


Lebensform

Aufgrund der längeren Lebenserwartung leben ältere Frauen deutlich seltener in einer ehelichen Lebensgemeinschaft als Männer. 19,8 % der 80-Jährigen und älteren Frauen leben in einer ehelichen Lebensgemeinschaft, bei den Männern dieses Alters sind es 63,4%. Im Vergleich zum Jahr 2002 nimmt der Anteil der Frauen in ehelichen Lebensgemeinschaften um 8,4 Prozentpunkte zu. Hierfür sind wiederum die gestiegene Lebenserwartung der Männer und das Nachrücken stärker besetzter Alterskohorten bei den Männern, die nicht mehr so stark durch Krieg und Kriegsfolgen beeinträchtigt wurden, ursächlich. Knapp zwei Drittel (64,2%) der 80-Jährigen und älteren Frauen leben alleine, bei den Männern sind es 28,2%. Frauen dieser Altersgruppe leben häufiger in nichtehelichen Lebensgemeinschaften (16,0%) als Männer (8,4%). Bei der Altersgruppe

65 bis unter 80 Jahre zeigen sich ähnliche Unterschiede, nur weniger stark ausgeprägt. Entsprechend den Unterschieden bei der Lebensform zeigt sich auch beim Familienstand, dass 80-jährige und ältere Frauen wesentlich öfter verwitwet sind (69,4%) als Männer (27,9%). Verheiratet sind 21,0% der Frauen und 66,5% der Männer. Auch hier nimmt im Zeitverlauf der Anteil der verheirateten Frauen zu (+8,2 Prozentpunkte) und der der Verwitweten ab (-7,8 Prozentpunkte). Bei den 60- bis unter 80-jährigen zeichnen sich ähnliche Tendenzen ab, die Unterschiede sind jedoch nicht so deutlich.

10 Verheiratete und verwitwete Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren 2002 bis 2014 nach Altersgruppen^{*)}



Bildung

Während bei der Bevölkerung insgesamt im Hinblick auf die allgemeinbildenden Abschlüsse im Jahr 2014 kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen, lassen sich bei der älteren Bevölkerung deutliche Unterschiede erkennen: Von den 65- bis unter 80-Jährigen verfügen 7,6% der Frauen und 13,2% der Männer über die Hochschulreife, bei den 80-Jährigen und Älteren sind es 5,7% der Frauen und 12,4% der Männer. Bei den über 80-Jährigen ist für 77,7% der Frauen und 68,7% der Männer der Hauptschulabschluss der höchste allgemeinbildende Abschluss. Im Vergleich zum Jahr 2002 hat der Hauptschulabschluss sowohl bei Frauen als auch bei Männern sowie in allen Altersgruppen an Bedeutung verloren.

Insbesondere ältere Frauen verfügen deutlich seltener über einen (Fach-)Hochschulabschluss als Männer. Von den 55- bis unter 65-Jährigen haben 12,8% der Frauen und 19,5% der Männer einen (Fach-)Hochschulabschluss. Von den 80-jährigen und älteren Frauen verfügen lediglich 3,3% im Vergleich zu 13,4% der Männer über einen (Fach-)Hochschulabschluss. Frauen sind deutlich häufiger ohne Berufsausbildung als Männer, dies gilt in besonderem Maße für Frauen im Rentenalter. Von den 80-Jährigen und älteren Frauen haben 57,8% keine berufliche Ausbildung abgeschlossen, bei den 65- bis unter 80-Jährigen sind es 35,9%. Bei Männern zeigen sich keine größeren Unterschiede nach dem Alter. Selbst bei den über 80-Jährigen liegt der Anteil derer ohne Berufsausbildung mit 18,1% nicht wesentlich höher als in anderen Altersgruppen.

Erwerbstätigkeit

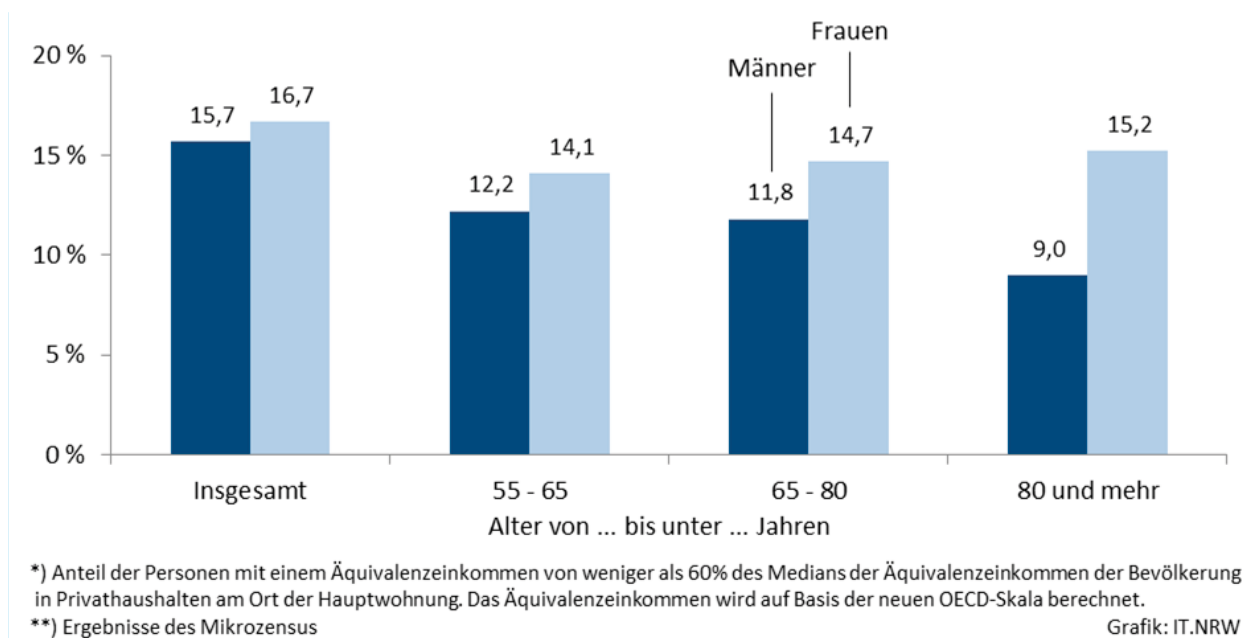
Von den 55- bis unter 65-jährigen Frauen waren mehr als die Hälfte (55,5%) erwerbstätig, von den Männern waren es 70,4%. Im Vergleich zum Jahr 2002 ist die Erwerbstätigenquote jeweils erheblich gestiegen. Dabei fiel der Anstieg bei den Frauen stärker aus (+28,2 Prozentpunkte) als bei den Männern (+24,2 Prozentpunkte). Bei den 65- bis unter 75-Jährigen sind Frauen mit einem Anteil von 6,1% seltener erwerbstätig als Männer mit 10,3%.

Armut

Es wird allgemein davon ausgegangen, dass Frauen, die nur wenige Jahre erwerbstätig waren, als Verwitwete ein erhöhtes Armutsrisiko¹¹⁵ aufweisen.¹¹⁶ Noch ist Altersarmut in Nordrhein-Westfalen kein großes Thema¹¹⁷, da die Armutsrisikoquote der Älteren niedriger ist, als die der Bevölkerung insgesamt. 2014 zählten 13,3% der älteren Menschen zu den Armutsgefährdeten, während es in der Gesamtbevölkerung 16,2% waren. Auffällig ist jedoch, dass Frauen in allen Altersgruppen häufiger von Armut betroffen sind als Männer.

Unter den Älteren sind die Unterschiede bei den Hochaltrigen am größten. Bei den 80-Jährigen und Älteren besteht bei 15,2% der Frauen gegenüber 9,0% der Männer ein Armutsrisiko. Ursache hierfür sind Erwerbsunterbrechungen in der Familienphase wodurch Frauen häufiger geringere Rentenansprüche haben. Außerdem leben Frauen im Alter zudem häufiger alleine.

11 Armutsrisikoquoten^{*)} 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht^{**)}



115 zur Definition der Armutsrisikoquote siehe Glossar

116 Vgl. Engstler, H./Wolf, T./Mötel-Klingebiel, A. (2011): Die Einkommenssituation und –Entwicklung Verwitweter in Deutschland. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 80, 4, S. 77-102.

117 Es kann jedoch angenommen werden, dass für künftige Renteneintrittskohorten aufgrund sich wandelnder Erwerbsbiografien wieder ungünstigere Bedingungen im Hinblick auf die Rentenanwartschaften bestehen; vgl. Simonson, J. (2013): Erwerbsverläufe im Wandel – Konsequenzen und Risiken für die Alterssicherung der Babyboomer. In: Vogel, C./Mötel-Klingebiel, A. (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer, S. 273-290, Trischler, F. (2012): Auswirkungen diskontinuierlicher Erwerbsbiografien auf die Rentenanwartschaften. In WSI-Mitteilungen 4/2012, S. 253-261.

6.2 Zukünftige Bevölkerungsentwicklung landesweit und regional

Die aktuelle Bevölkerungsvorausberechnung für Nordrhein-Westfalen schreibt auf der Basis von Annahmen über die zukünftige Geburtenentwicklung, Sterblichkeit sowie Wanderungen die Bevölkerungszahl und -struktur bis zum Jahr 2060 auf Landesebene sowie bis zum Jahr 2040 für die kreisfreien Städte und Kreise fort. Basis der Bevölkerungsfortschreibung ist die Bevölkerung zum Stichtag 1. Januar 2014.¹¹⁸

Kernergebnis der 2015 vorgelegten Bevölkerungsvorausberechnung ist, dass die derzeitigen und auch für die kommenden Jahre angenommenen Wanderungsgewinne den Bevölkerungsschrumpfungprozess zunächst abbremsen. Mittelfristig geht jedoch auch die aktuelle Bevölkerungsvorausberechnung von abnehmenden Wanderungsgewinnen und damit von einem (Wieder-)Einsetzen des Trends zur Bevölkerungsschrumpfung aus.

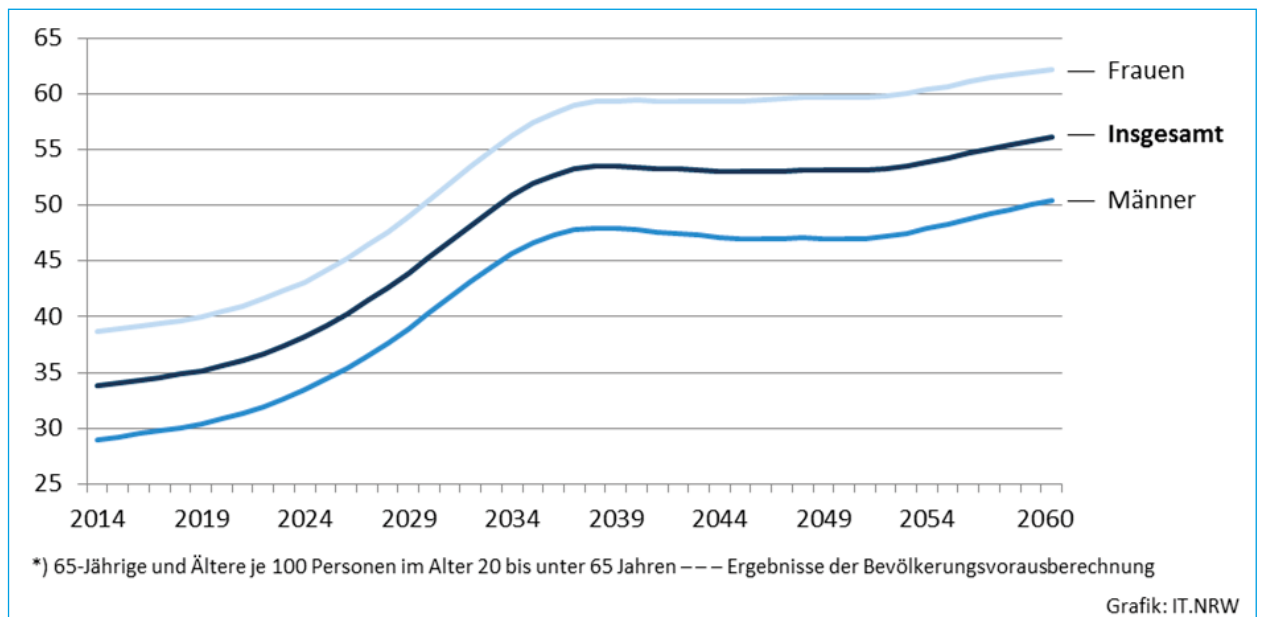
Ausgehend von 17,6 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern zum 1. Januar 2014 wird nach den Ergebnissen der Vorausberechnung die Bevölkerung Nordrhein-Westfalens bis zum Jahr 2025 zunächst um 165 500 Personen auf gut 17,7 Millionen anwachsen. Ab dem Jahr 2026 jedoch wird mit dem Einsetzen eines Bevölkerungsrückgangs gerechnet, der bis zum Ende des Prognosezeitraums 2060 anhalten wird. Für 2040 wird eine Einwohnerzahl von 17,5 Millionen und für das Jahr 2060 von 16,5 Millionen prognostiziert.

Für die Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren ist in den kommenden Jahrzehnten mit einer kontinuierlichen Zunahme zu rechnen. Ausgehend von gut 3,6 Millionen zum 1. Januar 2014 wird die Zahl der Älteren kontinuierlich steigen und im Jahr 2038 mit 5,1 Millionen einen bisherigen Höhepunkt erreichen. In den Folgejahren zeichnet sich hingegen ein allmähliches Schrumpfen bis auf rund 5,0 Millionen im Jahr 2060 ab. Diese Entwicklung wird – ebenso wie die Entwicklungen in den jüngeren Altersgruppen – mit dazu beitragen, die Altersstruktur der gesamten Bevölkerung in Richtung der Älteren zu verschieben. Dies verdeutlicht die zukünftige Entwicklung des Altenquotienten. Bis zum Jahr 2040 wird ein Anstieg des Altenquotienten auf einen Wert von 53,4 und bis auf 56,1 im Jahr 2060 prognostiziert. Bei alternativer Berechnung des Altenquotienten, mit der rentenrechtlich angestrebten Regelaltersgrenze von 67 Jahren, fallen die Altenquotienten niedriger aus: ausgehend von 29,4 in 2014 werden zukünftig Werte in Höhe von 47,5 (2040) und 48,5 (2060) erwartet.¹¹⁹

118 Vgl. Cicholas, U./Ströker, K. (2015a): Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2014 bis 2040/2060. In: Statistische Analysen und Studien, Band 84, Düsseldorf IT.NRW: Die Bevölkerungsvorausberechnung berücksichtigt demzufolge noch nicht die Auswirkungen der im Jahr 2015 deutlich angestiegenen Flüchtlingszahlen. Eine verlässliche Vorausberechnung auf Basis dieser neuen Sachlage ist derzeit noch nicht möglich. Zum einen bilden sich die Flüchtlingszahlen noch nicht verlässlich in der Wanderungs- und Bevölkerungsstatistik ab, zum anderen können keine Aussagen über den längerfristigen Verbleib der Flüchtlinge in Nordrhein-Westfalen getroffen werden.

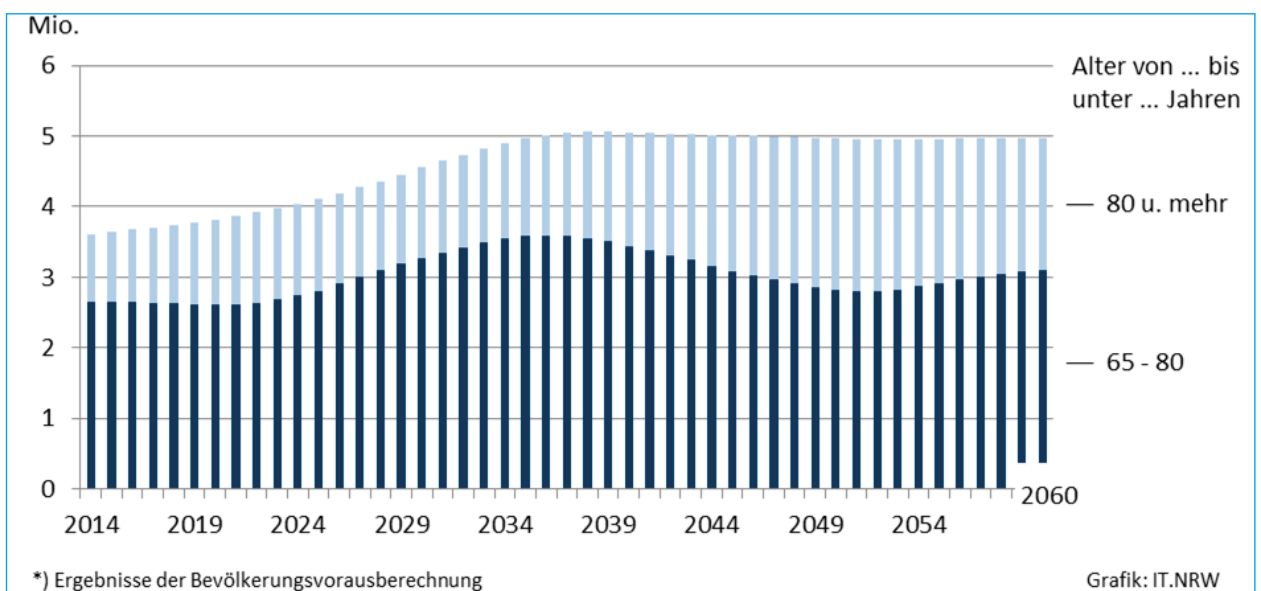
119 Vgl. Cicholas/Ströker (2015a)

12 Altenquotient*) der Bevölkerung 2014 - 2060 nach Geschlecht



Werden die Älteren nach den bereits oben definierten Altersgruppen – 65 bis unter 80 Jahre sowie 80 Jahre und älter – differenziert, zeichnen sich zukünftig unterschiedliche Entwicklungen ab: Die Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen wird in den folgenden etwa 25 Jahren im Trend noch weiter zunehmen. Ausgehend von gut 2,6 Millionen im Jahr 2014 wird die Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen nach den Ergebnissen der Bevölkerungsvorausberechnung auf rund 3,6 Millionen im Jahr 2036 ansteigen. Nach Erreichen dieses Scheitelpunktes wird ein Rückgang der Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen erwartet, bevor ab der Mitte dieses Jahrhunderts wieder eine Zunahme erfolgen wird. Für das Jahr 2060 wird die Zahl von knapp 3,1 Millionen 65- bis unter 80-Jährigen prognostiziert.

13 Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren 2014 bis 2060 nach Altersgruppen*)

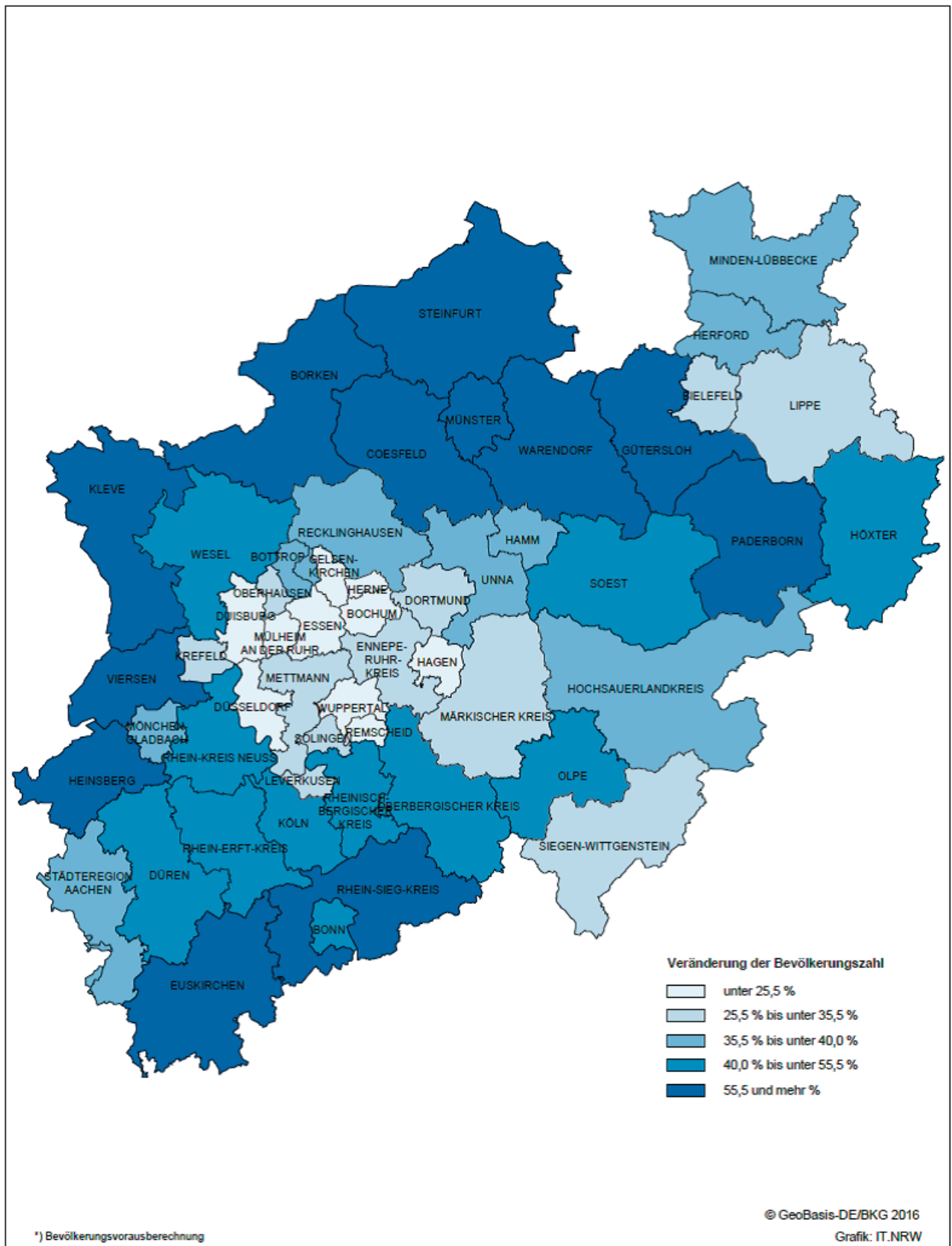


Dagegen zeichnet sich für die Bevölkerung der 80-Jährigen und Älteren in den kommenden Jahrzehnten eine nahezu stetige Zunahme ab: Ausgehend von gut 959.000 im Jahr 2014 wird die Zahl der Hochaltrigen im Jahr 2051 mit knapp 2,2 Millionen einen bisherigen Höchstwert erreichen. Bis zum Jahr 2060 sinkt die Zahl der Hochaltrigen der Vorausberechnung zufolge wieder auf knapp 1,9 Millionen. Relativ betrachtet wird die Zahl der männlichen Hochaltrigen in den kommenden Jahrzehnten stärker zunehmen als die der weiblichen Hochaltrigen. Nach den Vorausberechnungen wird sich die Zahl der Männer im Alter von 80 und mehr Jahren von gut 328.000 in 2014 fast verdreifachen auf rund 922.000 im Jahr 2051. Anschließend wird ein Rückgang auf etwa 790.000 im Jahr 2060 erwartet. Bei den hochaltrigen Frauen wird ausgehend von 631.000 im Jahr 2014 eine Verdopplung der Zahl bis zum Jahr 2051 prognostiziert (1,23 Millionen). In den Folgejahren wird auch hier ein Rückgang bis auf 1,08 Millionen hochaltrige Frauen im Jahr 2060 erwartet.

Bevölkerungsvorausberechnungen für die Regionen bis 2040 lassen erwarten, dass sich die Zahl der älteren Menschen in den Kreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich entwickeln wird. Regionen mit einer starken relativen Zunahme der älteren Bevölkerung stehen solchen mit einem moderaten Anstieg der Zahl Älterer entgegen. Im Landesdurchschnitt wird sich die Zahl der 65-Jährigen und Älteren ausgehend vom Jahr 2014 bis 2040 um zwei Fünftel (40,1 %) erhöhen. Regional reicht die Spanne der Zunahme der älteren Bevölkerung 2040 gegenüber 2014 von 17,2 % in der kreisfreien Stadt Hagen bis zu 74,7 % im Kreis Coesfeld.

Zu den Regionen mit einer deutlich überdurchschnittlichen Bevölkerungszunahme Älterer (>55,5 %) zählen das gesamte Münsterland (Kreis Coesfeld, Kreis Borken, Kreis Steinfurt, Kreis Warendorf und die kreisfreie Stadt Münster), zudem der Kreis Paderborn, der Kreis Gütersloh, Kreis Kleve, Kreis Euskirchen, Kreis Heinsberg, der Rhein-Sieg-Kreis und der Kreis Viersen.

14 Relative Zunahme der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren in NRW 2040 gegenüber 2014



Einen im Landesvergleich unterdurchschnittlichen Anstieg der Zahl Älterer (<25,5 %) zu erwarten haben die kreisfreie Stadt Hagen, die meisten Städte des Ruhrgebiets, Remscheid, Wuppertal und Düsseldorf.

6.3 Lebenserwartung

In Deutschland – wie in den meisten industrialisierten Ländern – kann ein langfristiger Trend steigender Lebenserwartung beobachtet werden. Als maßgebliche Gründe für diese positive Entwicklung können genannt werden: Fortschritte in der medizinischen Versorgung, der Hygiene, der Ernährung und der Wohnsituation sowie die verbesserten Arbeitsbedingungen und der gestiegene materielle Wohlstand.

Diese Fortschritte haben insgesamt dazu geführt, dass Infektionskrankheiten, die noch Anfang des 20. Jahrhunderts eine wesentliche Todesursache darstellten und zu denen auch die damals weit verbreitete Tuberkulose gehörte, an Bedeutung verloren haben. Heute zählen bösartige Neubildungen (Tumore) und Krankheiten des Kreislaufsystems zu den häufigsten Todesursachen, die jedoch erst verstärkt im höheren Alter auftreten.¹²⁰

Der Anstieg der Lebenserwartung war lange Zeit auf eine deutliche Reduzierung der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen. Nach dem Zweiten Weltkrieg hat sich der Anstieg der Lebenserwartung verlangsamt, der anhaltende Anstieg der Lebenserwartung ist nun eher auf Sterblichkeitsrückgänge in höheren Altersstufen zurückzuführen.

6.3.1 Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt

Die folgenden Daten zur Lebenserwartung sind den von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder berechneten Sterbetafeln entnommen.¹²¹

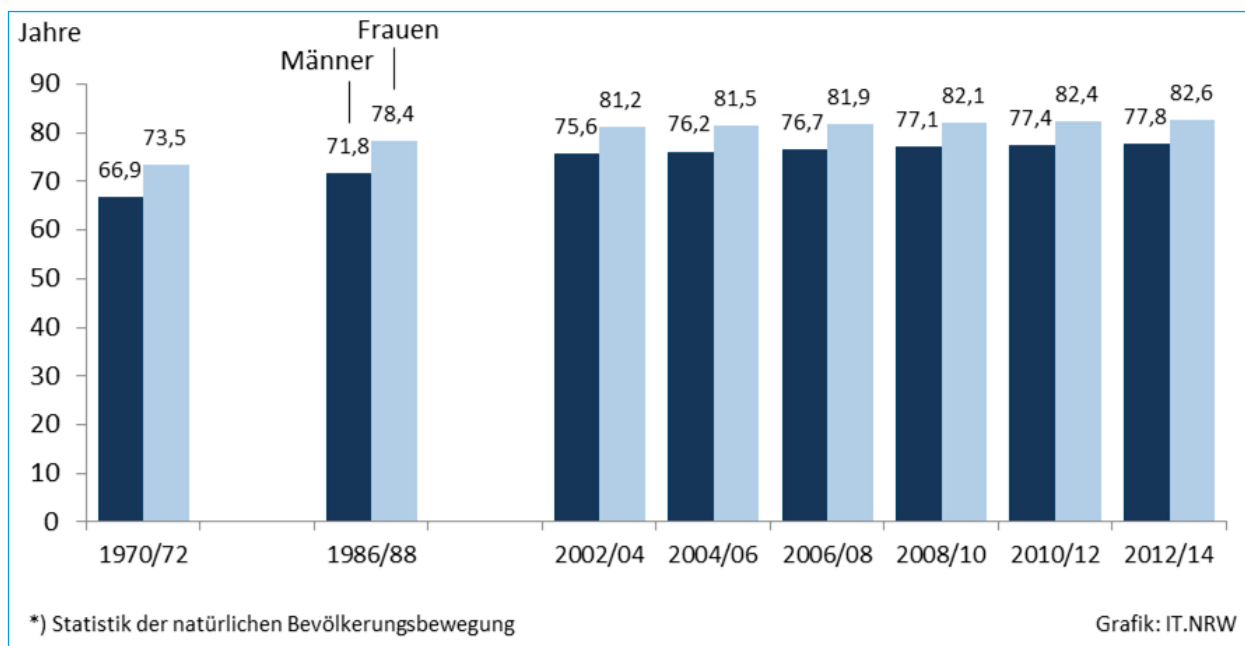
Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens in Nordrhein-Westfalen bei 73,5 Jahren, neugeborene Jungen hatten im Durchschnitt eine Lebenserwartung von 66,9 Jahren. Bis zur aktuellen Sterbetafel 2012/14 kann für beide Geschlechter ein Anstieg der Lebenserwartung abgelesen werden: Für neugeborene Mädchen um +9,1 auf 82,6 Jahre und für neugeborene Jungen um +10,9 auf 77,8 Jahre.

Der Abstand zwischen den Geschlechtern in der Lebenserwartung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verringert: Nach den Sterbetafeln 1970/72 und 1986/88 lag die Lebenserwartung neugeborener Mädchen um 6,6 Jahre höher als diejenige der Jungen. Nach der jüngsten allgemeinen Sterbetafel 2012/14 beläuft sich der Unterschied auf 4,8 Jahre zugunsten der neugeborenen Mädchen.

¹²⁰ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2013): S. 35-36

¹²¹ Sogenannte allgemeine Sterbetafeln werden jeweils im Anschluss an eine Volkszählung für einen Dreijahreszeitraum erstellt und bis zu der Altersstufe von 100 Jahren veröffentlicht. Als Periodensterbetafel reflektiert die allgemeine Sterbetafel die während eines bestimmten Zeitraums geltenden Sterblichkeitsverhältnisse. Die Lebenserwartung bei Geburt gibt an, wie viele Lebensjahre Neugeborene im Durchschnitt unter den in einem bestimmten Zeitraum geltenden Sterblichkeitsverhältnissen leben würden.

15 Lebenserwartung von Neugeborenen nach den Sterbetafeln 1970/72 bis 2012/14^{*)}



Im Regionalvergleich zeigen sich erhebliche Unterschiede in der Lebenserwartung bei Geburt zwischen den nordrhein-westfälischen Kreisen und kreisfreien Städten.¹²² Der Abstand zwischen den Kreisen bzw. kreisfreien Städten mit der landesweit höchsten Lebenserwartung gegenüber denjenigen mit der niedrigsten lag nach der Sterbetafel 2011/13 in der weiblichen Bevölkerung bei 3,8 Jahren und in der männlichen Bevölkerung mit 4,7 Jahren noch etwas höher. Die höchsten Werte für die Lebenserwartung finden sich für Frauen (84,0 Jahre) wie für Männer (79,7 Jahre) in Bonn, während die niedrigsten für beide Geschlechter in Gelsenkirchen anzutreffen sind (Frauen: 80,2 Jahre; Männer: 75,0 Jahre). Auch in den meisten anderen Ruhrgebietsstädten liegt die Lebenserwartung unter dem Landesdurchschnitt.

6.3.2 Entwicklung der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

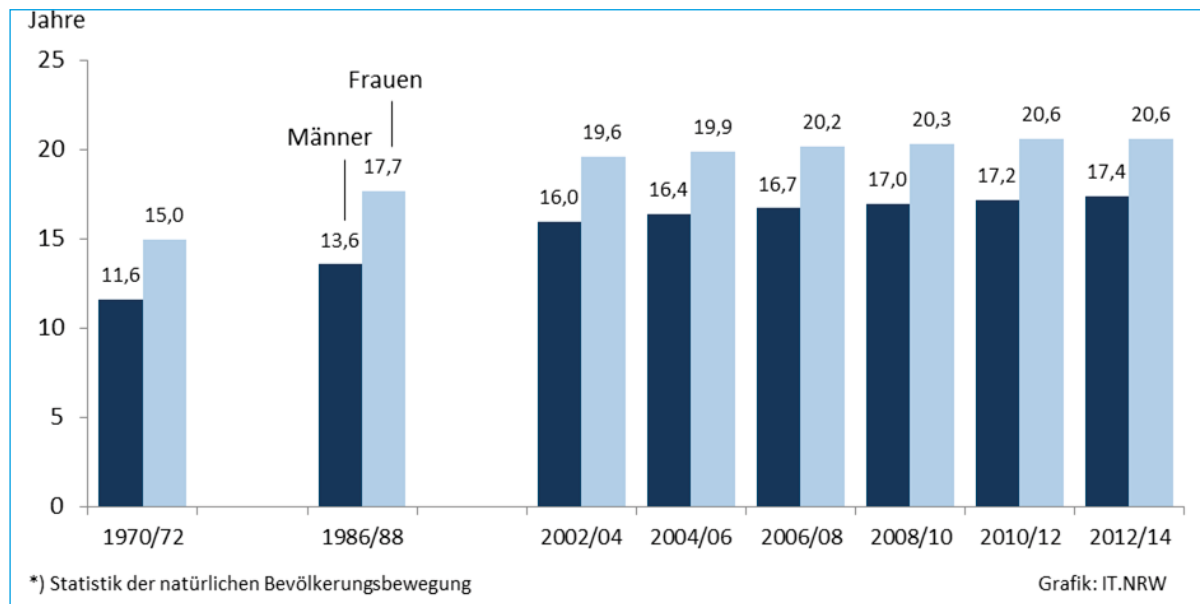
Neben der Lebenserwartung für Neugeborene lässt sich die Lebenserwartung auch für Personen höherer Altersstufen berechnen. Diese sogenannte fernere Lebenserwartung gibt an, wie viele Lebensjahre eine Person bestimmten Alters durchschnittlich noch durchleben wird. Im Folgenden wird die Entwicklung der Lebenserwartung für die Personen im Alter von 65 Jahren berichtet. Wie für die Neugeborenen zeichnet sich auch für die 65-Jährigen aus NRW über die vergangenen Jahrzehnte ein kontinuierlicher Anstieg der durchschnittliche (ferneren) Lebenserwartung ab.¹²³

¹²² Vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Indikatoren Länder-Gesundheitsberichterstattung, Indikator 3.10 (www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheitsberichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laender/themen3_1/index.html, Zugriff am 24.03.2016)

¹²³ Die Summe aus den bereits erreichten Lebensjahren und den auf Basis der Sterbetafel zu erwartenden durchschnittlichen weiteren Lebensjahren fällt höher aus als die errechnete Lebenserwartung für Neugeborene. Dies ist darauf zurückzuführen, dass 65-Jährige bereits Sterberisiken – insbesondere Säuglingssterblichkeit, Verkehrsunfälle bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, verhaltensbedingte und natürliche Todesursachen im mittleren Alter – überlebt haben.

Nach der aktuellen allgemeinen Sterbetafel 2012/14 haben 65-jährige Frauen im Durchschnitt noch weitere 20,6 Lebensjahre zu erwarten und gleichaltrige Männer 17,4 Jahre. Im Vergleich mit den Ergebnissen der Sterbetafel 1970/72 für die seinerzeit 65-Jährigen ist die Lebenserwartung der 65-Jährigen nach der aktuellen Sterbetafel für Frauen um 5,6 Jahre und für Männer um 5,8 Jahre gestiegen.

16 Fernere Lebenserwartung der 65-Jährigen nach den Sterbetafeln 1970/72 - 2012/14*)



Auch bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die jedoch geringer ausfallen als bei der Lebenserwartung der Neugeborenen.

Nach der Sterbetafel 2012/14 lag die Lebenserwartung der 65-jährigen Frauen um 3,2 Jahre höher als diejenige der gleichaltrigen Männer. In der Sterbetafel 1970/72 war die Differenz in der Lebenserwartung mit 3,4 Jahren zugunsten der Frauen auf dem gleichen Niveau. In der Sterbetafel 1986/88 lag der Vorsprung der Frauen dagegen noch höher bei 4,1 Jahren, in den Folgejahren hat sich der Abstand jedoch wieder kontinuierlich verkürzt.

6.3.3 Exkurs: Zukünftige Entwicklung der Lebenserwartung

Die aktuelle Bevölkerungsvorausberechnung für das Land Nordrhein-Westfalen, die ausgehend vom Jahr 2014 bis 2060 die Bevölkerungszahl und -struktur berechnet, geht in ihren Annahmen in den kommenden Jahrzehnten von einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung aus. Jedoch wird im Vergleich zu früheren Jahrzehnten ein geringerer Anstieg der Lebenserwartung erwartet, da Fortschritte wie in der medizinischen Versorgung, die in der Vergangenheit deutliche Zugewinne an Lebensjahren brachten, zukünftig geringere positive Effekte auf die Lebenserwartung entfalten werden.¹²⁴

Die Bevölkerungsvorausberechnung unterstellt einen Anstieg der Lebenserwartung bis 2040 für weibliche Neugeborene auf 85,3 Jahre und für männliche Neugeborene auf 81,5 Jahre. Für das Jahr 2060 wird für weibliche Neugeborene eine Lebenserwartung von 87,3 Jahren und für männliche Neugeborene von 83,5 Jahren angenommen. Diese Entwicklung der Lebenserwartung impliziert auch eine Annäherung der Lebenserwartung zwischen männlichen und weiblichen Neugeborenen, d. h. der Vorsprung der Lebenserwartung der Frauen wird sich von derzeit knapp fünf Jahren auf knapp vier Jahre im Jahr 2060 reduzieren.

Vergleiche der Lebenserwartung in Deutschland mit solchen Ländern, die eine höhere Lebenserwartung aufweisen, können Hinweise geben auf das Potenzial des weiteren Anstiegs der Lebenserwartung. Im europäischen Vergleich liegt die Lebenserwartung der französischen Frauen mit am höchsten (2011: +3,0 Jahre gegenüber Deutschland), bei den Männern liegt Schweden mit an der Spitze (2011: +2,2 Jahre).¹²⁵

Eine Annäherung an diese höhere Lebenserwartung wäre denkbar, wenn eine Reduktion der Sterblichkeit in ausgewählten Todesursachen gelingen könnte. Bei den Frauen sind hier in erster Linie Herz-Kreislauf-Krankheiten, bei den Männern sind neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch Lungen- und Bronchialkrebs sowie Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungssysteme zu nennen.¹²⁶

6.4 Entwicklung der Haushalte

Zur Entwicklung der Haushalte wird der Zeitraum 2002 bis 2014 betrachtet. In rund zwei Millionen Haushalten leben Personen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren. In weiteren 776.000 Haushalten leben Personen im Alter von 80 und mehr Jahren. Im Jahr 2002 lag die Zahl dieser Haushalte erst bei 583.000.

6.4.1 Haushaltsgröße

In der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen leben 37,9% alleine und somit sogar ein etwas kleinerer Teil als bei der Bevölkerung insgesamt (39,3%). Hochaltrige leben häufiger alleine: 59,6% der Haushalte, in denen 80-Jährige und Ältere leben, sind Einpersonenhaushalte. In der zeitlichen Entwicklung zeigt sich, dass der Anteil der Einpersonenhaushalte bei der Bevölkerung insgesamt gestiegen ist, bei den beiden höheren Altersgruppen hingegen rückläufig war. Bezogen auf über 80-Jährige verringerte sich der Anteil der Einpersonenhaushalte von 65,4% im Jahr 2002 auf 59,6% im Jahr 2014. Ältere wohnen seltener in Haushalten mit drei und mehr Personen als dies bei der Bevölkerung insgesamt der Fall ist. 5,1% der Haushalte, in denen 80-Jährige und ältere leben, sind Haushalte mit drei und mehr Personen. In der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen sind es 6,2% und bezogen auf alle Haushalte 25,5%. Bei den 65- bis unter 80-Jährigen – wie auch insgesamt – ist der Anteil der Haushalte mit drei und mehr Personen zwischen 2002 und 2014 rückläufig. Bei den über 80-Jährigen ist deren Anteil seit längerer Zeit stabil um die 5%.

125 Eurostat 2013

126 Doblhammer, G./Kreft, D./Dethloff, A. (2012): Gewonnene Lebensjahre. Langfristige Trends der Sterblichkeit nach Todesursachen in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2012/55, S. 448-458

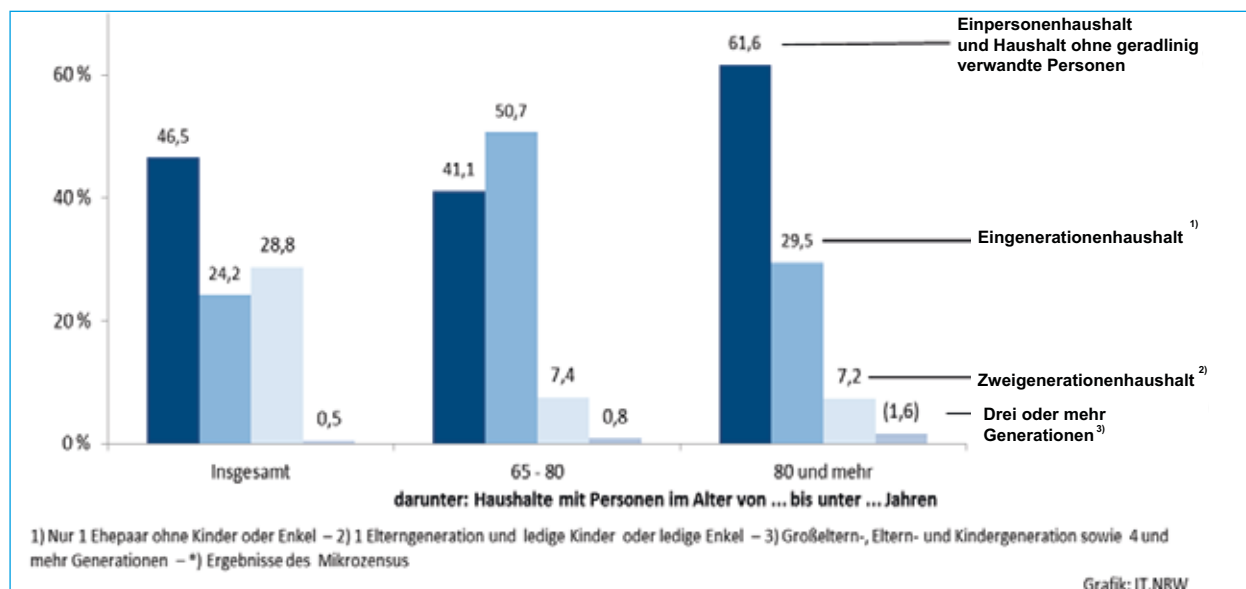
6.4.2 Künftige Entwicklung der Haushalte

Nach der Bevölkerungsvorausberechnung von IT.NRW¹²⁷ wird die Zahl der Haushalte in Nordrhein-Westfalen ausgehend von ca. 8,6 Millionen im Jahr 2014 bis 2040 auf 9,0 Millionen ansteigen. Danach muss für den Zeitraum bis 2060 wieder mit einem Rückgang gerechnet werden. Im Jahr 2060 wird die Zahl der Haushalte voraussichtlich bei 8,6 Millionen liegen. Differenziert nach Haushaltstypen muss mit einem Rückgang der Haushalte mit drei und mehr Personen gerechnet werden. Die Vierpersonenhaushalte verringern sich von 1,1 Millionen im Jahr 2014 auf 919.000 im Jahr 2060, während die Zahl der Haushalte mit drei Personen von 1,1 Millionen auf 892.000 zurückgeht. Für das Jahr 2060 ist zu erwarten, dass die Zahl der Zweipersonenhaushalte leicht höher liegt als im Jahr 2014. Die Zahl der Einpersonenhaushalte wird mit rund 3,6 Millionen hingegen höher sein als im Jahr 2014 (3,4 Millionen).

6.4.3 Haushalte und Generationen

Weder die Älteren noch die Bevölkerung insgesamt lebt in nennenswerter Zahl in einem Drei- oder Mehrgenerationenhaushalt. Von den Haushalten mit 65- bis unter 80-Jährigen sind etwa die Hälfte (50,7 %) Eingenerationenhaushalte, d. h. Ehepaare, und 41,1 % sind Einpersonenhaushalte oder Haushalte ohne geradlinige Verwandte. Zweigenerationenhaushalte haben mit einem Anteil von 7,4 % eine geringere Bedeutung im Vergleich zu den Haushalten insgesamt, die einen Anteil von 28,8 % an Zweigenerationenhaushalten aufweisen.

17 Haushalte 2014 nach Generationenzusammensetzung und Altersgruppen



Von den Haushalten mit über 80-Jährigen sind 61,6% in Einpersonenhaushalten oder in Haushalten ohne Kinder, 29,5 % sind Eingenerationenhaushalte und 7,2 % sind Zweigenerationenhaushalte, d. h. Ehepaare mit Kindern bzw. Enkeln. Im Vergleich der Jahre 2002 und 2014 ist bei den Älteren der Anteil der Eingenerationenhaushalte gestiegen.

Besonders deutlich ist dies bei den über 80-Jährigen. Hier stieg der Anteil der Eingenerationenhaushalte von 21,9 % auf 29,5 %; rückläufig war hingegen der Anteil der Einpersonenhaushalte bzw. Haushalte ohne geradlinige Verwandte, d. h., Kinder.

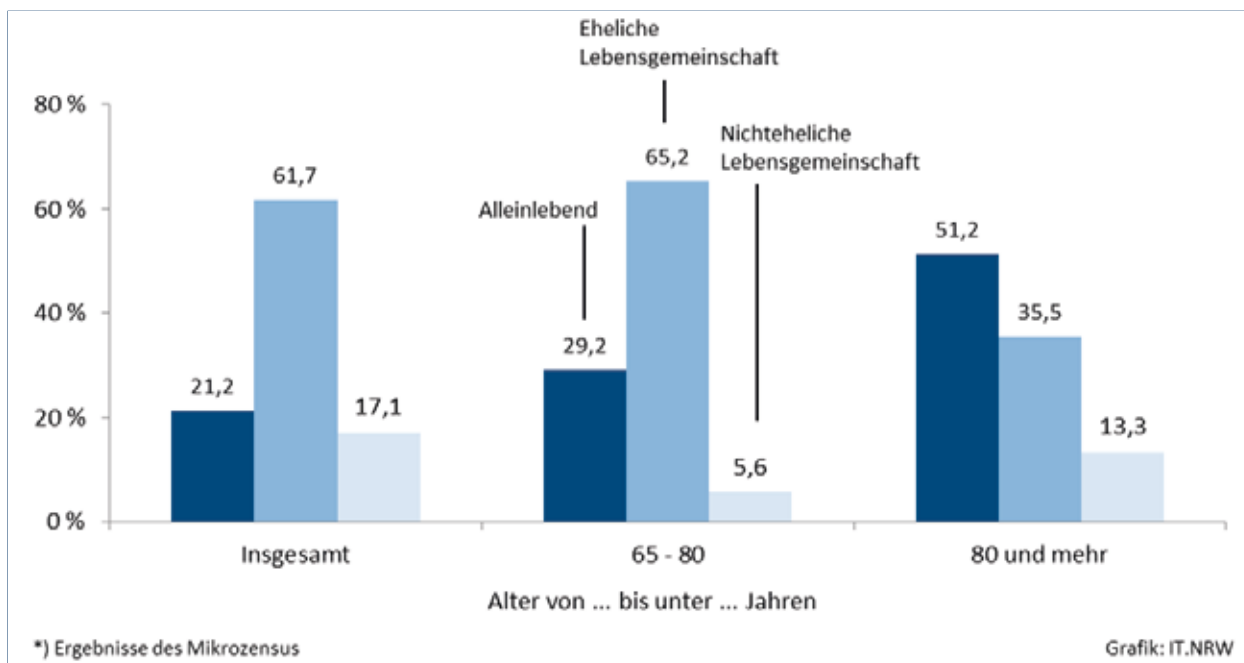
6.4.4 Lebensformen

Mehr als die Hälfte (51,2%) der über 80-Jährigen leben allein. 35,5 % leben in ehelicher und 13,3 % in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.¹²⁸ Im Vergleich zum Jahr 2002 ist der Anteil derer, die in ehelicher Gemeinschaft leben, deutlich gestiegen (+10,2 Prozentpunkte), während der Anteil der Alleinlebenden zurückgegangen ist (-9,5 Prozentpunkte).

Von den 65- bis unter 80-Jährigen leben nahezu zwei Drittel (65,2 %) in ehelicher Lebensgemeinschaft, weitere 5,6 % in nichtehelicher Lebensgemeinschaft und 29,2 % sind alleinlebend. Auch bei dieser Altersgruppe ist der Anteil derer gestiegen, die in ehelicher Lebensgemeinschaft leben, allerdings fiel der Anstieg mit +2,6 Prozentpunkten geringer aus als bei den 80-Jährigen und Älteren.

Bei der Bevölkerung insgesamt spielen nichteheliche Lebensgemeinschaften mit einem Anteil von 17,1 % eine größere Rolle als bei Älteren. Der Anteil der Alleinlebenden ist mit 21,2 % niedriger als bei den Älteren. Im Vergleich zum Jahr 2002 haben nichteheliche Lebensgemeinschaften an Bedeutung gewonnen (+4,1 Prozentpunkte) und eheliche Lebensgemeinschaften verloren (-7,1 Prozentpunkte).

18 Bevölkerung 2014 nach ausgewählten Lebensformen und Altersgruppen^{*)}



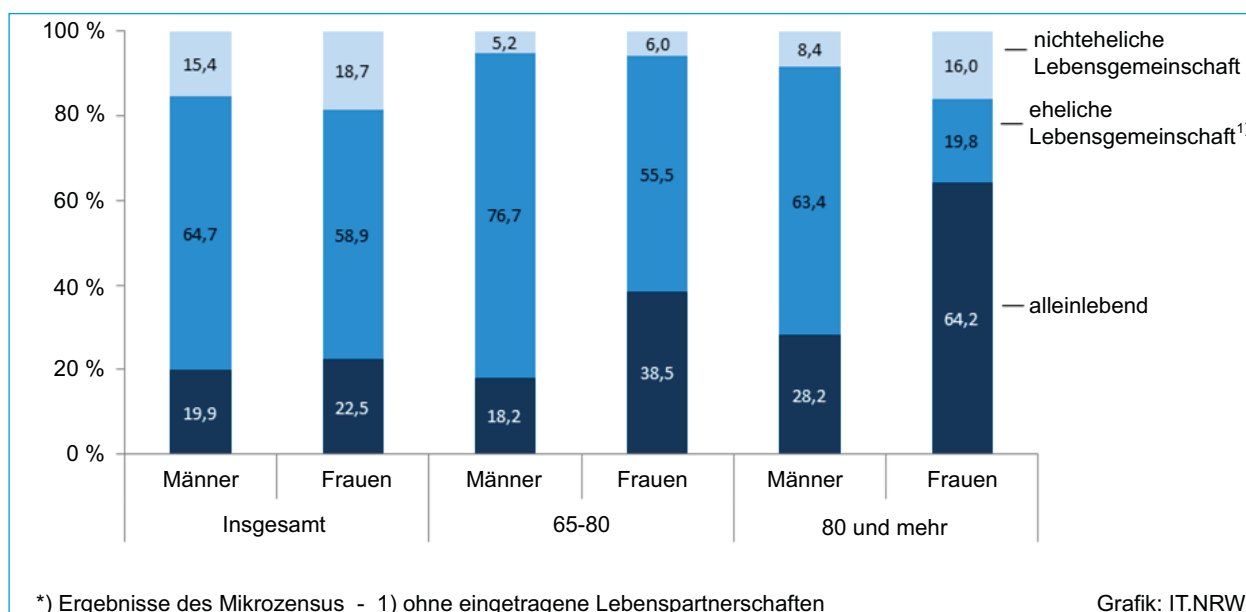
Nach dem Geschlecht zeigen sich insbesondere bei den 80-Jährigen und Älteren deutliche Unterschiede. Bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen leben von

¹²⁸ Aufgrund der geringen Fallzahlen können hier keine gesonderten Aussagen zu gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften gemacht werden.

den 80-Jährigen und Älteren knapp zwei Drittel (64,2 %) alleine, während dies nur bei 28,2 % der Männer der Fall ist. Während 63,4 % der Männer in ehelicher Lebensgemeinschaft leben, sind es 19,8 % der Frauen. In dieser Altersgruppe leben Frauen auch häufiger in nichtehelichen Lebensgemeinschaften (16,0 %) als Männer (8,4 %). Im Vergleich zum Jahr 2002 ist insbesondere bei Frauen der Anteil der Alleinlebenden von 72,2 % auf 64,2 % zurückgegangen und derjenige in ehelicher Lebensgemeinschaft von 11,4 % auf 19,8 % gestiegen.

Auch für die 65- bis unter 80-Jährigen gilt, dass Frauen seltener in einer ehelichen Gemeinschaft leben (55,5 %) als Männer (76,7 %). Entsprechend leben Frauen häufiger alleine (38,5 %) als Männer (18,2 %). Während sich bei den Männern im Zeitvergleich keine größeren Veränderungen zeigen, ist bei den Frauen zwischen 2002 und 2014 der Anteil der Alleinlebenden von 45,0 % auf 38,5 % zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil derer, die in ehelicher Lebensgemeinschaft sind, von 49,4 % auf 55,5 % gestiegen. Im Gegensatz hierzu ist bei den Frauen insgesamt der Anteil derer, die in ehelicher Lebensgemeinschaft sind, von 64,9 % auf 58,9 % zurückgegangen.

19 Bevölkerung 2014 nach ausgewählten Lebensformen, Geschlecht und Altersgruppen^{*)}

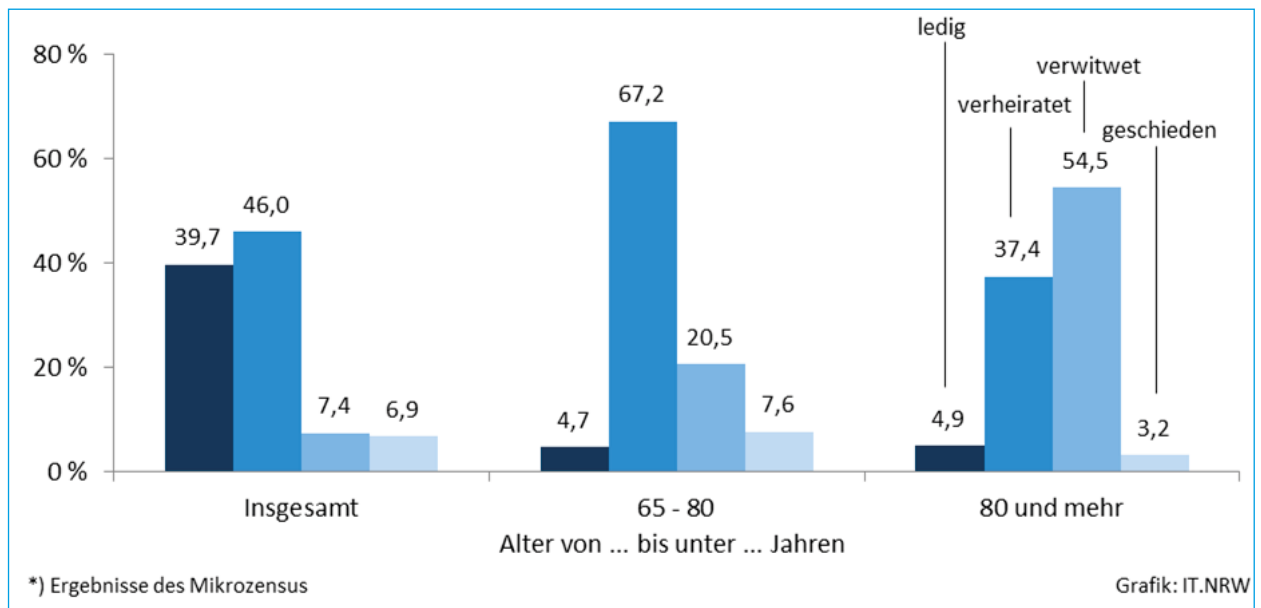


Familienstand

Mehr als die Hälfte (54,5 %) der 80-Jährigen und Älteren ist verwitwet. Weitere 37,4 % sind verheiratet, 3,2 % sind geschieden und 4,9 % sind ledig. Seit dem Jahr 2002 ist der Anteil der Verheirateten um 10,3 Prozentpunkte stark gestiegen. Parallel dazu ging der Anteil der Verwitweten um 10,0 Prozentpunkte zurück.

Von den 65- bis unter 80-Jährigen sind 20,5 % verwitwet und 67,2 % verheiratet. 4,7 % sind ledig und 7,6 % geschieden. Auch bei dieser Altersgruppe ist der Anteil der Verwitweten rückläufig (-5,9 Prozentpunkte), allerdings bei weitem nicht so deutlich, wie bei den 80-Jährigen und Älteren. Der Anteil der Verheirateten (+3,0 Prozentpunkte) ist ebenso gestiegen, wie der Anteil der Geschiedenen (+3,4 Prozentpunkte).

20 Bevölkerung 2014 nach Familienstand und Altersgruppen*)

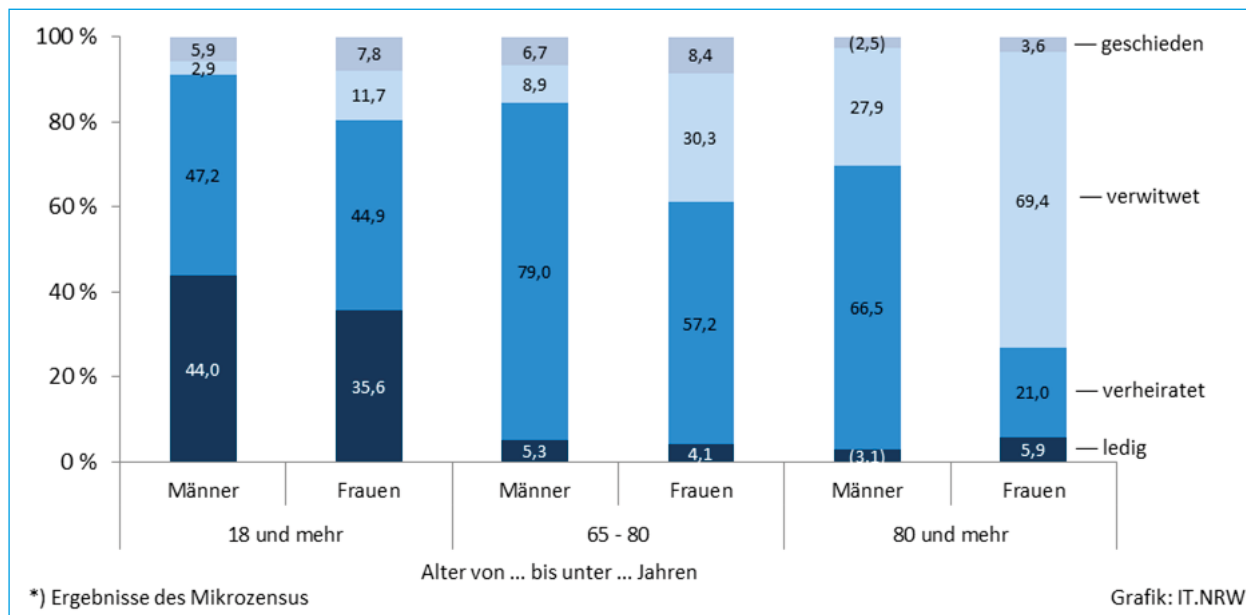


Bei der Bevölkerung insgesamt¹²⁹ ist der Anteil der Ledigen mit 39,7 % deutlich höher als bei den Älteren. Entsprechend ist hier ein kleinerer Teil verheiratet (46,0 %) oder verwitwet (7,4 %). Im Zeitverlauf nimmt der Anteil der Verheirateten ab (-4,0 Prozentpunkte) und der der Ledigen (+2,5 Prozentpunkte) und der Geschiedenen steigt leicht (+2,0 Prozentpunkte).

Zwischen Frauen und Männern bestehen vor allem bei den Älteren erhebliche Unterschiede, dies gilt insbesondere für die 80-Jährigen und Älteren. In dieser Altersgruppe sind 69,4 % der Frauen verwitwet, aber nur 27,9 % der Männer. Während noch zwei Drittel (66,5 %) der Männer verheiratet sind, trifft dies nur auf jede fünfte Frau zu (21,0 %). Zwischen den Jahren 2002 und 2014 ist der Anteil der verwitweten Frauen jedoch deutlich zurückgegangen (-7,8 Prozentpunkte). Der Anteil der Verheirateten ist im gleichen Zeitraum erheblich gestiegen (+8,3 Prozentpunkte).

129 Hier bezogen auf alle Personen ab null Jahren.

21 Bevölkerung 2014 nach Familienstand, Geschlecht und Altersgruppen*)



Auch für die 65- bis unter 80-Jährigen gilt, dass Frauen häufiger verwitwet sind (30,3 %) im Vergleich zu Männern (8,9 %). Während 79,0 % der Männer verheiratet sind, trifft dies lediglich auf 57,2 % der Frauen zu. Bei den Frauen ist der Anteil der Verwitweten zwischen den Jahren 2002 und 2014 zurückgegangen (-8,2 Prozentpunkte), während der Anteil der Verheirateten gestiegen ist (+6,4 Prozentpunkte). Bei den Männern ist der Anteil der Verwitweten leicht zurückgegangen (-2,2 Prozentpunkte) und auch der Anteil der Verheirateten war leicht rückläufig (-2,0 Prozentpunkte).

6.5 Bevölkerung mit Migrationshintergrund¹³⁰

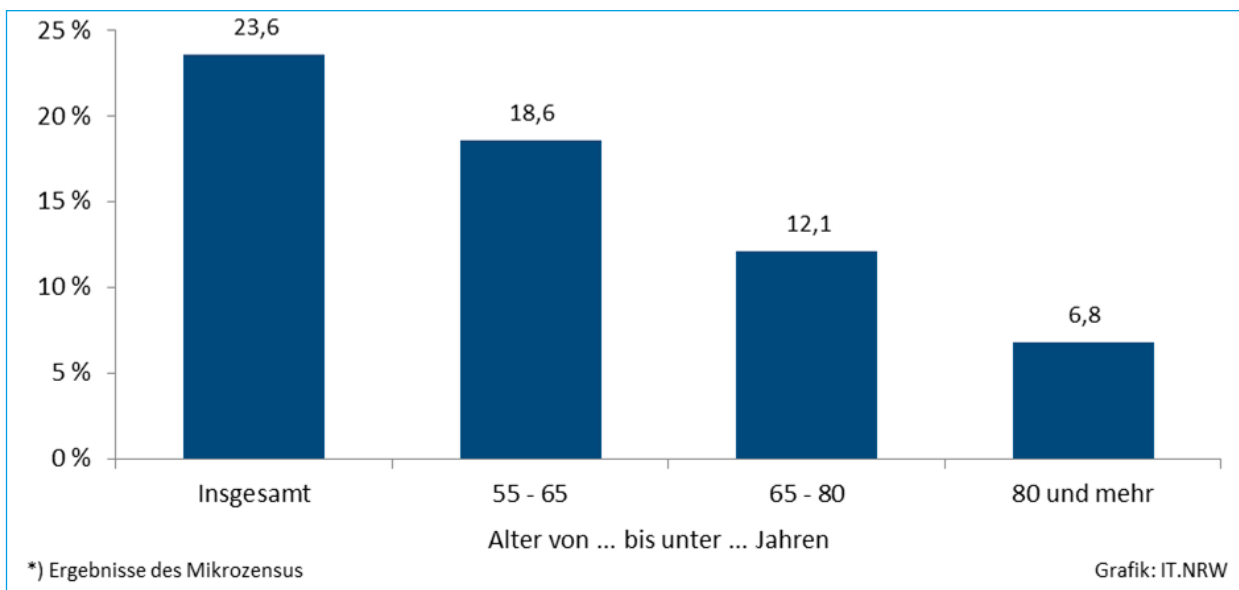
Da der Migrationsstatus im Mikrozensus erst seit dem Jahr 2005 erhoben wird, beschränken sich Zeitvergleiche auf den Zeitraum 2005 bis 2014. 4,1 Millionen Personen und somit knapp ein Viertel (23,6 %) der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens hatten im Jahr 2014 einen Migrationshintergrund. Einen Migrationshintergrund hat, wer eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt, im Ausland geboren und zugewandert ist oder ein Elternteil hat, das im Ausland geboren wurde. Bei der älteren Bevölkerung liegt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund niedriger.

Von den 55- bis unter 65-Jährigen haben 433.000 Personen bzw. 18,6 % einen Migrationshintergrund, bei den 65- bis unter 80-Jährigen sind es 333.000 Personen bzw. 12,1 % und bei den 80-Jährigen und Älteren 67.000 Personen bzw. 6,8 % der altersgleichen Bevölkerung. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil der Personen mit Migrati-

130 Im Mikrozensus liegen keine weitergehenden Informationen zu Sprachkenntnissen oder zur sozialen Integration von Migrantinnen und Migranten vor (vgl. hierzu: Özcan, V./Seifert, W. (2006): Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Lebens-Situation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Berlin: LIT-Verlag.). Informationen zu Älteren mit Migrationshintergrund im Bundesgebiet finden sich bei Schimany, P./Rühl, S./Kohls, M. (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten: Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.. Weiterführendes Datenmaterial zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen allgemein finden sich unter www.integrationsmonitoring.nrw.de.

onshintergrund bei den Älteren leicht gestiegen. Bei den 80-Jährigen und Älteren stieg er zwischen 2005 und 2014 um 2,2 Prozentpunkte und bei den 65- bis unter 80-Jährigen um 2,5 Prozentpunkte. Von den Männern sind 192.000 Personen mit Migrationshintergrund im Rentenalter (65 und mehr Jahre), bei den Frauen sind es 208.000. Bei den Männern im Rentenalter liegt der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund etwas höher als bei den Frauen, bei den 55- bis unter 65-Jährigen ist es umgekehrt.

22 Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Altersgruppen^{*)}



Aus Fallzahlgründen kann für die folgenden differenzierteren Auswertungen für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei den Personen im Rentenalter nicht mehr nach unter 80-Jährigen und 80-Jährigen und Älteren unterschieden werden. In dieser Altersgruppe sind Personen mit Migrationshintergrund unterdurchschnittlich vertreten. Stattdessen wird hier, wie im Kapitel Erwerbsbeteiligung, zusätzlich die Gruppe der 55- bis unter 65-Jährigen betrachtet, um einen Ausblick auf die nachrückenden Alterskohorten zu geben.

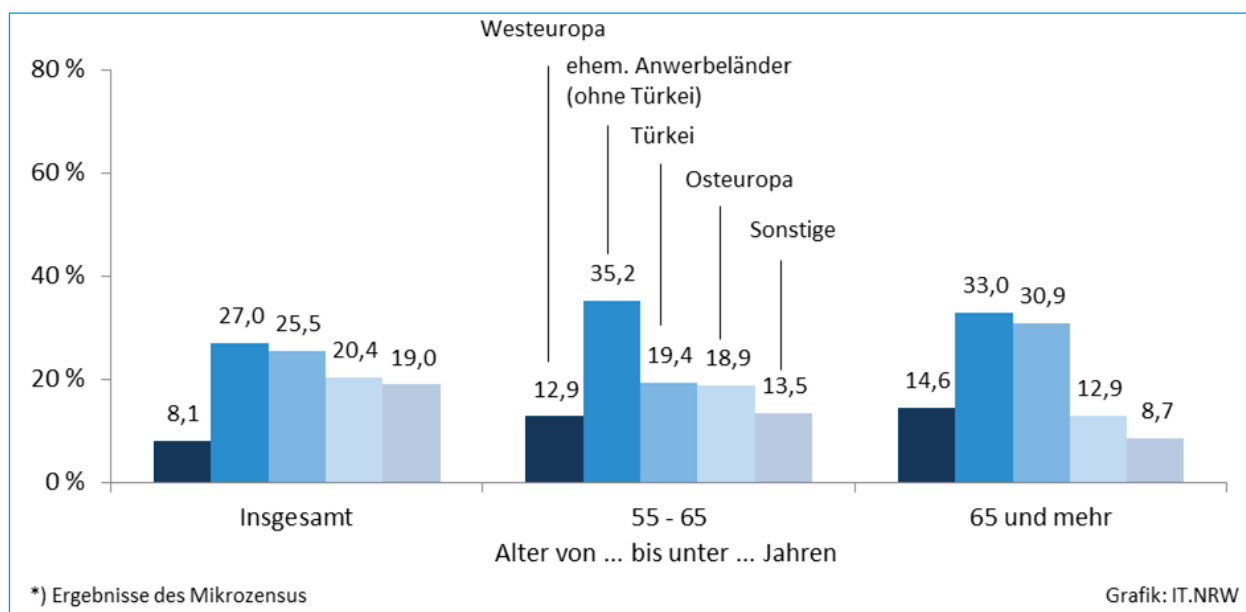
Insgesamt hat im Jahr 2014 deutlich mehr als die Hälfte (57,3 %) der Bevölkerung mit Migrationshintergrund die deutsche Staatsangehörigkeit. Im Jahr 2005 lag dieser Wert noch bei 51,2 %. Bei der Gruppe der 55- bis unter 65-Jährigen liegt der Anteil derer mit deutscher Staatsangehörigkeit bei 57,3 % und somit genau auf dem Niveau der Bevölkerung insgesamt. Bei dieser Altersgruppe ist der Anteil derer mit deutscher Staatsangehörigkeit deutlich gestiegen, im Jahr 2005 lag er noch bei 38,6 %. Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Rentenalter hatte im Jahr 2014 die Hälfte (49,9 %) die deutsche Staatsangehörigkeit. Hier fällt jedoch auf, dass sich dieser Wert deutlich verringerte: Im Jahr 2005 hatten noch 62,2 % die deutsche Staatsangehörigkeit. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die neu in das Rentenalter eintretenden Gruppen seltener deutsche Staatsbürger sind als dies bei den früheren Alterskohorten der Fall war.

Herkunftsregionen

Bezogen auf diejenigen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit zeigt sich, dass die ehemaligen Anwerbeländer immer noch eine große Bedeutung haben, dies gilt insbesondere für die Türkei. 30,9 % der 65-Jährigen und älteren ausländischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger stammen aus der Türkei und weitere 33,0 % aus den sonstigen ehemaligen Anwerbeländern Portugal, Spanien, Italien, Griechenland und ehemaliges Jugoslawien. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen ist der Anteil der Türkinnen und Türken mit 19,4 % deutlich niedriger. Aus den sonstigen ehemaligen Anwerbeländern stammen 35,2 %. Bei der ausländischen Bevölkerung insgesamt haben die sonstigen Anwerbeländer mit einem Anteil von 27,0 % eine geringere Bedeutung als bei den Älteren, auch der Anteil der Türkinnen und Türken liegt mit 25,5 % niedriger als bei den 65-Jährigen und Älteren. Bei der Bevölkerung insgesamt blieb der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer aus den ehemaligen Anwerbeländern zwischen 2005 und 2014 nahezu unverändert. Der Anteil der Türkinnen und Türken war rückläufig.

Anders bei den 65-Jährigen und Älteren: Hier erhöhte sich der Anteil der Türkinnen und Türken um 8,3 Prozentpunkte, der Anteil derer aus den ehemaligen Anwerbeländern stieg um 6,1 Prozentpunkte. Westeuropäische Herkunftsländer (ohne Anwerbeländer) sind bei den Älteren mit 14,6 % (65-Jährige und ältere) bzw. 12,9 % (55- bis unter 65-Jährige) von größerer Bedeutung als bei der ausländischen Bevölkerung insgesamt (8,1 %), Osteuropa und die sonstigen Länder haben hingegen bei den Älteren ein geringeres Gewicht.

23 Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Herkunftsregionen und Altersgruppen^{*)}

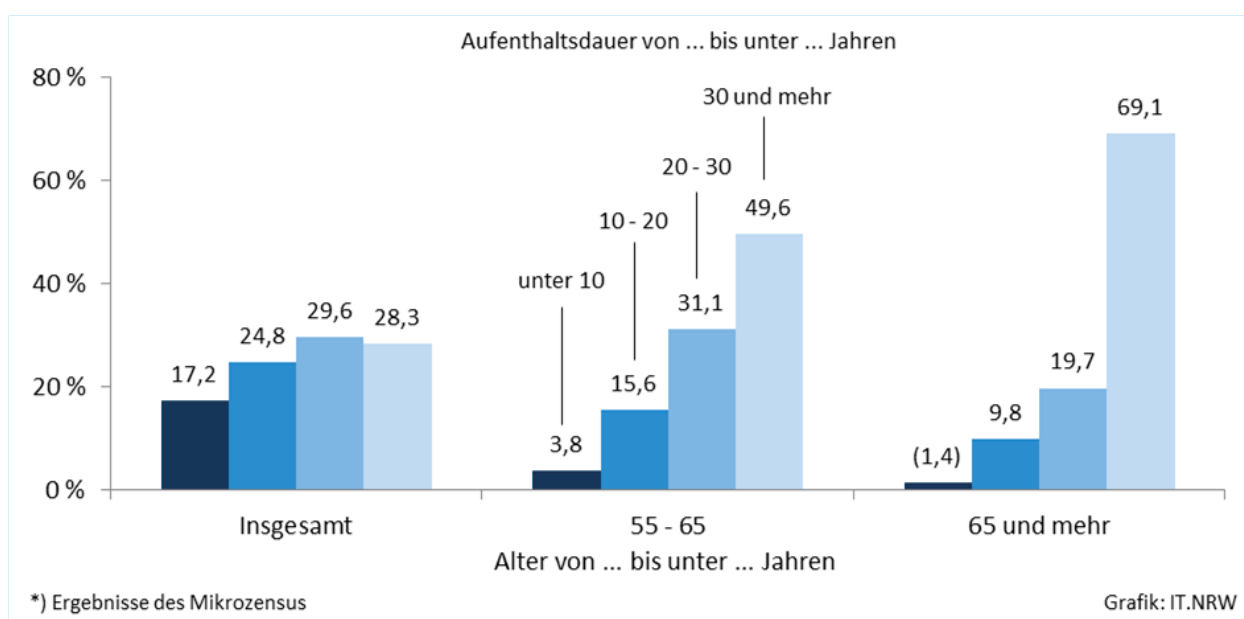


Aufenthaltsdauer

Ältere Personen mit Migrationshintergrund halten sich überwiegend schon länger in Deutschland auf. Mehr als zwei Drittel (69,1 %) der 65-Jährigen und Älteren sind bereits 30 und mehr Jahre im Land, weitere 19,7 % zwischen 20 und unter 30 Jahren. Im Ver-

gleich zum Jahr 2005 ist der Anteil derer mit einer Aufenthaltsdauer von 30 und mehr Jahren deutlich gestiegen (+16,0 Prozentpunkte). Auch die 55- bis unter 65-Jährigen halten sich überwiegend schon länger in Deutschland auf. Knapp die Hälfte (49,6 %) wohnt 30 Jahre und länger in Deutschland und weitere 31,1 % zwischen 20 und unter 30 Jahren. Auffallend ist jedoch, dass der Anteil derjenigen, die sich seit 30 und mehr Jahren in Deutschland aufhalten, im Vergleich zum Jahr 2005 um 7,4 Prozentpunkte zurückging, d. h. es erreichen jetzt mehr Personen mit kürzerer Aufenthaltsdauer diese Altersgruppe. Stark gestiegen ist der Anteil derer mit einer Aufenthaltsdauer von 20 bis unter 30 Jahren (+17,6 Prozentpunkte).

24 Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Aufenthaltsdauer und Altersgruppen^{*)}



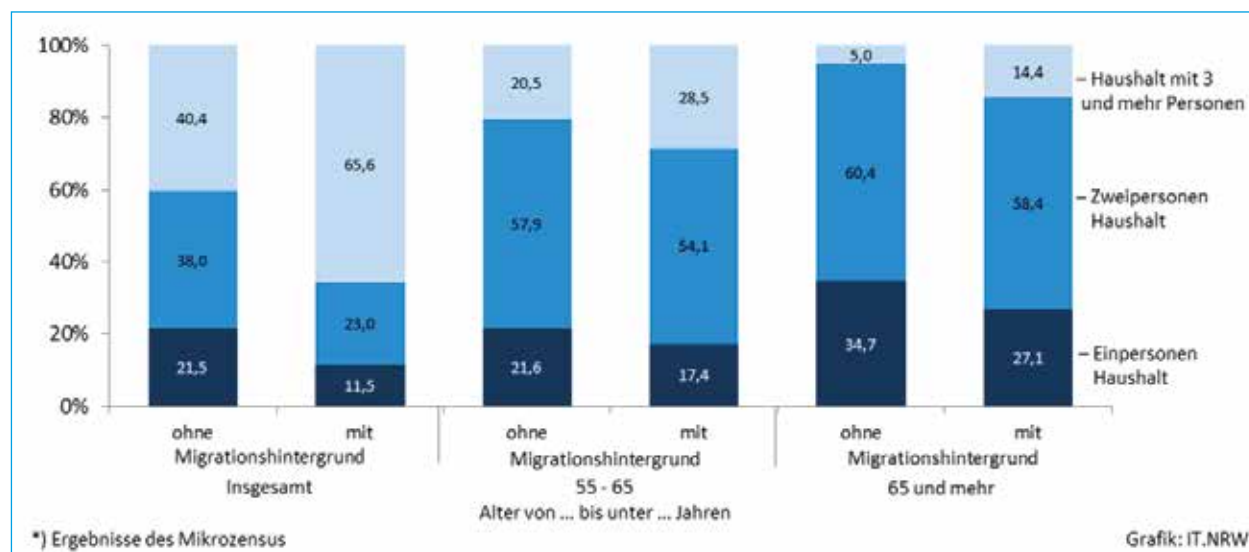
Haushaltsgröße

Personen mit Migrationshintergrund wohnen häufiger in Haushalten mit drei und mehr Personen als solche ohne Migrationshintergrund. Dies gilt für alle Altersgruppen.

Bei den 65-Jährigen und Älteren leben 14,4 % derer mit und 5,0 % derer ohne Migrationshintergrund in einem Drei- und Mehrpersonenhaushalt. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen sind es 28,5 % derer mit und 20,5 % derer ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund, die in einem Dreipersonenhaushalt leben, zurückgegangen.

In Einpersonenhaushalten leben Personen mit Migrationshintergrund hingegen seltener. Von den 65-Jährigen und Älteren leben 27,1 % mit und 34,7 % ohne Migrationshintergrund in einem Einpersonenhaushalt. Dennoch fallen diese Unterschiede weniger deutlich aus als bei der Bevölkerung insgesamt. Hier leben 11,5 % mit und 21,5 % ohne Migrationshintergrund in einem Einpersonenhaushalt. Der Anteil der Personen in Einpersonenhaushalten ist – unabhängig vom Migrationsstatus – bei der Bevölkerung insgesamt sowie bei 55- bis unter 65-Jährigen gestiegen, während sich bei den 65-Jährigen und Älteren kaum Veränderungen abzeichnen.

25 Bevölkerung in Privathaushalten 2014 nach Haushaltsgröße, Altersgruppen und Migrationshintergrund^{*)}

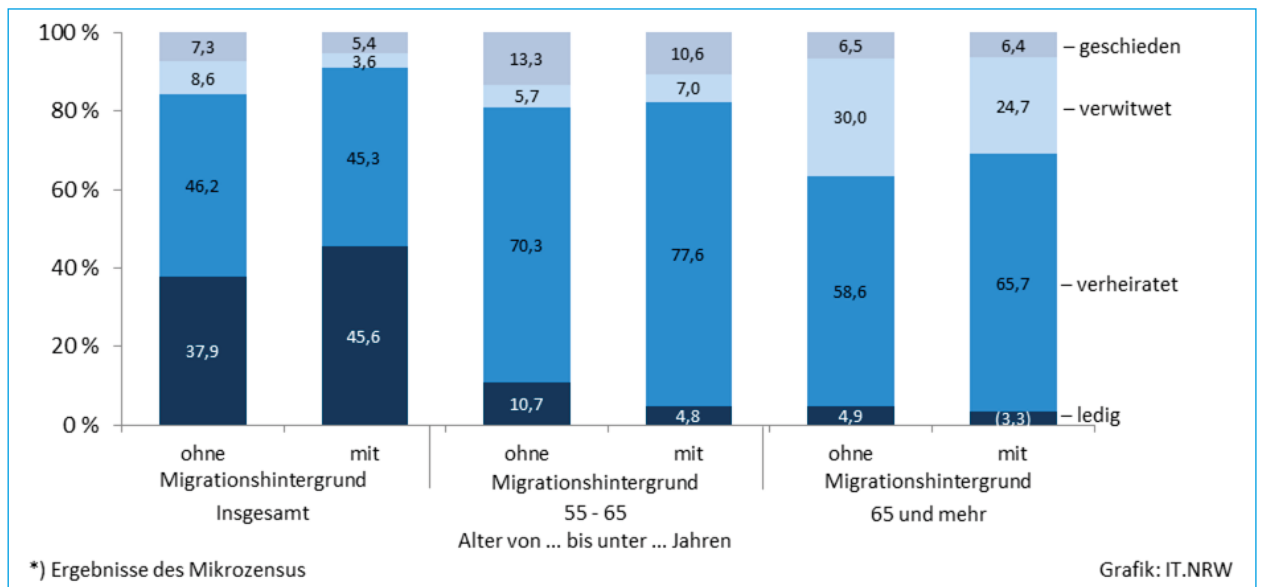


Familienstand

Bei den 65-Jährigen und Älteren sind Personen mit Migrationshintergrund mit einem Anteil von 24,7 % seltener verwitwet als Personen ohne Migrationshintergrund (30,0 %). Entsprechend sind Personen mit Migrationshintergrund häufiger verheiratet (65,7 %) als solche ohne (58,6 %). Diese Unterschiede dürften sich aus dem geringeren Anteil an Hochaltrigen bei den Personen mit Migrationshintergrund erklären. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen zeigt sich bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ein geringerer Anteil an Geschiedenen (10,6 %) als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (13,3 %). Der Anteil der Verheirateten liegt bei der Gruppe mit Migrationshintergrund höher (77,6 %) als bei der ohne (70,3 %). Im Vergleich zum Jahr 2005 ist bei dieser Altersgruppe unabhängig vom Migrationsstatus der Anteil der Geschiedenen gestiegen und der der Verheirateten zurückgegangen. Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt ist der Anteil der Ledigen mit 45,6 % höher¹³¹ als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (37,9 %). Dies ist wiederum auf das jüngere Durchschnittsalter zurückzuführen.

131 Bezogen auf die Bevölkerung ab null Jahren.

26 Bevölkerung 2014 nach Familienstand, Altersgruppen und Migrationshintergrund*)

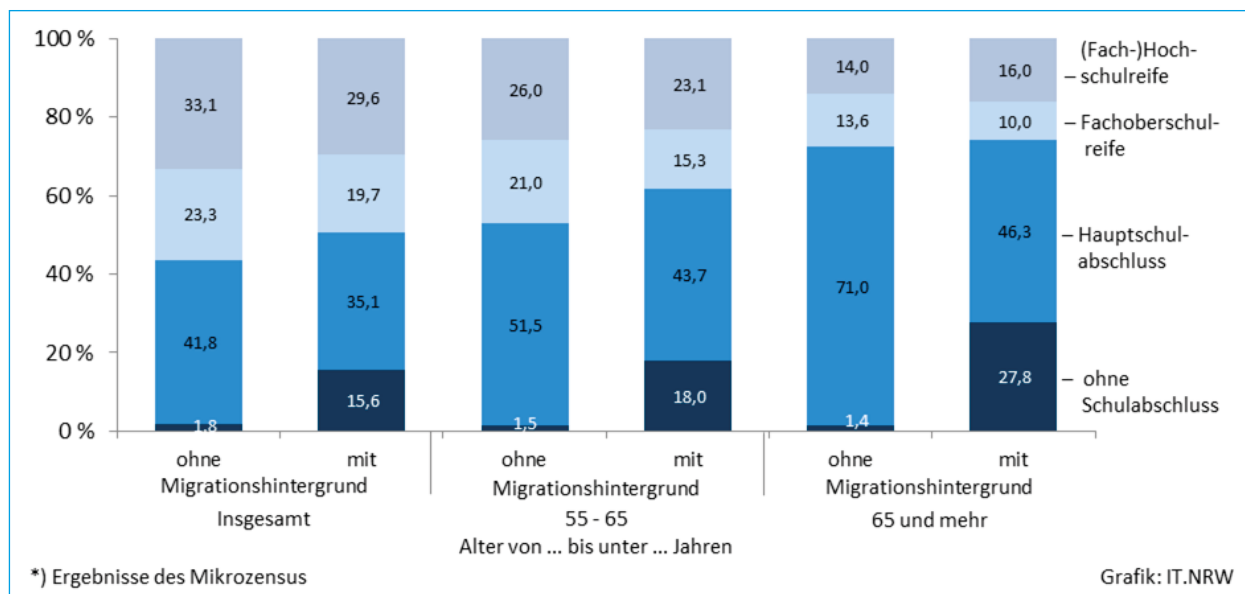


Allgemeinbildende Abschlüsse

Bei den 65-Jährigen und Älteren fällt auf, dass bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund sogar ein etwas größerer Teil über die (Fach-)Hochschulreife verfügt (16,0 %), als das bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund der Fall ist (14,0 %). Allerdings ist auch mehr als ein Viertel (27,8 %) der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund ohne allgemeinbildenden Abschluss, während dies bei Älteren ohne Migrationshintergrund lediglich auf 1,4 % zutrifft. Im Vergleich zum Jahr 2005 hat sich der Anteil derer mit (Fach-)Hochschulreife – unabhängig vom Migrationsstatus – erhöht. Der Anteil derer ohne allgemeinbildenden Abschluss blieb bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf hohem Niveau.

Bei den 55- bis unter 65-Jährigen verfügen Personen mit Migrationshintergrund seltener über die Hochschulreife (23,1 %) als solche ohne (26,0 %). Ohne allgemeinbildenden Abschluss sind 18,0 % der Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu 1,5 % bei der Gruppe ohne. Ältere mit Migrationshintergrund sind häufiger ohne allgemeinbildenden Abschluss als die Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt (15,6 %). Auch der Anteil derer mit (Fach-)Hochschulreife liegt bei der der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt mit 29,6 % höher.

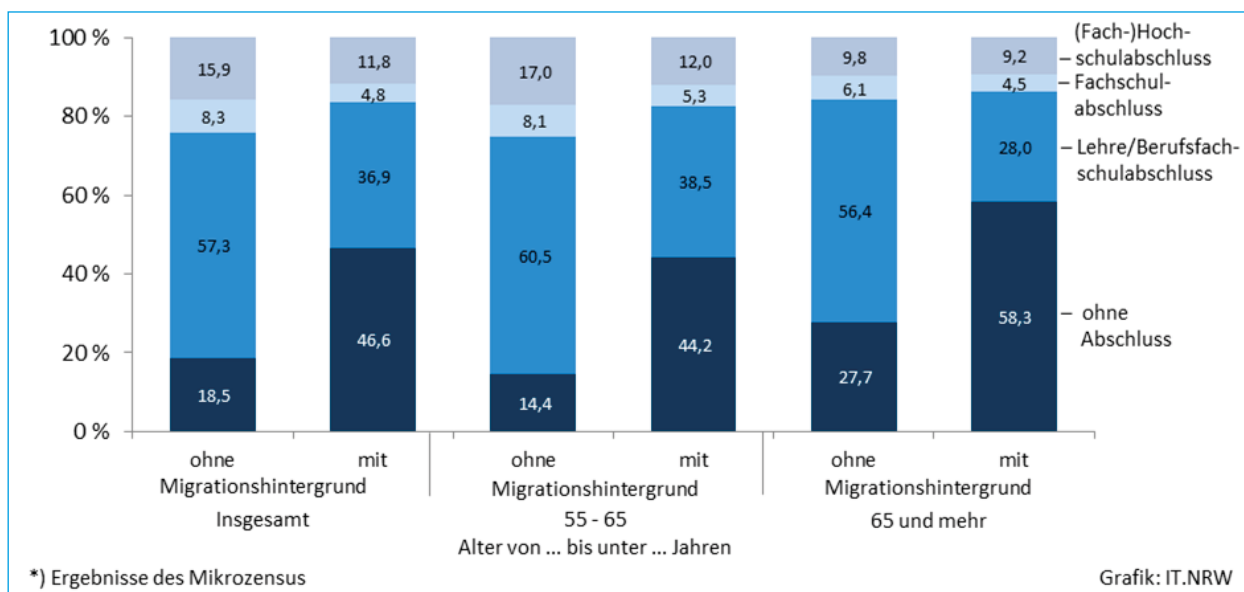
27 Bevölkerung 2014 nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss, Altersgruppen und Migrationshintergrund*)



Berufsbildende Abschlüsse

Die 65-Jährigen und Älteren mit Migrationshintergrund verfügen kaum seltener über einen (Fach-)Hochschulabschluss (9,2 %) als die ohne Migrationshintergrund (9,8 %). Personen mit Migrationshintergrund in dieser Altersgruppe sind mit einem Anteil von 58,3 % besonders oft ohne beruflichen Abschluss im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, bei der 27,7 % keine Berufsausbildung abgeschlossen hat. Im Vergleich zum Jahr 2005 hat sich der Anteil derer ohne berufsbildenden Abschluss bei den Personen mit Migrationshintergrund zwar verringert (-3,8 Prozentpunkte), bei den Personen ohne Migrationshintergrund fiel der Rückgang jedoch erheblich stärker aus (-12,6 Prozentpunkte). Eine Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung haben mehr als ein Viertel der Personen im Rentenalter mit (28,0 %) und mehr als die Hälfte (56,4 %) ohne Migrationshintergrund abgeschlossen. Bezogen auf die Lehre zeigt sich ein deutlicher Anstieg bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, während dieser Wert bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nur mäßig anstieg.

28 Bevölkerung 2014 nach höchstem beruflichen Abschluss, Altersgruppen und Migrationshintergrund^{*)}



Bei den 55- bis unter 65-Jährigen liegt der Anteil derer ohne beruflichen Bildungsabschluss bei Personen mit Migrationshintergrund mit 44,2 % niedriger als bei Personen im Rentenalter, aber dennoch beträchtlich höher als bei 55- bis unter 65-Jährigen ohne Migrationshintergrund (14,4 %). Eine Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung abgeschlossen haben Personen mit Migrationshintergrund mit 38,5 % deutlich seltener als Personen ohne Migrationshintergrund (60,5 %). Einen (Fach-)Hochschulabschluss haben 12,0 % der Personen mit und 17,0 % derer ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil derer mit (Fach-)Hochschulabschluss gestiegen. Bei den Personen mit Migrationshintergrund fiel der Anstieg etwas schwächer aus (+3,6 Prozentpunkte) als bei solchen ohne (+4,2 Prozentpunkte).

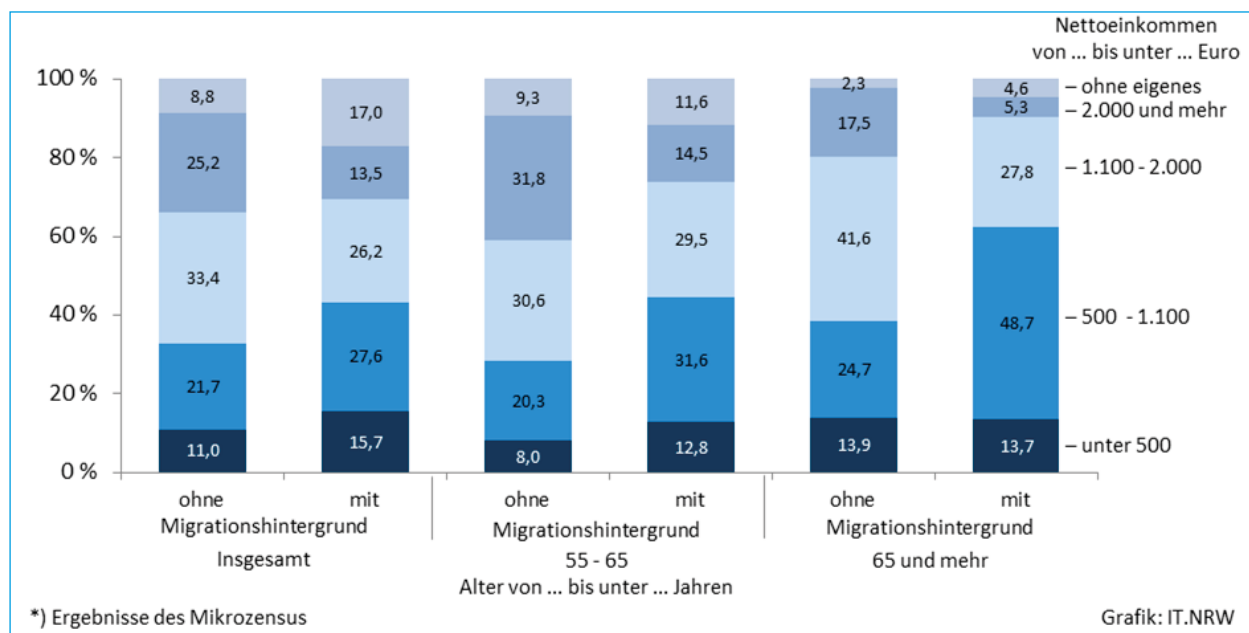
Somit unterscheiden sich die 55- bis unter 65-Jährigen mit Migrationshintergrund beim Qualifikationsgrad nicht wesentlich von der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt, von der 46,6 % ohne berufsbildenden Abschluss sind und 11,8 % einen (Fach-)Hochschulabschluss haben.

Einkommen

Personen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 und mehr Jahren sind deutlich häufiger auf kleinere Nettoeinkommen angewiesen als entsprechende Personen ohne Migrationshintergrund. Knapp die Hälfte (48,7 %) bezieht ein Einkommen zwischen 500 und unter 1.100 Euro, während dies bei den Personen ohne Migrationshintergrund auf ein Viertel (24,7 %) zutrifft.

Ein Einkommen zwischen 1.100 Euro und unter 2.000 Euro beziehen 27,8 % der Personen mit im Vergleich zu 41,6 % derer ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist das durchschnittliche Einkommen der Personen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 und mehr Jahren geringer gestiegen (+9,7 %) als das der Personen ohne Migrationshintergrund (+ 13,8 %).

29 Bevölkerung 2014 nach Nettoeinkommen, Altersgruppen und Migrationshintergrund*)



Auch bei den 55- bis unter 65-Jährigen sind die Einkommensunterschiede deutlich. 31,6 % der Personen mit Migrationshintergrund müssen mit einem Einkommen von 500 bis unter 1.100 Euro auskommen, während es bei jenen ohne Migrationshintergrund 20,3 % sind. Über ein Einkommen von 1.100 bis unter 2.000 Euro verfügen Personen mit Migrationshintergrund etwas seltener (29,5 %) als solche ohne (30,6 %). Die Gruppe derer, die 2.000 Euro und mehr beziehen, ist bei Personen mit Migrationshintergrund mit einem Anteil von 14,5% deutlich dünner besetzt als bei der Bevölkerung ohne (31,8 %).

Allerdings ist bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund der Anteil derer, die ein Einkommen von mehr als 2.000 Euro netto beziehen, von 6,5 % im Jahr 2005 auf 14,5 % im Jahr 2014 deutlich gestiegen. Auch das durchschnittliche Nettoeinkommen dieser Altersgruppe ist bei Personen mit Migrationshintergrund stärker gestiegen (+19,9 %) als bei Personen ohne (+13,8 %).



7 Alt werden in Nordrhein-Westfalen – Gesellschaftliche Rahmenbedingungen – Lebenslagen

7.1 Zentrale empirische Befunde aus Wissenschaft und Forschung

Im Folgenden werden ausgewählte empirische Forschungsbefunde, die auf Befragungen älterer Menschen zu ihrer Lebenssituation beruhen, zusammenfassend dargestellt. Damit wird dem Anspruch des Landesaltenberichtes Nordrhein-Westfalen Rechnung getragen, die Perspektive der älteren Menschen einzubeziehen. Die Befunde stammen aus drei Untersuchungen: Zwei explizit für Nordrhein-Westfalen vorgenommenen Sonderauswertungen, von denen die eine auf den Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) und die andere auf den Daten der Generali Altersstudie basiert. Bei der dritten Untersuchung handelt es sich um die bundesweite Generali Hochaltrigenstudie. Auch wenn diese keine NRW-bezogene Auswertung zulässt, werden die Ergebnisse hier einbezogen, weil insgesamt nur wenige empirische Befunde zur Lebenslage von Hochaltrigen vorliegen. Da jeder der drei Untersuchungen spezifische Fragestellungen und methodische Ansätze zugrunde liegen, werden die Ergebnisse der drei Studien zunächst einzeln betrachtet. Abschließend werden die jeweiligen Kernaussagen und Schlussfolgerungen zusammengeführt.

7.1.1 NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurvey¹³²

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) als Datenbasis

Der Deutsche Alterssurvey ist eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Untersuchung zur zweiten Lebenshälfte, deren Ziel es ist, Informationsgrundlagen für politische Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit sowie Daten für die wissenschaftliche Forschung bereitzustellen. Die Studie wurde bisher in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2011 durchgeführt (2011 als Panelstudie). Sie bietet eine repräsentative Datenbasis zur Lebenssituation der 40- bis 85-jährigen deutschen Bevölkerung in NRW. Die Stichprobe der Sonderauswertung – DEAS-NRW 2008 – umfasst 883 Befragte (466 Männer und 417 Frauen).

¹³² Dieser Beitrag basiert auf folgendem Bericht: Wagner, M./Motel-Klingebiel, A. et al. (2012). Die Lage älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Forschungsinstitut für Soziologie der Universität zu Köln/Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.

30 DEAS-NRW: Die Stichprobe 2008

Geburtsjahr	Gesamt	darunter	
		Männer	Frauen
1954-68	268	128	140
1939-53	290	138	152
1923-38	325	200	125
Gesamt	883	466	417

Quelle: DEAS-NRW 2008, ungewichtet.

Die Verteilung nach Alter und Geschlecht wurde für die Analysen entsprechend der Angaben des Mikrozensus 2008 für NRW durch Gewichtung angepasst.

Dabei können Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft bei den Analysen mit dem DEAS-NRW 2008 nicht berücksichtigt werden, da die entsprechenden Teilnahmequoten und Fallzahlen zu gering sind.

Qualität und Gewichtung der DEAS-Daten

Um Detailanalysen für die gesamte zweite Lebenshälfte zu ermöglichen, sieht der DEAS eine disproportionale Ziehung der Bruttostichprobe vor, die für die angestrebte realisierte Nettostichprobe eine ungefähr gleiche zahlenmäßige Besetzung mit Befragten aus drei Altersgruppen (40- bis 54-Jährige, 55- bis 69-Jährige sowie 70- bis 85-Jährige) und beiden Geschlechtern sowie eine Berücksichtigung von West- und Ostdeutschen im Verhältnis von ungefähr 2:1 anstrebt. Die Schichtung der Stichprobe entlang der drei Altersgruppen 40 bis 54 Jahre, 55 bis 69 Jahre und 70 bis 85 Jahre sowie des Geschlechts gibt die grundlegende Struktur der Auswertungen vor.

Männer, ältere Menschen und Ostdeutsche werden im Vergleich mit ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung im DEAS vorsätzlich überrepräsentiert. Bei der Berechnung von Verteilungsangaben werden diese Abweichungen im DEAS regelmäßig über einen Gewichtungsfaktor korrigiert. Auch die Analysen für NRW verwenden solche Gewichtungsvariablen, die eine Anpassung an die demografische Struktur NRWs ermöglichen. Die Berechnung dieser Gewichtungsfaktoren erfolgt auf der Basis der NRW-Teilstichprobe des Mikrozensus (MZ).¹³³ Grundlage ist der aus dem beim IT.NRW angesiedelten Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter bereitgestellte Scientific-Use-File (SUF) des MZ für das Erhebungsjahr 2008. Die gewichtete Verteilung von Alter und Geschlecht des DEAS für NRW entspricht also jener des MZ.

Eine länderspezifische Aufbereitung der Daten des DEAS ist bisher nicht erfolgt. Neben der Erarbeitung inhaltlicher Aussagen nimmt der Bericht auch eine Bewertung seiner Analysepotenziale für NRW vor. So ist die Übertragbarkeit der an einer Stichprobe gewonnenen Ergebnisse auf die Grundgesamtheit ein Problem, mit dem jede Survey-Forschung konfrontiert ist. Zur Prüfung wird im Allgemeinen die Verteilung wesentlicher Parameter der DEAS-Stichprobe dem MZ als einer amtlichen Referenzstatistik gegenübergestellt.

¹³³ Der MZ ist eine auf den Registern der Einwohnermeldeämter basierende Ein-Prozent-Stichprobe aller Privathaushalte in Deutschland. Die Teilnahme ist für die Befragten verpflichtend.

Hier zeigt sich, dass in den Daten des DEAS Personen mit höherer Schulbildung im Vergleich zur amtlichen Statistik überdurchschnittlich stark vertreten sind. Die DEAS-Daten weisen damit den für sozialwissenschaftliche Surveydaten typischen „Mittelschichtbias“ auf. Diese positive Selektion der Befragten nach dem Bildungsniveau gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Insgesamt kann von einer soliden Datenbasis des DEAS-NRW 2008 gesprochen werden, die repräsentative Analysen für die deutsche Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte in NRW zulässt. Dies erfolgt aber auf der Basis insgesamt geringer Fallzahlen, sodass die Tiefe möglicher sozialstruktureller oder regionaler Differenzierungen vergleichsweise gering ist. Unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Stichprobe ist zudem zu beachten, dass sich die hier vorliegenden Befunde teilweise von Ergebnissen anderer Studien, die in den folgenden Kapiteln des Landesaltensberichts zu verschiedenen Lebenslagemerkmale dargestellt werden, unterscheiden können.

Nordrhein-Westfalen und die regionale Gliederung des Berichts

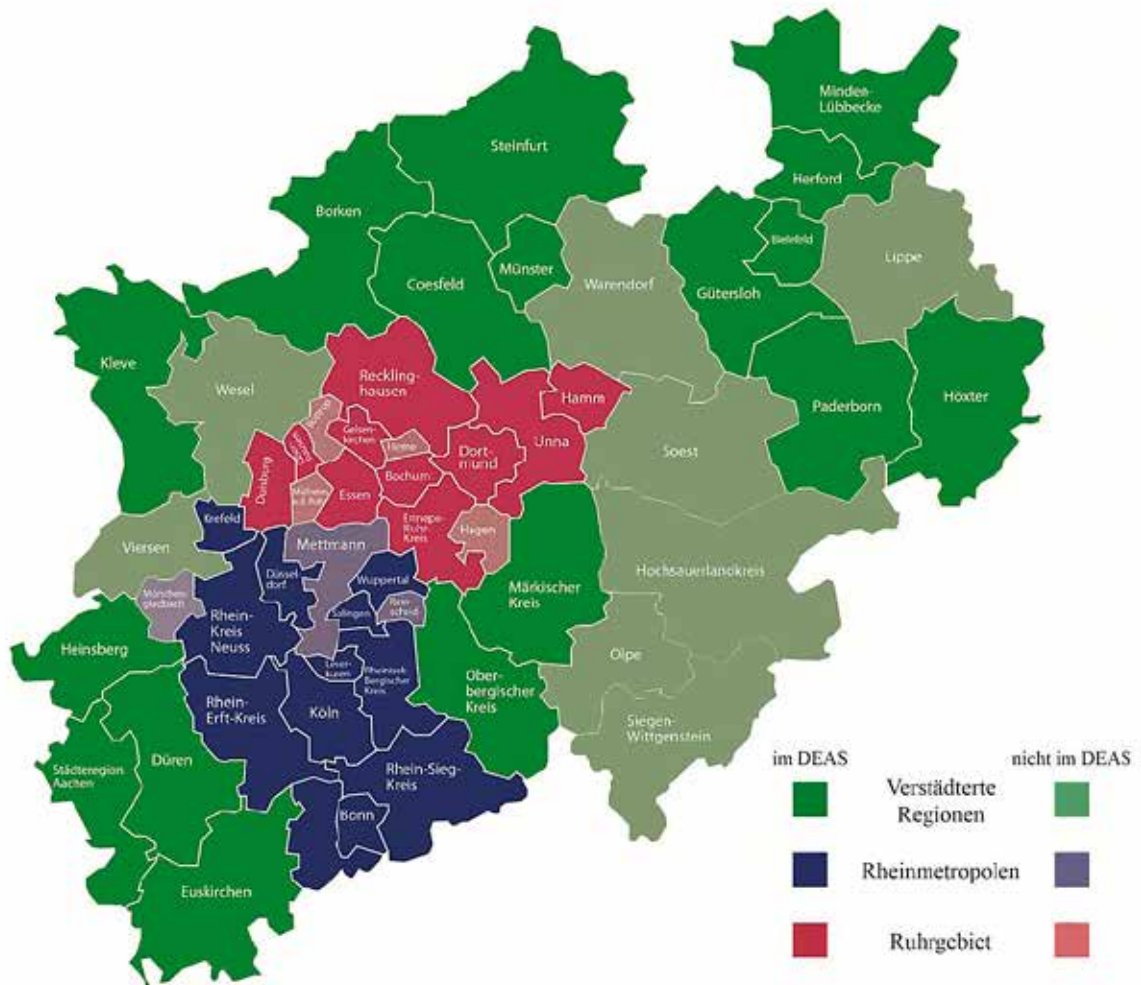
NRW ist das bevölkerungsreichste deutsche Bundesland und zählt zu den flächenmäßig größten deutschen Ländern. Die verschiedenen Regionen NRWs stellen unterschiedliche Rahmenbedingungen für Lebensverläufe sowie für das Leben im Alter bereit. Hiervon gehen Chancen und Herausforderungen für Individuen aus. So kann eine Region oder ein Quartier verschiedene Ressourcen und Opportunitäten bieten, aber auch Barrieren für ältere Menschen bereithalten. Auch spielen lokale Infrastrukturen eine wichtige Rolle – zu denken ist hier an die medizinische Versorgung oder den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV). Und es unterscheiden sich beispielsweise die alltäglichen Mobilitätsanforderungen zwischen Ballungszentren und Gebieten in ihren Peripherien.

Entsprechend beschreiten die Analysen mit dem DEAS den Weg der regionalen Differenzierung und betrachten neben NRW (und dem Bund als Referenz) drei Teilregionen des Bundeslandes: das Ruhrgebiet, die Metropolen des Rheinlandes mit ihren unmittelbar angrenzenden Nachbarkreisen (Rheinmetropolen) und die beide umgebenden verstädterten Gebiete des Landes (verstädterte Regionen).¹³⁴

Diese sind in der nachfolgenden Karte dargestellt – dunkel sind jene Kreise eingefärbt, die im DEAS berücksichtigt sind, während für die nicht berücksichtigten Kreise eine hellere Darstellung gewählt wurde. Für eine angesichts der Vielgestaltigkeit des Bundeslandes möglicherweise wünschenswerte tiefergehende Gliederung, die auch innerhalb der genannten Teilregionen Differenzierungen erlauben würde – beispielsweise auf der Ebene von Gemeinden – stellt der DEAS keine hinreichende Datenbasis bereit.

¹³⁴ Die unterschiedlichen Siedlungsstrukturen lassen sich in Raumordnungstypen zusammenfassen, die sich typisch als ländliche Räume (bis 100 Einwohner/km²), verstädterte Räume (bis 500 Einwohner/km²) und verdichtete Räume (500 Einwohner/km² und mehr) beschreiben lassen (Vgl. Schürt et al. 2005). Unterschieden wurde zunächst zwischen verdichteten und verstädterten Räumen. Eine detaillierte Unterteilung beispielsweise der verstädterten Regionen des Landes mit ihrer vergleichsweise großen internen Heterogenität oder der verschiedenen Teile des Ruhrgebietes wäre für die vorliegende Analyse wünschenswert, ist jedoch aufgrund der vorhandenen Fallzahlen nicht möglich. Betrachtet man die Siedlungsstruktur der drei Teilregionen auf der Ebene der Kreisregionen, kann festgestellt werden, dass die Rheinmetropolen und das Ruhrgebiet durchgehend verdichtete Gebiete darstellen. Aber auch die dritte Teilregion besteht zum großen Teil aus verstädterten Regionen. Ländliche Gebiete finden sich nach vorliegender Definition in Nordrhein-Westfalen auf der Ebene der Kreisregionen nicht.

31 DEAS-NRW: Die regionale Gliederung Nordrhein-Westfalens



Quelle: wofma - Fotolia

Im Weiteren werden wesentliche Ergebnisse und Aussagen der Sonderauswertung zusammenfassend dargestellt und daraus abzuleitende Folgerungen diskutiert. Im Mittelpunkt stehen fünf Lebensbereiche: Erwerbstätigkeit und materielle Sicherung, Partizipation, Gesundheit, Wohnsituation und -umfeld sowie Lebensformen und soziale Beziehungen. Alle fünf Themen werden im Hinblick auf die Lebensqualität alternder und alter Menschen sowie auf die Vielfalt und soziale Ungleichheit ihrer Lebenssituationen betrachtet. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auf die Unterschiede zwischen den Altersgruppen, den Geschlechtern, den Bildungsschichten und den Teilregionen des Landes gerichtet. Weitere Differenzierungen (z. B. entlang der vom Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) benannten Diskriminierungsperspektiven, wie beispielsweise ethnische Herkunft, Religion und Weltanschauung, Behinderung und sexuelle Identität), sind im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht zu leisten.

Erwerbstätigkeit und materielle Sicherung

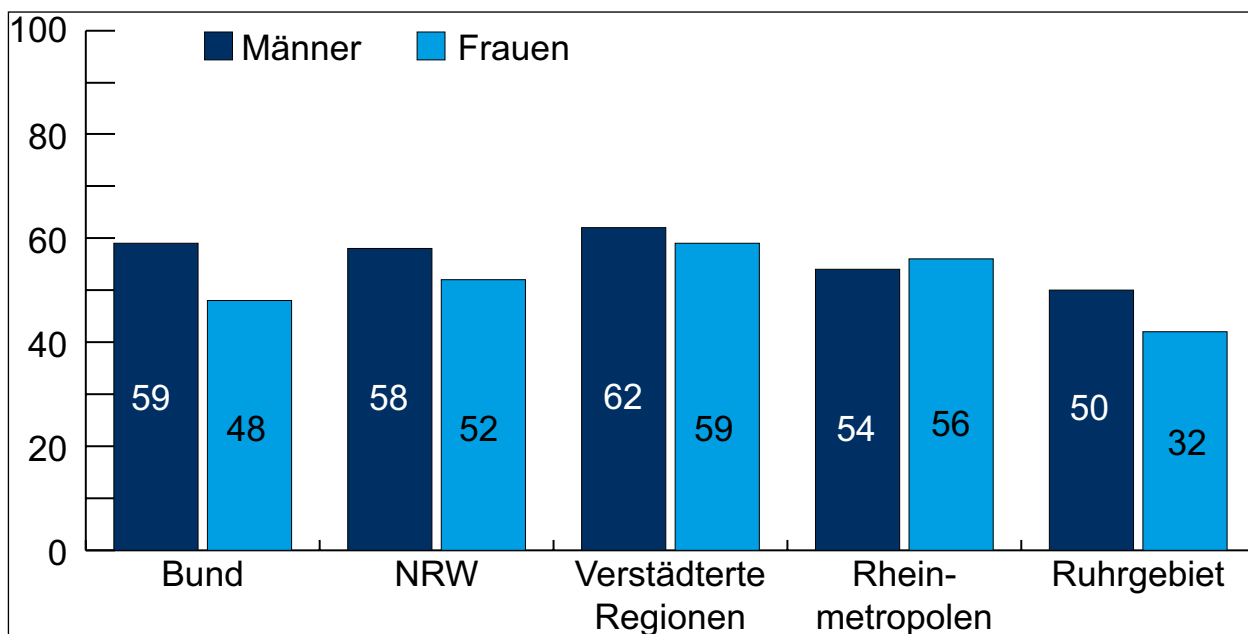
Der Umfang und die Dauer der Erwerbstätigkeit einer Person beeinflussen sowohl in der Erwerbsphase als auch im Ruhestand die verfügbaren materiellen Ressourcen und die daraus erwachsenden Lebenschancen. Mit Blick auf die befragten Kohorten lässt sich beispielsweise eine dominante Orientierung am sogenannten Normalarbeitsverhält-

nis ausmachen. Dieses beinhaltet, dass in einer ehelichen Partnerschaft in der Regel der Mann einer bezahlten Erwerbsarbeit und die Frauen einer unbezahlten Reproduktionsarbeit – ggf. mit Teilzeitzuverdienst – nachgegangen ist. Resultierende Unterschiede in der materiellen Sicherung nach Geschlecht veranschaulichen sich auf diese Weise besonders gut. In NRW sind regionale Unterschiede in der Erwerbspartizipation festzustellen, die sich auch in der materiellen Lage der in diesen Regionen lebenden Menschen widerspiegeln.

Erwerbspartizipation variiert zwischen den Teilregionen des Landes

Der Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren liegt in NRW bei 55 % und damit auf einem mit dem Bund vergleichbaren Niveau. Es bestehen aber Unterschiede zwischen den Teilregionen, wobei das Ruhrgebiet eine unterdurchschnittliche Erwerbstätigenquote aufweist. Gut ausgebildete Personen sind in NRW deutlich länger erwerbstätig als weniger gut ausgebildete Menschen. Zudem sind (ältere) Männer häufiger erwerbstätig als (ältere) Frauen.

32 DEAS-NRW: Erwerbstätigenquote bei Personen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren

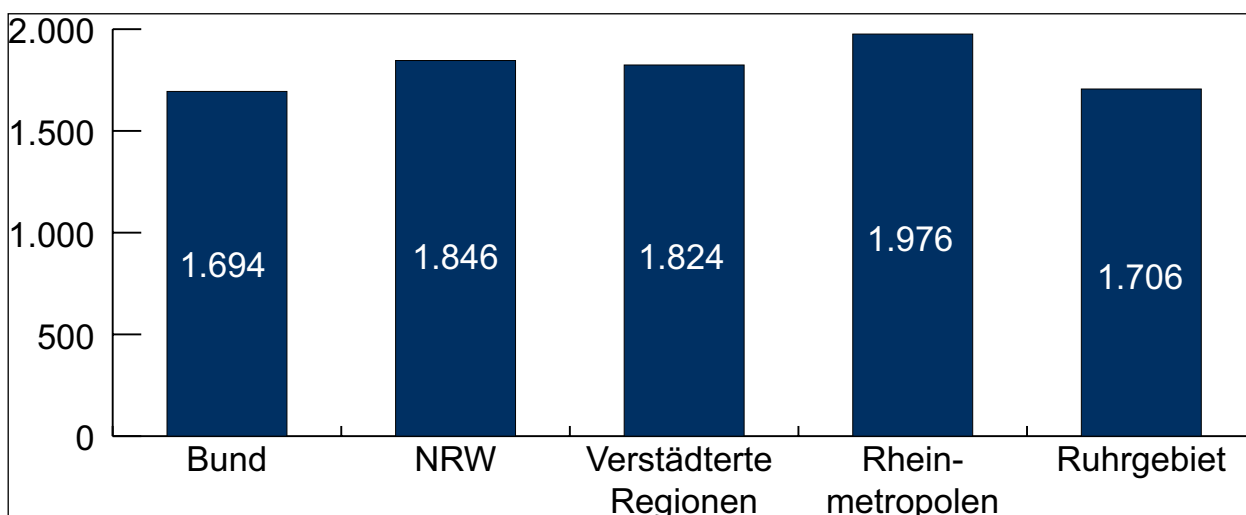


Quelle: DEAS 2008 (n=1.240, DEAS-NRW 2008 (n=183), gewichtet

Die Einkommen der Älteren in NRW liegen über dem Bundesdurchschnitt

Das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen der Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren liegt bei 1.846 Euro. Im Vergleich zum Bund verfügen Ältere in NRW über überdurchschnittliche Einkommen. Über dem Bundesdurchschnitt liegen auch die Äquivalenzeinkommen in den verstädterten Regionen sowie den Rheinmetropolen. Menschen im Ruhrgebiet weisen das geringste durchschnittliche Einkommen auf. Frauen haben weniger Einkommen zur Verfügung als Männer. Die Geschlechtsunterschiede sind sowohl in den Rheinmetropolen als auch im Ruhrgebiet, aber nicht in den verstädterten Regionen zu beobachten.

33 DEAS-NRW: Pro-Kopf-Einkommen im regionalen Vergleich

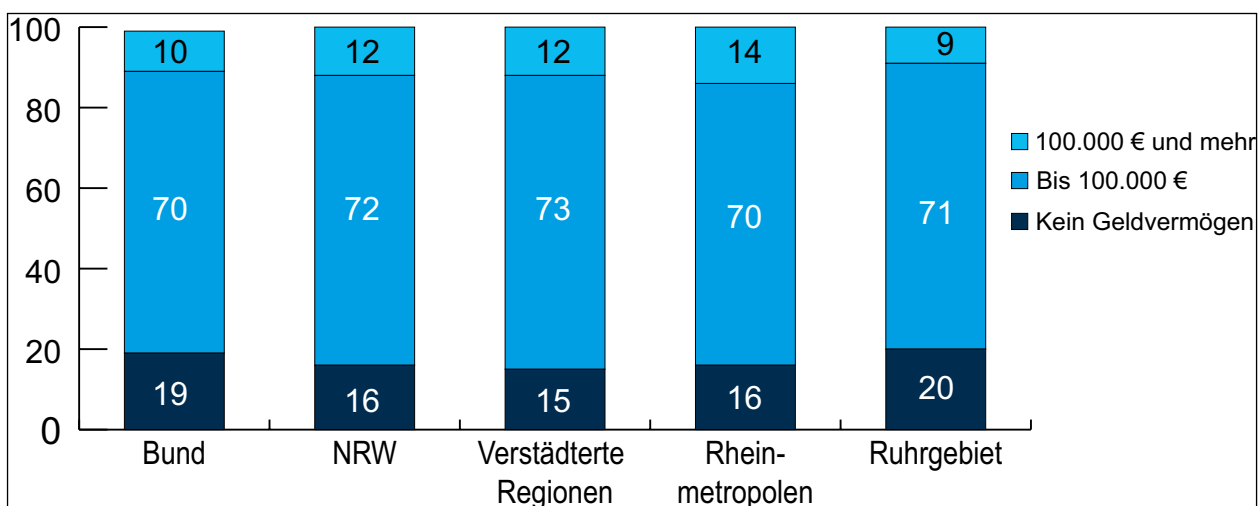


Quelle: DEAS 2008 (n=5.276, DEAS-NRW 2008 (n=758), gerundete Angaben, gewichtet

Die Vermögenssituation ist im Mittel gut, doch sind Vermögenswerte ungleich verteilt

In NRW verfügen ältere Menschen häufig über Geld- oder Immobilienvermögen. Der Umfang und die Verbreitung des Geldvermögens der Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren sind vergleichbar mit dem Umfang und der Verbreitung im Bund.

34 DEAS-NRW: Umfang und Verbreitung des Geldvermögens



Quelle: DEAS 2008 (n=3.758, DEAS-NRW 2008 (n=500), gerundete Angaben, gewichtet

Der Wert der Vermögen ist aber sehr ungleich. In den verstädterten Regionen NRW und in den Rheinmetropolen besitzen im Durchschnitt mehr Personen höhere Geldvermögen als im Bund. Personen mit niedrigem Bildungsniveau haben häufiger kein Vermögen als höher Gebildete: so geben 33,5 % der Personen mit niedriger Bildung an, kein Geldvermögen zu besitzen, gegenüber 18,1 % der Personen mit mittlerer Bildung

und 6,2 % der Personen mit hoher Bildung. Ferner besitzen Frauen (19,2 %) häufiger als Männer (13,4 %) kein Geldvermögen.

Auch der Besitz von selbstgenutzten und vermieteten Immobilien spielt eine wichtige Rolle bei der materiellen Situation in der zweiten Lebenshälfte. Hier stechen nicht so sehr Unterschiede in den Wohneigentumsquoten zwischen NRW und dem Bund hervor, sondern zwischen den Regionen innerhalb von NRW. So sind die Wohneigentumsquoten im Ruhrgebiet deutlich geringer als in den Rheinmetropolen oder den verstädterten Regionen des Landes.

Private Altersvorsorge ist weit verbreitet, geht aber an den Risikogruppen vorbei

In NRW verfügen mehr ältere über eine staatlich geförderte Altersvorsorge als im Bundesdurchschnitt. Zugleich zeigen sich deutliche Differenzen zwischen den Teilregionen des Landes: Private Alterssicherung ist in den verstädterten Gebieten NRW besonders häufig anzutreffen, während der Verbreitungsgrad im Ruhrgebiet und in den Rheinmetropolen geringer ist. Frauen verfügen – vor allem im Ruhrgebiet – seltener als Männer über eine staatlich geförderte Altersvorsorge. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die staatlich geförderte private Altersvorsorge häufig nicht von der Hauptzielgruppe (Personen mit niedrigeren Rentenanwartschaften) in Anspruch genommen wird.

Die Bewertung der Lebensstandards ist gut

Einkommen, Vermögen, Immobilienbesitz und Alterssicherung stellen wichtige Aspekte zur Einschätzung des eigenen Lebensstandards und der daraus abgeleiteten Lebensqualität dar. Die Menschen in NRW bewerten ihren Lebensstandard im Durchschnitt besser als die Menschen im Bund. Obwohl sich zeigt, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner des Ruhrgebiets in einer materiell und finanziell schlechteren Situation als die anderen Teilregionen in NRW befinden, bewerten sie ihren Lebensstandard genauso häufig positiv wie Frauen und Männer in den anderen Teilregionen des Landes.

Partizipation

Die im Durchschnitt bessere Gesundheit und längere Lebenserwartung der heutigen Älteren ermöglichen eine unabhängigere und aktivere Lebensführung als in früheren Zeiten. Vor allem für nicht mehr erwerbstätige Ältere bieten Vereinsaktivitäten, Ehrenämter und Bildungsangebote ein Betätigungsfeld und fördern eine soziale Teilhabe. Das Niveau der sozialen Beteiligung ist in NRW etwa so hoch wie im Bund, es zeigen sich aber zum Teil deutliche regionale Unterschiede.

Vereinsmitgliedschaften sind im Alter weit verbreitet

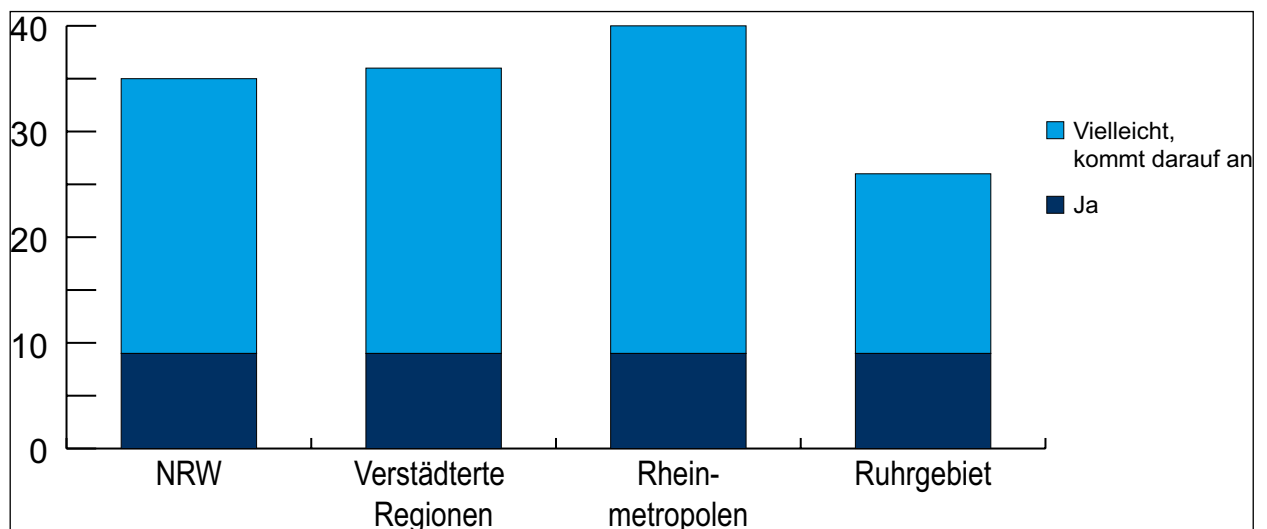
In NRW sind fast 60 % der Menschen in der zweiten Lebenshälfte Mitglieder von Vereinen, Gruppen oder Organisationen. Dabei handelt es sich vorwiegend um Sportvereine, es folgen mit weitem Abstand gesellige Vereine und kirchliche oder religiöse Gruppen. Der Anteil von Vereinsmitgliedern unter den Menschen ab 40 Jahren ist in NRW etwas höher als im Bund und sowohl regional als auch sozialstrukturell unterschiedlich. Zwei Drittel der älteren Menschen in den verstädterten Gebieten NRW sind Mitglied in einem Verein, an Rhein und Ruhr sind es dagegen jeweils 55 % der Bevölkerung ab 40 Jahren.

Ehrenamtliches Engagement und Bildungspartizipation sind ungleich verteilt. Die Hälfte der älteren Menschen in NRW bildet sich weiter, und fast 20 % üben ein Ehrenamt aus. Die Anteile entsprechen denen auf Bundesebene. In den verstädterten Regionen NRWs bilden sich Personen in der zweiten Lebenshälfte häufiger weiter als in den Rheinmetropolen und im Ruhrgebiet. In den Rheinmetropolen engagieren sich ältere Menschen seltener ehrenamtlich als in den anderen Regionen NRWs. Frauen, Ältere und Niedriggebildete üben seltener ein Ehrenamt aus und bilden sich seltener weiter.

Hohes Engagementpotenzial findet sich besonders in den Rheinmetropolen

Mehr als ein Drittel der älteren Menschen in NRW kann sich vorstellen, sein bisheriges Engagement fortzusetzen oder eines aufzunehmen. Das Engagementpotenzial ist damit in NRW höher als im Bund. Am geringsten ist das Engagementpotenzial im Ruhrgebiet, am höchsten in den Rheinmetropolen.

35 DEAS-NRW: Engagementpotenzial im regionalen Vergleich

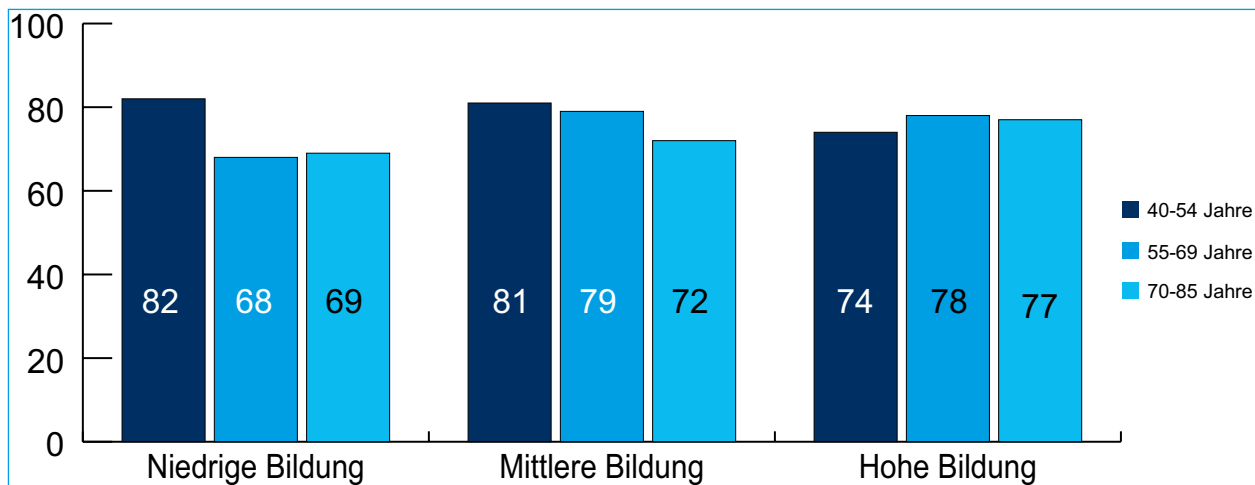


Quelle: DEAS-NRW 2008 (n=882, gewichtet)

Soziale Aktivitäten sind ein wichtiger Aspekt gesellschaftlicher Teilhabe

Soziale Aktivitäten bieten Ressourcen für soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke und stellen eine wichtige Form sozialer Teilhabe dar. Gemessen an der Gesamtzahl ausgeübter Aktivitäten werden in NRW wie im Bund durchschnittlich drei Viertel dieser Aktivitäten (Spaziergehen, Sport treiben, künstlerische Tätigkeiten, Kultur- oder Sportveranstaltungen besuchen, Gesellschaftsspiele spielen) mit anderen zusammen ausgeübt. Der Anteil sozialer Aktivitäten liegt in der oberen Altersgruppe signifikant unter jenem der Jüngeren.

36 DEAS-NRW: Durchschnittlicher Anteil der sozialen Aktivitäten nach Alter und Bildung



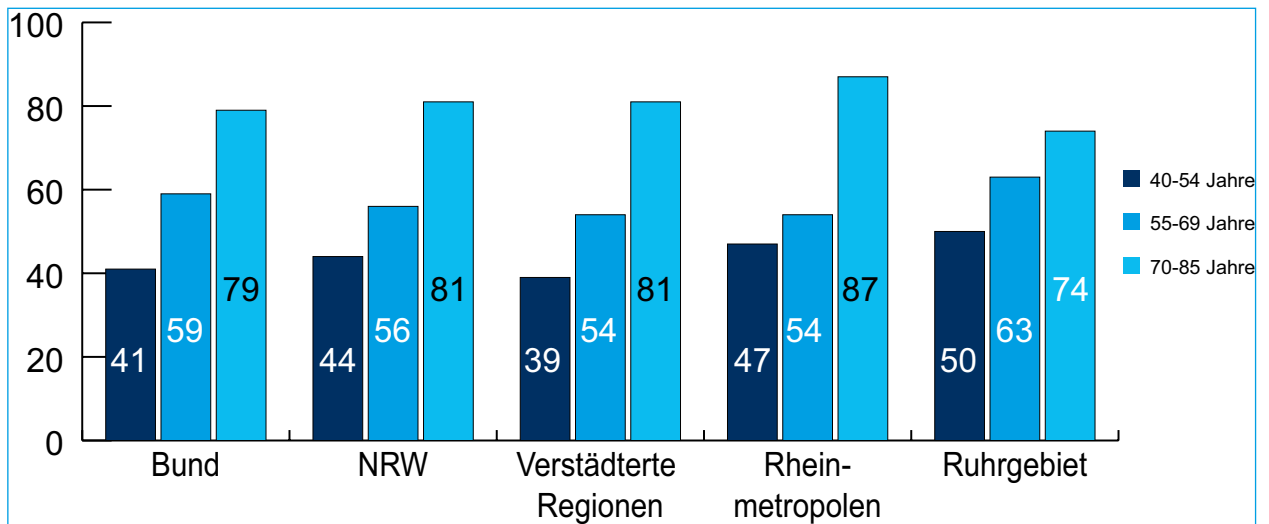
Quelle: DEAS 2008 (n=6.022), DEAS-NRW 2008 (n=883), gerundete Angaben, gewichtet

Während fast 80 % der Aktivitäten der 40- bis 69-Jährigen in NRW mit anderen zusammen ausgeübt werden, beträgt dieser Anteil bei den 70- bis 85-Jährigen nur noch etwas über 70 %. Bei den sozialen Aktivitäten sind in NRW (im Gegensatz zum Bund) keine signifikanten Bildungsunterschiede zu verzeichnen.

Gesundheit

Viele ältere Frauen und Männer in NRW sind bei guter Gesundheit, insgesamt jedoch nehmen gesundheitliche Probleme mit dem Alter zu. Gesundheit beinhaltet mehrere Aspekte: Erkrankungen, Funktions- und Leistungsfähigkeit sowie die individuelle subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Gesundheit. Die Befunde für NRW decken sich insgesamt mit den bundesweiten Ergebnissen zur Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte. Es zeigt sich ein Trend zu einer insgesamt besseren Gesundheit. Allerdings ist ein deutlicher Anstieg der Anzahl von Erkrankungen mit zunehmendem Alter festzustellen.

37 DEAS-NRW: Personen mit zwei oder mehr Erkrankungen nach Alter im regionalen Vergleich



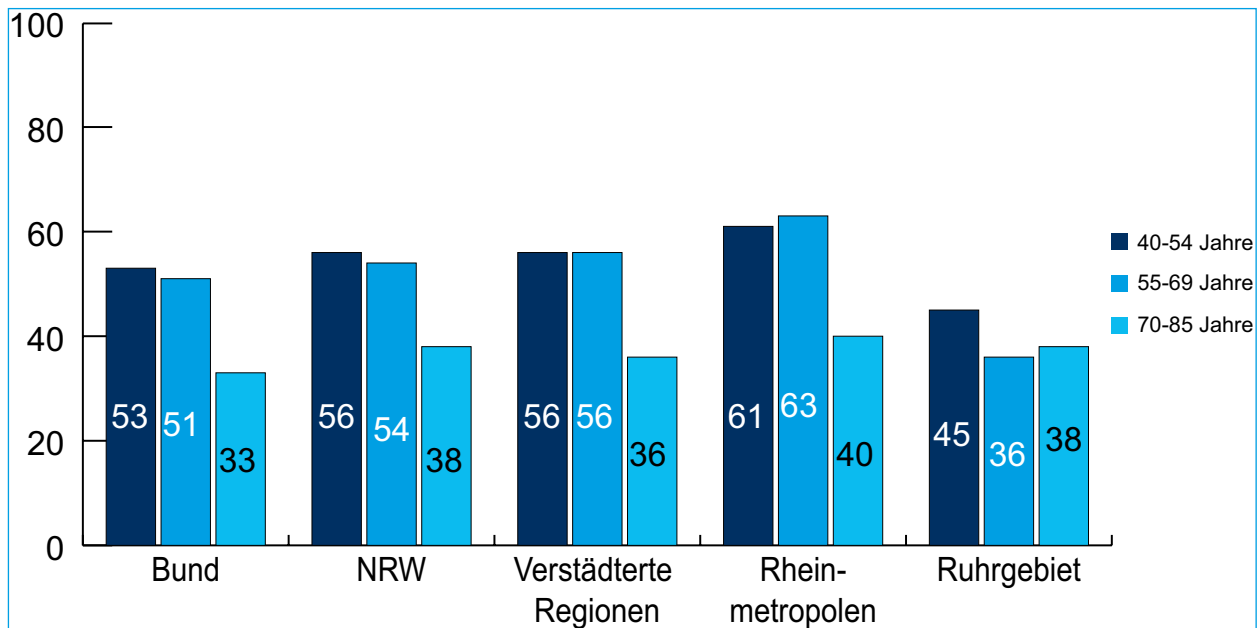
Quelle: DEAS 2008 (n=4.271), DEAS-NRW 2008 (n=569), gerundete Angaben, gewichtet

Zugleich ist zu erkennen, dass die gesundheitlichen Unterschiede der 40- bis 85-Jährigen im Regionalvergleich (d. h. im Vergleich zwischen verstädterten Regionen, Rheinmetropolen, Ruhrgebiet) eher gering sind. Im Hinblick auf die körperliche Funktionsfähigkeit gibt es kaum regionale Unterschiede. Hier bestehen aber Alterseffekte, so z. B. eine mit zunehmendem Alter abnehmende körperliche Funktionsfähigkeit. Sie ist zudem bei Frauen im Alter von 40 bis 85 Jahren stärker eingeschränkt als bei Männern.

Gesundheitliche Probleme zeigen sich vermehrt in unteren sozialen Schichten

Menschen mit höherer Bildung haben weniger Krankheiten, eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit und subjektive Gesundheit. Diese Ungleichheit zeigt sich auch mit Blick auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie z. B. sportliche Aktivitäten. Ein Vergleich der sportlichen Aktivität verschiedener Bildungsgruppen im Bund und in NRW zeigt, dass sich die Ergebnisse dahingehend ähneln, dass Personen mit niedrigerer Bildung deutlich seltener sportlich aktiv sind als Personen mit höherer Bildung. Zudem sind die Niveauunterschiede zwischen den einzelnen Teilregionen in NRW erheblich.

38 DEAS-NRW: Sportliche Aktivitäten nach Alter im regionalen Vergleich



Quelle: DEAS 2008 (n=6.023), DEAS-NRW 2008 (n=883), gerundete Angaben, gewichtet

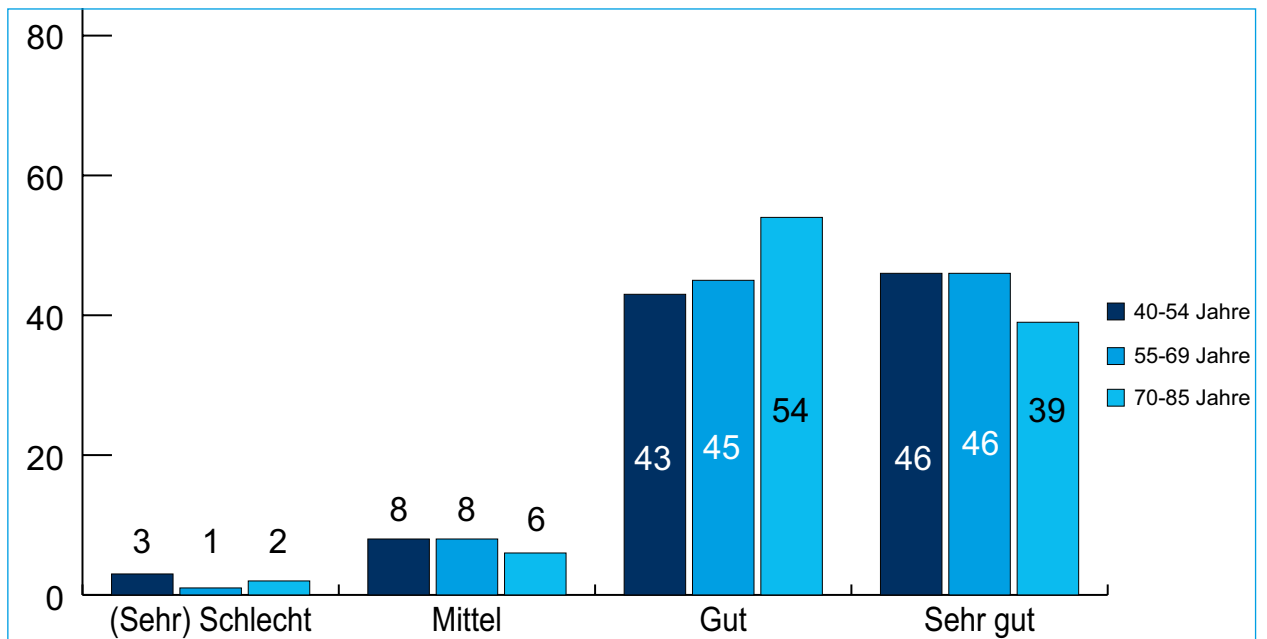
Der höchste Aktivitätswert ist in den Rheinmetropolen festzustellen: Mehr als ein Drittel der Personen mit niedriger Bildung sind dort sportlich aktiv. Im Vergleich dazu treibt nur jede fünfte Person mit geringer Bildung in den verstädterten Regionen NRWs Sport. Von den Personen mit mittlerer und hoher Bildung sind die im Ruhrgebiet deutlich seltener sportlich aktiv als die Vergleichsgruppen in den verstädterten Regionen und Rheinmetropolen. Die einzelnen Bildungsgruppen liegen im Ruhrgebiet hinsichtlich ihrer sportlichen Aktivität relativ nahe beieinander, während es deutlich größere (und signifikante) Bildungsunterschiede in den verstädterten Regionen und den Rheinmetropolen gibt.

Wohnsituation und Wohnumfeld

Die Wohnungen erfüllen nahezu flächendeckend alle Mindeststandards. Die 40- bis 85-Jährigen in NRW wohnen fast durchweg in modernen Wohnungen, die mit Bad und WC sowie Zentralheizung ausgestattet sind. Die Belegungsdichte ist zumeist unproblematisch. Nur für Verwitwete konnte häufig eine Unterbelegung festgestellt werden. Viele Menschen verfügen über eigene Erholungs- bzw. Freiflächen.

Nur etwa jede bzw. jeder Zehnte hat keinen Balkon und ca. jede bzw. jeder Dritte keinen Garten bzw. keinen Zugang zur Nutzung eines Gartens. Die Wohnsituation wird mit großer Mehrheit in allen Altersgruppen als „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. Jede zehnte Person stuft die Wohnsituation als „mittel“ oder „schlecht“ ein. Altersunterschiede sind im Hinblick auf die objektive wie die subjektive Wohnqualität gering.

39 DEAS-NRW: Bewertung der derzeitigen Wohnsituation nach Altersgruppen in NRW



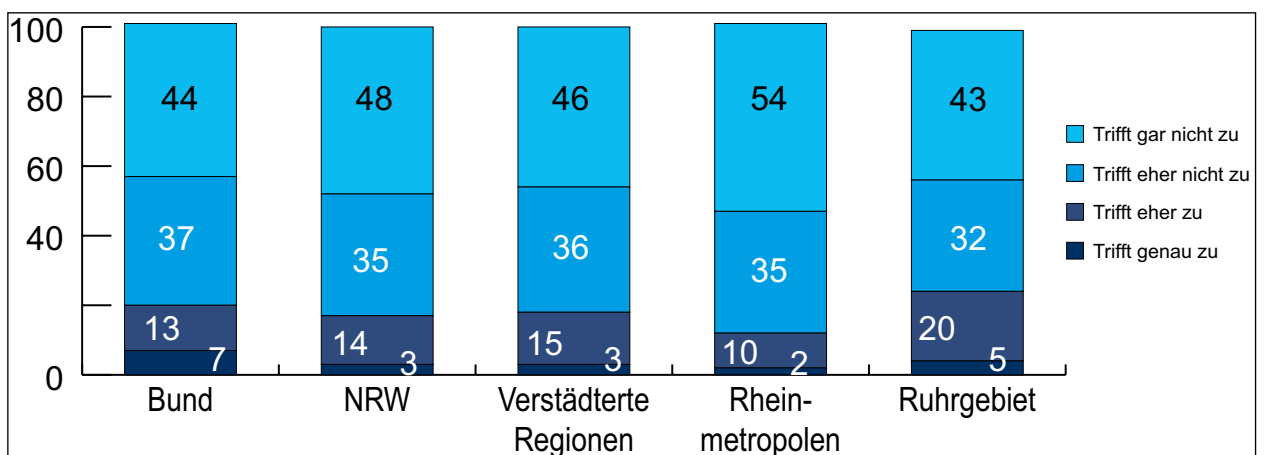
Quelle: DEAS-NRW 2008 (n=883), gerundete Angaben, gewichtet

Die Infrastruktur im Wohnumfeld der Älteren ist gut

Die infrastrukturelle Versorgung im Wohnumfeld der Älteren in NRW ist insgesamt gut. Einzelne Aspekte der Infrastruktur werden in NRW zum Teil besser bewertet als im Bund, so z. B. der ÖPNV-Anschluss, das Vorhandensein von Einkaufsmöglichkeiten oder die Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten sowie Apotheken.

Bei der medizinischen Versorgung sind Unterschiede innerhalb von NRW festzustellen. So bewerten die Menschen in den verstädterten Regionen und den Rheinmetropolen die Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten sowie Apotheken gleichermaßen als gut, im Ruhrgebiet wird die Situation etwas schlechter beurteilt.

40 DEAS-NRW: Fehlen von Ärztinnen und Ärzten sowie Apotheken im regionalen Vergleich



Quelle: DEAS 2008 (n=4.277), DEAS-NRW 2008 (n=575), gerundete Angaben, gewichtet

Probleme im Bereich Sicherheit und Lärmbelastung

Der Vergleich mit dem Bund fällt für andere Merkmale des Wohnumfeldes wie die Lärmbelastung oder das Sicherheitsempfinden in der Wohnumgebung für NRW weniger günstig aus. So empfinden die Älteren in NRW im öffentlichen Raum mehr Unsicherheit als dies im Bund der Fall ist. Zwischen den Teilregionen NRWs variiert das Sicherheitsempfinden nicht. Besonders unsicher fühlen sich Bewohnerinnen und Bewohner mit einem schlechten Gesundheitszustand, Frauen sowie die 70- bis 85-Jährigen.

Lärmbelastung der Älteren ist unterschiedlich verteilt

Regionale Unterschiede innerhalb von NRW bestehen bei der Lärmbelastung. Menschen in den verstädterten Regionen sind deutlich weniger durch Lärm belastet als diejenigen in den Rheinmetropolen oder im Ruhrgebiet. Der Gesundheitszustand, das Alter, das Geschlecht oder das Bildungsniveau beeinflussen das Ausmaß der empfundenen Lärmbelastung nicht.

Selbstständiges Wohnen hat im Alter einen hohen Stellenwert

Etwa 30 % der 40- bis 85-Jährigen in NRW planen, ihre Wohnsituation künftig zu verändern. Die Pläne beziehen sich vor allem darauf, das Eigenheim oder die Wohnung umzubauen oder in eine neue Wohnung umzuziehen. Weniger als jede bzw. jeder Zehnte plant, in eine betreute Wohnform zu ziehen. Der Anteil derjenigen, die eine Veränderung ihrer Wohnsituation planen, ist unter den Älteren geringer als im mittleren Lebensalter. Menschen mit hoher Bildung haben häufiger Pläne, ihre Wohnsituation zu verändern. Sofern Pläne vorliegen, handelt es sich bei den Älteren vor allem um Umzüge in eine altengerechte Wohnform.

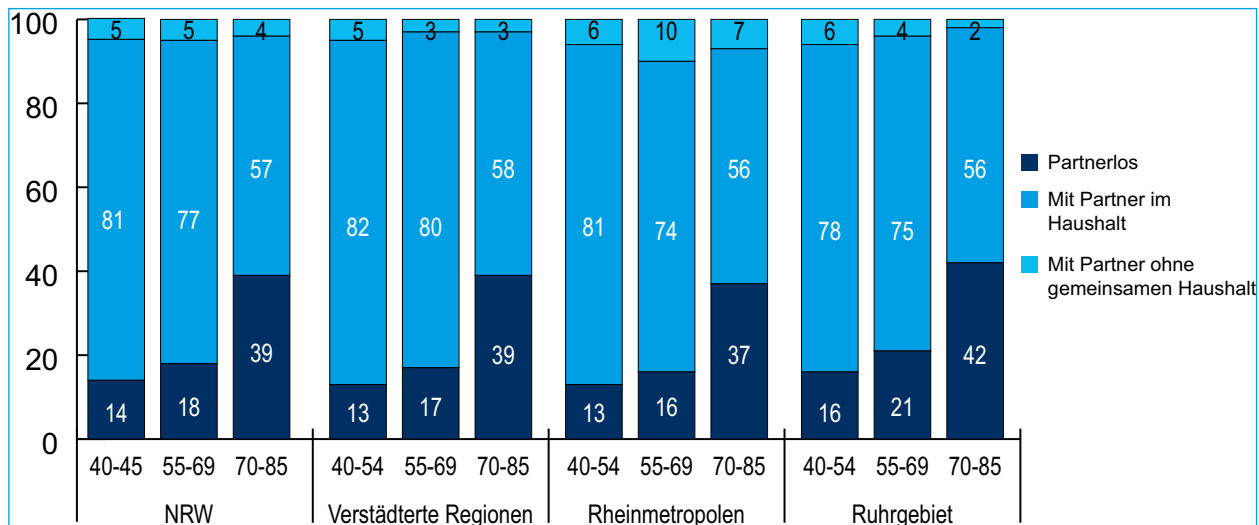
Lebensformen

Die Daten zeigen, dass sich die Lebensformen und sozialen Beziehungen der Menschen in der zweiten Lebenshälfte in NRW insgesamt ähnlich gestalten wie im Bundesdurchschnitt, es innerhalb von NRW aber markante regionale und soziale Unterschiede gibt.

Leben in einer Partnerschaft ist im Alter weit verbreitet

In NRW leben knapp vier Fünftel der 40- bis 85-Jährigen in einer Partnerschaft und etwa ebenso viele haben Kinder. Etwa 5 % leben in einer Partnerschaft mit getrennten Haushalten. Die Lebensformen der 40- bis 85-Jährigen unterscheiden sich erheblich nach Altersgruppe, Geschlecht, Region und Bildungsniveau. Die Partnerlosigkeit nimmt mit dem Alter zu, Frauen sind häufiger partnerlos als Männer. Im Ruhrgebiet leben im Vergleich zu anderen Teilregionen in NRW weniger Menschen mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen.

41 DEAS-NRW: Partnerschaftsstatus nach Alter im regionalen Vergleich



Quelle: DEAS-NRW 2008 (n=880), gerundete Angaben, gewichtet

Die Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern sind eng

In NRW hat die 40- bis 85-jährige Bevölkerung im Durchschnitt etwas weniger Kinder als im Bundesdurchschnitt. Zwischen Eltern in NRW und ihren Kindern bestehen enge Beziehungen, die jene im Bund übersteigen. Die Kontakthäufigkeit zu Kindern variiert weder mit dem Alter der Eltern noch zwischen Männern und Frauen noch mit dem Bildungsniveau. Allerdings nimmt mit steigendem Bildungsniveau der Eltern die Wohndistanz zu den Kindern zu. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass in den höheren Bildungsgruppen die räumliche Mobilität höher ist als in den niedrigen Bildungsgruppen. Auch in den verstädterten Regionen NRWs sind ältere Menschen häufiger damit konfrontiert, dass ihre Kinder weiter entfernt wohnen.

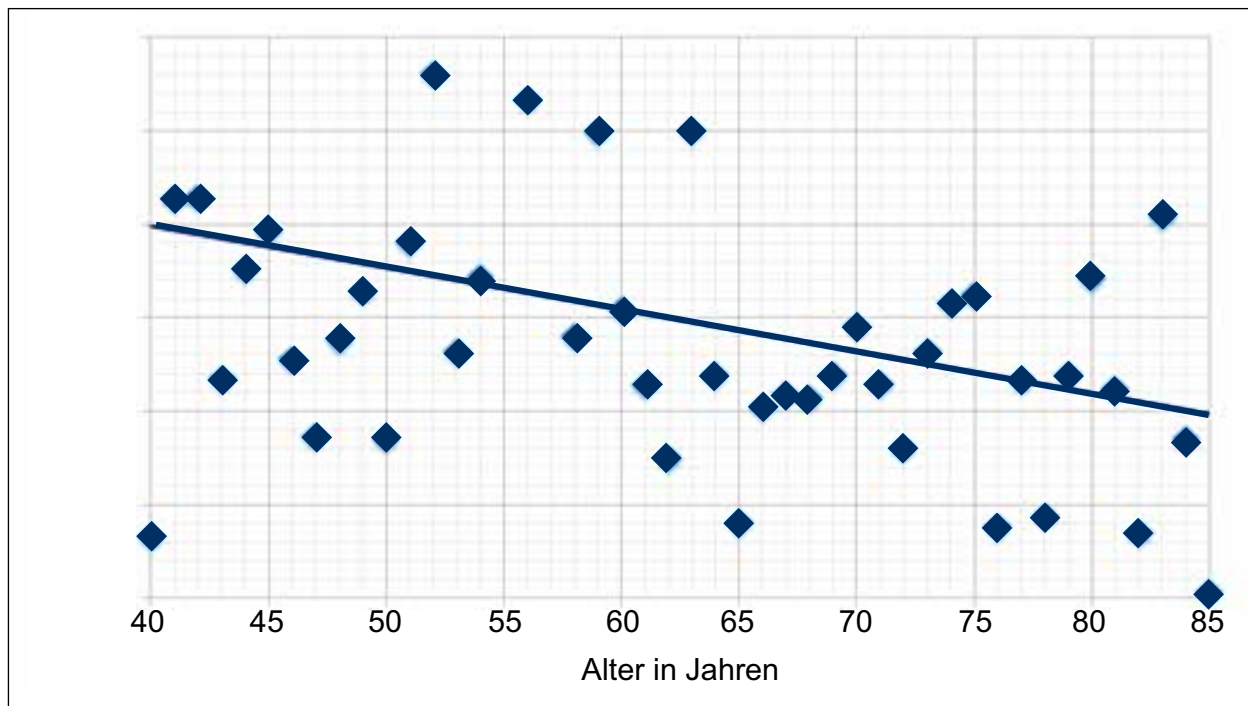
Partnerschaft und Familie haben eine hohe Bedeutung für die Lebensqualität im Alter

Menschen mit einer Partnerin oder einem Partner sind mit ihrem Leben zufriedener als Menschen ohne Partnerschaft, während Kinderlosigkeit für die Lebenszufriedenheit keine Rolle spielt. Ähnliche Befunde ergeben sich für die Einsamkeit. Auch hier ist die Partnerlosigkeit bedeutsamer als die Kinderlosigkeit. Partnerlose wünschen sich auch mehr Unterstützung in Form von Ratschlägen und Aufmunterung als Personen mit bestehender Partnerschaft.

Soziale Netzwerke sind im höheren Alter am kleinsten

In NRW nennen die 40- bis 85-Jährigen durchschnittlich fünf Personen als enge Netzwerkmitglieder, also Personen, zu denen sie regelmäßig Kontakt haben und die ihnen wichtig sind.

42 DEAS-NRW: Mittlere Netzwerkgröße nach Alter in NRW



Quelle: DEAS-NRW 2008

Der Kreis der engen Netzwerkmitglieder ist damit in NRW im Durchschnitt kleiner als auf Bundesebene (6,1 Personen). Innerhalb NRW sind die sozialen Netzwerke in den verstädterten Regionen etwas kleiner (4,7 Personen) als in den beiden anderen Regionen (Rheinmetropolen: 5,6 Personen; Ruhrgebiet: 5,5 Personen). Über 70-Jährige und Kinderlose haben kleinere Netzwerke als unter 70-Jährige und Personen mit Kindern.

Altern und Alter in Nordrhein-Westfalen im Überblick

Die Unterschiede in der sozialen Lage und der Lebensqualität der Älteren sind zwischen Nordrhein-Westfalen und dem Bund gering. Zwar liegt das Einkommen in NRW etwas über dem Bundesdurchschnitt, doch im Hinblick auf den Gesundheitsstatus, die Wohnsituation und die soziale Teilhabe zeigen sich keine gravierenden Differenzen. Allerdings gibt es auch einige Ausnahmen. Obwohl die amtliche Statistik im Vergleich der Bundesländer für NRW keine unterdurchschnittlichen Geburtenraten ausweist, ist z. B. die Kinderlosigkeit in NRW bei den 40- bis 85-Jährigen höher als im Bund. Die höhere Kinderlosigkeit in NRW führt möglicherweise auch dazu, dass hier die sozialen Netzwerke durchschnittlich etwas kleiner sind als auf Bundesebene, da fehlende familiäre Netze meistens nicht vollständig durch nicht-familiäre Beziehungen kompensiert werden.

Altern und Alter unterscheiden sich deutlich zwischen den Teilregionen des Landes

Die Teilregionen NRW bilden unterschiedliche Rahmenbedingungen für Lebensverläufe und das Leben im Alter. In vielen Merkmalen zeigen sich daher Differenzen zwischen dem Ruhrgebiet, den Rheinmetropolen mit ihren unmittelbar angrenzenden Nachbarkreisen sowie den beide umgebenden verstädterten Gebieten des Landes (verstädterte Regionen). Dabei fällt neben einer Vielzahl von Besonderheiten der Teilregionen die in vielfacher Hinsicht schlechtere Situation der Älteren im Ruhrgebiet auf. Insgesamt ist

die NRW-interne soziale und regionale Differenzierung in vielen Lebensbereichen prägnanter als die Abweichungen zwischen NRW und dem Bund insgesamt.

Alter ist anders – Analysen verweisen auf Differenzen zwischen den Altersgruppen

Was das Alter als sozialstrukturelles Merkmal betrifft, weist die bisherige Altersforschung immer wieder auf die Heterogenität und Ungleichheit zwischen älteren Menschen und die Variabilität von Altersverläufen hin. Hochbetagte sind z. B. viel häufiger von körperlichen und mentalen Einschränkungen betroffen als jüngere Ältere. Neben den negativen Zusammenhängen zwischen Alter und Gesundheitsstatus oder Alter und Erwerbsstatus finden sich auch einkommensbezogene Unterschiede. Die Einkommen in der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen sind z. B. höher als in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen oder 70- bis 85-Jährigen.

Die Wahrscheinlichkeit, Geldvermögen zu besitzen, nimmt von Altersgruppe zu Altersgruppe ab. Es ist außerdem eine mit dem Alter zunehmende Partner- und eine abnehmende Kinderlosigkeit zu beobachten. Letztere ist dadurch zu erklären, dass die Kinderlosigkeit zunimmt, je später die Menschen geboren wurden. In der ältesten Altersgruppe ist darüber hinaus die soziale Teilhabe geringer als in der jüngeren Altersgruppe.

Die Schlechterstellung von Frauen zeigt sich auch im Alter

Geschlechterunterschiede zeigen sich in mehreren Bereichen mit unterschiedlicher Ausprägung, wie z. B. beim Erwerbsstatus, der Gesundheit (körperliche Funktionsfähigkeit), der Lebensform (Partnerlosigkeit) oder der materiellen Lage (Einkommen, Geldvermögen). Da die unterschiedlichen Lebenssituationen von Menschen der verschiedenen Geschlechter oft eng miteinander verknüpft sind, ist eine gesellschaftliche Benachteiligung, die ein Geschlecht isoliert betrachtet, oft schwer auszumachen. Dennoch lässt sich festhalten, dass sich ältere Frauen häufiger in prekären Lebenslagen befinden als gleichaltrige Männer und auch häufiger von ihren männlichen Partnern sozioökonomisch abhängig sind, was sich in der Folge massiv negativ auf die Lebensqualität und -chancen der Frauen auswirken kann.

Bildungsunterschiede führen zu ungleichen Chancen für ein gutes Leben im Alter

Das Bildungsniveau hat einen positiven Einfluss auf Gesundheit, materielle Lage und soziale Teilhabe. Damit ist Bildung eine wesentliche Ressource für die Lebensgestaltung und die Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte. Sie ist zudem mit anderen wichtigen Ressourcen und dem Zugang zu gesellschaftlichen Positionen eng verbunden und somit ein Indikator der Sozialstruktur und von sozialer Ungleichheit. Das in frühen Phasen des Lebensverlaufs erreichte Bildungsniveau beeinflusst langfristig die Lebensqualität und die Lebenschancen. Um bis ins höhere Alter zu wirken, bedarf es allerdings (Aus- und Weiter-)Bildungsstrategien, die dem Problem der Vereinbarkeit von nach wie vor weiblich bestimmter „Häuslichkeit“ (Übernahme der Reproduktionsarbeiten wie Versorgung von (Enkel-)Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen) und männlich geprägter „Öffentlichkeit“ (Vollzeitbeschäftigung) geschlechtergerechter begegnen.

Soziale Lagen älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen wandeln sich

Sozialer Wandel kann durch kurzfristige Ereignisse oder Reformen ausgelöst werden oder auf langfristige Trends zurückgehen. Beide Perspektiven sind sozialpolitisch

von Interesse. Die Analysen mit dem DEAS für NRW, die den Vergleich zwischen den Jahren 1996 und 2008 ziehen, liefern einige Hinweise auf einen Handlungsbedarf. Im Vergleich zum Jahr 1996 ist die Erwerbstätigenquote im Jahr 2008 deutlich höher. Auch das durchschnittliche Renteneintrittsalter ist um rund ein Jahr gestiegen.

Die Dauer der Erwerbstätigkeit hat sich dagegen im Vergleich der Jahre 1996 und 2008 vermindert. Die materielle und finanzielle Lage der Bewohnerinnen und Bewohner NRWs hat sich verbessert, wobei diese Entwicklung im Ruhrgebiet weniger stark ausgeprägt war als in anderen Teilregionen. Der Gesundheitsstatus der Älteren in NRW ist zwischen beiden Jahren gleich geblieben. Der Vergleich zum Jahr 1996 zeigt also keine auffallend negativen Veränderungen in den objektiven Lebensbedingungen und der sozialen Lage.

Zukünftiges Altern in Nordrhein-Westfalen

Die Alterung der Bevölkerung wird sich fortsetzen und insbesondere dazu führen, dass Anzahl und Anteil der Menschen im Alter von 85 Jahren und älter deutlich wachsen wird. Zudem wird mit einer veränderten Sozialstruktur und Kultur des Alters zu rechnen sein, wenn neue Geburtskohorten in die zweite Lebenshälfte und den Ruhestand hineinwachsen. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Altenbevölkerung wird zunehmen, das Bildungsniveau der zukünftigen Alten wird höher und die Vertrautheit mit neuen Technologien größer sein. Es ist auch abzusehen, dass sich die Lebensverläufe weiter wandeln und die materielle Sicherheit im Alter angesichts eines fallenden Rentenniveaus verstärkt davon abhängen wird, inwieweit private Vorsorge betrieben werden konnte. Mit einer Abnahme der Kinderlosigkeit ist in absehbarer Zeit noch nicht zu rechnen, jedoch werden die zukünftigen Älteren vielfältigere Partnerschafts- und Familienverläufe aufweisen als es gegenwärtig der Fall ist. Sie sind möglicherweise auch offener gegenüber Lebensformen wie nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften, Wohngemeinschaften oder Partnerschaften mit getrennten Haushalten, die gegenwärtig in den hohen Altersgruppen noch selten vertreten sind.

Empfehlungen für die Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen

Förderung differenzierter Altersbilder: In der Öffentlichkeit wird immer noch ein eher negatives Bild vom Altern gezeichnet. Angesichts der Unterschiede zwischen den Altersgruppen ist nicht abzuleiten, dass Altern zwangsläufig mit Verlusten oder zunehmenden Problemen einhergeht. Zwar nimmt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit zu, dass gesundheitliche Belastungen, Einschränkungen und Funktionseinbußen auftreten, aber von den 70- bis 85-Jährigen geben immerhin 37 % an, dass sie bei sehr guter Gesundheit sind, und ebenso viele treiben Sport.

Regionale Differenzierung der Altenpolitik: Bei der Betrachtung der sozialen Lage der 40- bis 85-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner NRWs fallen im Vergleich zum Bund kaum Unterschiede auf, die einen besonderen Handlungsbedarf begründen. Dagegen fallen die regionalen Unterschiede innerhalb von NRW deutlicher aus. Insbesondere das Ruhrgebiet bedarf einer besonderen Förderung. Aus diesem Grund und auch nicht zuletzt deswegen, weil der demografische Wandel regional unterschiedlich verlaufen wird, ist eine regional differenzierte Altenpolitik nötig.

Altersgerechtes Wohnen und Wohnumfeld als wichtige Perspektiven: Gemessen an gängigen Wohnstandards ist die Wohnqualität überwiegend ausreichend oder gut. Auch die Ausstattung der Wohnumgebung wird überwiegend positiv beurteilt. Dennoch ha-

ben viele Wohnwünsche, die sie sich noch erfüllen möchten, und bei knapp 30 % der Befragten liegt eine Mobilitätsbereitschaft vor. Von einer Förderung gemeinschaftlicher Wohnprojekte könnten insbesondere die partnerlosen – in der Regel verwitweten weiblichen – Älteren profitieren.

Altenpolitik ist auch Politik für Frauen: Die markantesten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen im Bereich der Gesundheit und bei den Lebensformen. So zeigt sich für NRW, dass die gesundheitliche Verfassung von Frauen schlechter ist als die von Männern, so z. B. im Hinblick auf die körperliche Funktionsfähigkeit. Dennoch leben Frauen länger als Männer, so dass sie im Alter in der Regel die ggf. anfallende Pflege ihrer (Ehe-)Partner übernehmen, selbst allerdings auf die Versorgung durch andere angewiesen sind. Das verdeutlicht, dass der Bedarf an politischen Maßnahmen für ein aktives und selbstbestimmtes Altern für Männer und Frauen unterschiedlich stark ausgeprägt ist.

Bildungspolitik als langfristige Politik für das Alter: Das Bildungsniveau ist von den in diesem Bericht berücksichtigten Einflussfaktoren einer der stärksten. Die soziale und die ökonomische Lage sowie die gesundheitliche Verfassung und die soziale Teilhabe der 40- bis 85-Jährigen in NRW hängen mit dem Bildungsniveau zusammen. Insofern ist davon auszugehen, dass die Verbesserung der Bildungschancen und eine Verbreiterung des Bildungsangebots für ältere Menschen zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen zählen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich in den vergangenen Jahren die Bildungssituation im Ruhrgebiet verbessert hat. Generell ist eine weitere Erhöhung des Bildungsniveaus der Bevölkerung nur langfristig zu erreichen. Dagegen können Weiterbildungsangebote, von denen ältere Menschen profitieren, rascher ausgebaut werden. Um einer geschlechtergerechten Bildungspolitik Vorschub zu leisten, bedarf es unabdingbar einer lösungsorientierten Berücksichtigung der Problematik rund um die Vereinbarkeit von Familienarbeit und Beruf, die weiterhin verbreitet einseitig die Bildungsmöglichkeiten von Frauen negativ beeinflusst.

Forschungsbedarf

Der Bericht „Die Lage älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen – NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurveys“ liefert einen Überblick über die Lebenssituationen älterer Menschen in NRW. Mit den Daten des DEAS konnte allerdings nur ein unvollständiges Bild der sozialen Lage gezeichnet werden. Die wichtigsten Einschränkungen sind die geringe sozialstrukturelle und regionale Erschließungstiefe der Daten sowie die mangelnde Repräsentanz der nicht-deutschen Bevölkerung, von Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie über 85-Jährigen.

Es ergeben sich mehrere Optionen, die analytischen Grundlagen für eine Alterssozialberichterstattung in NRW auf der Basis von Surveydaten weiterzuentwickeln. Erstens bietet sich eine Ausweitung der Fallzahlen durch Ergänzungsstichproben für NRW an, die im Rahmen der allgemeinen Datenerhebungen des DEAS realisiert werden könnte. Angesichts der notwendigen Erschließungstiefe wäre eine Fallzahl von etwa 3.000 anzustreben, die bei Differenzierung nach drei Altersgruppen, Geschlecht und drei Teilregionen noch Zellenbesetzungen von 150 bis 200 Fällen erzielen würde. Dies böte auf lange Sicht die Möglichkeit einer Sozialberichterstattung im Längsschnitt, sofern die jeweiligen Folgeerhebungen in der Konzeption bedacht werden.

Wenn zweitens auf die Lebenssituation gesellschaftlicher Teilgruppen mit vergleichsweise geringer Größe und schlechter Erreichbarkeit bzw. geringer Befragungsbereit-

schaft oder -fähigkeit abgehoben werden soll, bietet sich die Ergänzung der bevölkerungsrepräsentativen Daten durch teilgruppenbezogene Studien an. Insbesondere sind dabei Migrantinnen und Migranten, Hochbetagte und gleichgeschlechtlich orientierte Menschen zu berücksichtigen. Hierbei ist auch an spezifische, von der Haupterhebung abweichende Zugangswege und die Nutzung angepasster Erhebungsinstrumente zu denken.

Steht drittens die exaktere regionale Differenzierung der Berichterstattung im Vordergrund, so bieten sich regionalstrukturell ausgerichtete Studien zu ausgewählten spezifischen Kreisen und kreisfreien Städten an. Auf der Grundlage der Daten der amtlichen Statistik sind hierbei alternspolitisch relevante typische regionale Konstellationen zu identifizieren und kontrastierend zu untersuchen. Dem Verzicht auf Bevölkerungsrepräsentativität stünde hier wie auch schon bei der Betrachtung gesellschaftlicher Teilgruppen eine verbesserte Kontrastierung und Zielgenauigkeit der Datenerfassung gegenüber, wodurch die breite Erhebung des DEAS sinnvoll ergänzt werden kann.

7.1.2 Wie ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen leben – Ausgewählte Aspekte von Altsein und Altwerden in NRW – was sagt die Generali Altersstudie 2013 dazu?

Im Rahmen der Generali Altersstudie 2013 („Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren“)¹³⁵ wurden 2012 vom Institut für Demoskopie Allensbach – repräsentativ für die Bundesrepublik – insgesamt 4.197 in Privathaushalten lebende Personen im Alter von 65 bis 85 Jahren mündlich zu verschiedenen Themen ihrer Lebenslage befragt. Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern befanden sich 746 Personen mit Wohnort in NRW.

Im Rahmen der vorliegenden Kurzstudie wurde für NRW eine Sekundärauswertung der für die Bundesrepublik erhobenen Daten in Bezug auf ausgewählte Lebenslagebereiche durchgeführt, die allerdings für die meisten der untersuchten Aspekte keine im statistischen Sinne nennenswerten Abweichungen ergab. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse und Trends beschrieben und aus der Perspektive von NRW interpretiert.¹³⁶ Die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen im Alter von 65 bis 85 Jahren – und dies gilt auch für die NRW-Teilpopulation – verfügt in der subjektiven Selbstwahrnehmung über eine hohe Lebenszufriedenheit (Skalenstufe Bund 7,4 (NRW 7,3) auf einer Skala von null („überhaupt nicht zufrieden“) bis zehn („völlig zufrieden“)). Allerdings sind über 85-jährige Menschen, die in Heimen leben und sehr viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund nicht in die Untersuchung mit einbezogen worden.¹³⁷ Die höchsten Zufriedenheitswerte ergaben sich bei der Wohnsituation, dem Wohnumfeld und den

135 Vgl. Generali Zukunftsfonds (Hrsg./Institut für Demoskopie Allensbach (Januar 2013): Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Bonn. Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung 592 Seiten, Bonn, im Folgenden zitiert als Generali Zukunftsfonds (Hrsg./Institut für Demoskopie Allensbach (Januar 2013):und Generali Altersstudie 2013 (2012): Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. 320 Seiten, Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2012, im Folgenden zitiert als Generali Altersstudie 2013 (2012)

136 Es ist zu beachten, dass festgestellte Abweichungen von +/-2 % im Bereich von Zufallsfehlern liegen können.

137 Im Rahmen der Generali Altersstudie wurde „die deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten im Alter von 65 bis 85 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland“ befragt. Zugewanderte ältere Personen, die über keine oder geringe Deutschkenntnisse verfügen, wurden nicht in die Untersuchung einbezogen. Ältere Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, wurden ebenfalls nicht berücksichtigt.

Vgl. Generali Zukunftsfonds (Hrsg./Institut für Demoskopie Allensbach (Januar 2013). Generali Altersstudie 2013S. 537.

sozialen Kontakten. Während die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation über alle betrachteten Altersgruppen hinweg leicht zunimmt, nimmt sie in Bezug auf die Gesundheit mit dem Alter ab.

Die vergleichsweise hohen Zufriedenheitsquoten deuten darauf, dass das eigene Altern einschließlich der jeweiligen Rahmenbedingungen positiv bewertet wird. Allerdings darf dies nicht nur als Abbild objektiver Lebensbedingungen interpretiert werden. Es ist vielmehr eine subjektive Deutung, in die unterschiedliche Werte, Überzeugungen, Einstellungen und Bedürfnisse eingehen¹³⁸ und nicht zuletzt die Akzeptanz, dass die Rahmenbedingungen kaum verändert werden können. Hohe Zufriedenheitswerte können auch ein Resultat menschlicher Anpassungsleistungen an sich verändernde Rahmenbedingungen sein. Eine Verschlechterung einer objektiven Situation muss sich nicht negativ auf ihre subjektive Bewertung auswirken, sondern kann „als Ergebnis einer Neubewertung der Situation“ verstanden werden, „die ihrerseits auf veränderten subjektiven Kriterien für ein gutes Leben gründet“.¹³⁹

In der Generali Altersstudie gibt es Belege für soziale Prädiktoren der Lebenszufriedenheit im Alter. Sie ist z. B. in den jüngeren Altersgruppen höher. Dies gilt auch für Personen mit höherer Schulbildung, höherem Nettoeinkommen, einem besseren Gesundheitszustand sowie einer Partnerin oder einem Partner und/oder Enkelkindern. Die drei Einflussfaktoren Bildungsgrad, Einkommen und Gesundheitszustand beeinflussen die soziale Lage im Alter zentral. Da deren Entstehungsbedingungen primär in früheren Lebensphasen begründet liegen, ist es mit Blick auf künftige Alterskohorten wichtig, bestehende Präventionspotenziale frühzeitig zu fördern und auszuschöpfen. Aktueller Handlungsbedarf mit Blick auf die heute Alten besteht in Bezug auf die in der Generali Altersstudie ermittelten bereichsspezifischen Unzufriedenheiten. Gesundheitliche Einschränkungen und das zunehmende Bewusstsein der eigenen Endlichkeit werden offenbar als besonders belastend erlebt.

Die überwiegend hohe Lebenszufriedenheit lässt sich u. a. an der Einkommenslage verdeutlichen. Für die NRW-Teilpopulation sind gegenüber der älteren Gesamtbevölkerung nur geringe Unterschiede zu erkennen. Die Gesamteinschätzung ist in der NRW-Stichprobe geringfügig besser, allerdings mit den aus anderen Forschungen bekannten geschlechtsspezifischen Ausprägungen: Sowohl in NRW wie im Bund liegt die Beurteilung der befragten Frauen um etwa fünf Prozentpunkte unter der der gleichaltrigen Männer. Darin spiegeln sich geschlechtsspezifische Unterschiede in den Alterseinkommen wider.¹⁴⁰

In NRW – wie im Bund – leben die Älteren überwiegend in stabilen wirtschaftlichen Verhältnissen. Bei den meisten hat sich die wirtschaftliche Lage in den letzten drei Jahren nicht verändert, und auch für die kommenden drei Jahre werden überwiegend keine wirtschaftlichen Veränderungen erwartet. Dies deutet auf die weitgehende Konjunkturabhängigkeit der Einkommensquellen älterer Menschen, wobei die in ihren Anpassungsraten weitgehend festgelegten und daher stabilen Renten und Pensionen für die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen sowohl auf Bundes- wie auf NRW-Ebene die wichtigsten Einkommensquellen darstellen. So stellt die gesetzliche Rentenversi-

138 Vgl. Kruse, A. (2012): Lebenszufriedenheit aus psychologischer und gerontologischer Perspektive. In: Generali Zukunftsfonds (Hrsg.)/ Institut für Demoskopie Allensbach, Generali Altersstudie 2013, S. 62-72.

139 Ebd., S. 64

140 Vgl. Naegele (2012a)

cherung (GRV) zwischen 65 und 70 % des Gesamtbrutto-Einkommen-Volumens der älteren Menschen in Deutschland. Es wird kaum von Verbesserungen in der wirtschaftlichen Lage (Bund 6 %, NRW 5 %) berichtet bzw. werden kaum Verbesserungen erwartet (Bund 3 %, NRW 2 %). Demgegenüber berichten 17 % (NRW 16 %) von stattgefundenen bzw. erwarten 12 % (NRW 14 %) wirtschaftliche(n) Verschlechterungen.

Es ist vor einer Bedeutungszunahme von Armut im Alter für künftige Kohorten älterer Menschen zu warnen, insbesondere wegen der „Spätfolgen“ der neuen Alterssicherungspolitik, den wachsenden Lücken in den Erwerbsbiografien, die zukünftig nicht mehr allein Frauen sondern verstärkt auch Männer treffen werden, sowie zunehmender prekärer Beschäftigung und Langfristarbeitslosigkeit.

Erschwerend kommt hinzu, dass den meisten aus dieser Gruppe de facto der Ausweg in die private Absicherung (Riester-Rente) verschlossen ist.¹⁴¹ Dies belegen die sozialselektiven Verteilungsmuster ihrer Nutzung.¹⁴²

Arbeit trotz Rente gilt als eine mögliche Reaktion auf unzureichende Alterseinkommen und als Instrument zur Aufstockung niedriger Renten. Auch in dieser Hinsicht unterscheidet sich NRW mit einer Erwerbsquote von 12 % nicht in einem statistisch signifikanten Sinne von dem in der Generali Altersstudie ermittelten Bundesdurchschnitt von 11 %. Allerdings sind die „Ruhestandsarbeitnehmer und -arbeitnehmerinnen“ in NRW etwas jünger als im Bundesdurchschnitt, und es sind etwas mehr ehemalige Freiberufliche und Selbstständige darunter (NRW 40 %, Bund 38 %).

Neben der Einkommenssituation beeinflusst insbesondere der Gesundheitszustand die Lebenszufriedenheit und die Lebenslage im Alter und damit in vielen Fällen die Rahmenbedingungen für individuelle Handlungsspielräume. Laut der Generali Altersstudie 2013 bewerten bundesweit rd. 42 % (NRW 40 %) ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bzw. „gut“. Nur etwa jede bzw. jeder fünfte Befragte bzw. Befragter zieht eine negative Bilanz. Insgesamt verweist die Generali Altersstudie auf bekannte gerontologische Zusammenhänge: Die positive Selbsteinschätzung sinkt mit dem Alter zugunsten einer stärker negativen Beurteilung. Männer haben eine leicht positivere Selbsteinschätzung (die nicht unbedingt objektiven Befunden entspricht). Mit dem sozioökonomischen Status sinken die positiven Gesundheitswerte: Eine frühere niedrige berufliche Stellung (vor allem Arbeiterinnen- und Arbeiterstatus), ein geringes schulisches und berufliches Qualifikationsniveau sowie (damit zusammenhängend) ein niedriger ökonomischer Status begrenzen die Gesundheitschancen auch im Alter. Diese sozioökonomischen Besonderheiten lassen sich in den Erwartungen zur Entwicklung des eigenen Gesundheitszustandes in der Zukunft wiederfinden.

Ob in diesem Zusammenhang das ebenfalls von der Generali Altersstudie bestätigte wachsende Gesundheitsbewusstsein der jeweils nachrückenden Alterskohorten flächendeckend „kompensierend“ wirken kann, muss angesichts der Bestätigung der Aussage „Gesundheitsprobleme beginnen nicht erst im Alter“ bezweifelt werden. Zu berücksichtigen ist hier zum einen der Sachverhalt, dass lebenslauf- und bestehende lebenslagentypische gesundheitliche Risiken und Benachteiligungen einerseits stark

141 Vgl. Naegele, G. (2012a): Der Einfluss staatlicher und privater Alterssicherungssysteme auf die materielle Situation der älteren Generation: In: Generali Zukunftsfonds(Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013, S. 94-103.

142 Vgl. Blank, F. (2011): Die Riester-Rente: Ihre Verbreitung, Förderung und Nutzung. In: Soziale Sicherheit, 12: S. 414-421.

nach Geschlecht differieren, andererseits insbesondere aber auch von Angehörigen der unteren sozialen Schichten in die Lebensphase Alter „mitgebracht“ werden .

Zum anderen wird (präventives) gesundheitsbewusstes Verhalten einschließlich sportlicher Aktivitäten deutlich stärker in den oberen sozialen Schichten praktiziert. In der Konsequenz nimmt die Gefahr eines weiteren Auseinanderklaffens von Gesundheitschancen im Alter entsprechend der Zugehörigkeit zu den einzelnen sozioökonomischen Gruppen zu. „Soziale Ungleichheit“ bei Krankheit im Alter oder „Schichtunterschiede bei der Gesundheit“¹⁴³ lassen sich auch an den Unterschieden in der gesunden ferneren Lebenserwartung festmachen.

Diese Befunde sind nicht neu, können aber Anlass dafür sein, in einer alternden Gesellschaft mehr altersbezogene und geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung zu praktizieren (und vor allem auch zu finanzieren), dabei nicht nur auf Verhaltens-, sondern verstärkt auf Verhältnisprävention zu fokussieren und die höheren Gesundheitsrisiken von älteren Angehörigen der unteren sozialen Schichten expliziter in den Blick zu nehmen. Entsprechende Vorleistungsverpflichtungen¹⁴⁴ bestehen für die hauptverantwortlichen Akteurinnen und Akteure vor allem in den Alltagswelten älterer Menschen, d. h. dort, wo es um die politikfeldübergreifende Sicherung und Herstellung von gesunden bzw. gesundheitserhaltenden Lebensverhältnissen und Lebenslagen geht. Dies gilt insbesondere für die risikominimierende Gestaltung der Arbeitswelt unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedarfe nach Geschlecht, die Bildungsangebote, die Städte-, Raumplanungs- und Wohnungspolitik, die Technikanbieter sowie in erster Linie die Kommunen im Rahmen ihres verfassungsgemäß vorgegebenen Auftrags zur sozialen Daseinsvorsorge, die Gesundheitsvorsorge explizit einschließt. Speziell das Setting Kommune (mit seinen (Sport-)Vereinen, Bildungsträgern, Einrichtungen und Diensten) gilt als am besten geeignet, da hier die Erfolgsaussichten besonders hoch sind. Allerdings trifft auch für NRW zu, dass die Eigenverantwortung für das Thema „Gesundheit im Alter“ in vielen Kommunen nur wenig präsent ist und zudem zu befürchten ist, dass ihnen auch künftig die entsprechenden Voraussetzungen (u. a. qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, lokale Vernetzungsbündnisse) und Finanzmittel fehlen. In NRW ist darüber hinaus ein weiteres Phänomen zu berücksichtigen: In keinem Bundesland leben so viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund, für die z. T. zusätzliche ethnisch-differenzierte Angebote bereitgestellt werden müssen.

Zu den seit langem bekannten gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen gehört, dass der Gesundheitszustand stark mit dem Familienstand korreliert. Partnerschaft und Familie zählen in verschiedenen Dimensionen zu den vorbeugend wirkenden Faktoren. Im Alter verändern sich die Partnerschafts- und Familienstrukturen. Die Generali Altersstudie hat den sozialen Kontakten älterer Frauen und Männer daher besondere Beachtung gewidmet, die in diesem Bericht aber nur ausschnittartig aufgegriffen werden können.

Die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen bundesweit wie auch in NRW ist gern unter Menschen. Nur eine kleine Minderheit fühlt sich häufig einsam, fast drei

143 Klein, T./Rapp, I. (2012b): Soziale Unterschiede der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. In: Generali Zukunftsfonds (Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013., S. 194-201.

144 Vgl. BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin.

Viertel „selten“ oder „nie“ (Rest: „manchmal“). Bevorzugte Kontaktpartnerinnen bzw. Kontaktpartner sind die engsten Familienangehörigen, also Ehepartnerin oder -partner, Kinder und Enkelkinder. Sowohl bundesweit (51 %) als auch in NRW (49 %) (jeweils ohne Verwitwete) lebt die überwiegende Mehrheit der 65- bis 85jährigen mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen, die bzw. der in der Regel zugleich Ehepartnerin oder -partner ist. Bundesweit sind 65- bis 85-jährige Ehepaare im Durchschnitt seit 43 Jahren verheiratet, drei Viertel sogar länger als 40 Jahre. Dabei überrascht nicht, dass die Existenz einer Partnerin oder eines Partners die Lebenszufriedenheit beeinflusst. Die Abstände zur Lebenszufriedenheit der Partnerlosen sind jedoch vergleichsweise gering. Die Generali Altersstudie vermutet, dass sich diejenigen, die nicht mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenleben, damit arrangiert haben und berichtet zudem, dass die „relative Mehrheit der Ledigen und Geschiedenen mit ihrer Partnerlosigkeit zufrieden ist“.¹⁴⁵ Fast die Hälfte der Partnerlosen gibt an, auch ohne Partnerin oder Partner zufrieden zu sein, wobei ein großer Bekanntenkreis und eine gute Gesundheit mit ausschlaggebend dafür sind. Entsprechend wünscht sich nur knapp ein Viertel der Partnerlosen eine neue Partnerschaft.

„Ehe- und Beziehungsstabilität waren in den letzten Jahren einem starken Wandel unterzogen“.¹⁴⁶ Deshalb ist davon auszugehen, dass der Anteil der älteren Menschen, die nicht mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen leben, künftig zunehmen wird. Dies gilt vor allem für Männer. Die in den jüngeren und mittleren Lebensjahren zunehmend verbreitete Partnerlosigkeit ist ein Grund dafür, ein zweiter ist die geringer werdende Neigung, nach Trennung und Scheidung eine neue feste Bindung einzugehen. Wenn dies auch vor allem jüngere Jahrgänge betrifft, so nimmt doch die Zahl der Altersscheidungen beachtlich zu. Insgesamt kann für die Zukunft von einer wachsenden Zahl alleinlebender älterer Männer ausgegangen werden, über deren Lebenslage derzeit noch wenig bekannt ist und deren Versorgungsbedarfe bislang noch nicht explizit Gegenstand gerontologischer Forschung waren, auf die sich präventive Alten- und Familienpolitik also einstellen muss.

Bundesweit haben 11 % (NRW 12 %) keine Kinder, haben 13 % (NRW 12 %) zwar Kinder, aber (noch) keine Enkelkinder und haben 76 % (NRW 74 %) Kinder und Enkelkinder. Ob die hier ausgewiesenen geringen Abweichungen zum Bundesdurchschnitt Rückschlüsse zulassen auf ein ggf. geringeres familiales Unterstützungspotenzial der älteren Menschen in NRW, müsste untersucht werden.

Alle vorliegenden Forschungsergebnisse bestätigen übereinstimmend die hohe Bedeutung von Partnerschaft und intakten Familienbeziehungen nicht nur für die subjektive Lebenszufriedenheit, sondern auch für psychisches Wohlbefinden (und damit den Gesundheitszustand) sowie insbesondere für soziale Unterstützungsstrukturen. Die besondere Rolle von Kindern und Enkelkindern für Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, Lebenslage und soziale Unterstützung älterer Menschen ist bereits in früheren Studien nachgewiesen worden. Die Generali Altersstudie liefert hierzu weitere Fakten und Einsichten. So glauben bundesweit 58 % der Befragten, man brauche Kinder, „zum wirklich glücklich zu sein“. Entsprechend berichten rund 80 % von einem „engen“ und „sehr engen“ Zusammenhalt in der Familie. Nahezu neun von zehn Befragten mit Kindern

145 Generali Zukunftsfonds (Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013:(2012),,S. 187

146 Klein, T./Rapp, I. (2012a): Partnerschaft und soziale Beziehungen im Alter. In: Generali Zukunftsfonds/Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013: (2012),,S. 195

berichten von einem „guten bis sehr guten Verhältnis“ zu den eigenen Kindern. Rund zwei Drittel der kinderlosen Befragten bedauern, keine Kinder zu haben. Selbst wenn man konzediert, dass in Befragungen bei Älteren die Familienbeziehungen (vor allem zu den Kindern) häufig in einem positiven Sinne überhöht geschildert werden und dass die der Generali Altersstudie zugrundeliegende Grundgesamtheit (65- bis 85-Jährige in Privathaushalten) familial-wirksame Selektionseffekte haben dürfte (z. B. Fehlen sehr alter Menschen und Menschen, die – ggf. notgedrungen – in Einrichtungen leben): Das Lebensmodell „Familie“ hat nicht umsonst in der hier befragten Altenbevölkerung eine extrem hohe Bedeutung und Akzeptanz.

Dies kann auch am Beispiel des innerfamiliären Austauschs an Geld-, Sach- und instrumentellen Leistungen belegt werden. Es gibt beachtliche zeitliche wie materielle gegenseitige Unterstützungsleistungen. Insgesamt haben neun von zehn der in der Generali Altersstudie befragten älteren Menschen jemanden, auf den sie in einer schwierigen Lage zählen können. Dabei ist die Familie für mehr als drei Viertel aller Befragten (mit Familienangehörigen) die Hauptquelle von Alltagsunterstützung und soziales Netz in schwierigen Situationen. Erwartungsgemäß etwas kleiner wird der Kreis, wenn es um eine finanzielle Unterstützung geht. Hier ist die Bereitschaft, sich an die Familie zu wenden, deutlich niedriger, aber mit über 50 % noch immer sehr hoch. Ältere Menschen wollen ihren Kindern etwas geben und sie nicht finanziell belasten. Andererseits sind viele Ältere „Geber innen bzw. Geber“ von Leistungen an die Familien, d. h. Geldleistungen und Zeitaufwand z. B. für Betreuungsleistungen.

Von Interesse ist, dass mehr als drei Viertel der Verwitweten, Geschiedenen und Kinderlosen auf externe Hilfe von Personen außerhalb des Familienkreises zurückgreifen, also fehlende familiäre Unterstützung extern kompensieren können.

Bei allen diesen Befunden ergeben sich keine nennenswerten NRW-Abweichungen vom Bundesdurchschnitt. Intakte Familienbeziehungen sind somit nicht nur für die älteren Menschen, sondern auch für die jüngeren Generationen zentrale Quelle von materieller wie sozialer Unterstützung.

Die Sicherung des kleinen und großen Generationenvertrags und die Vermeidung von Generationenkonflikten gelten vielen als die eigentlichen Herausforderungen des demografischen Wandels. Die Generali Altersstudie zeigt ein hohes Maß an Sensibilisierung dafür in der älteren Generation und ein hohes Maß an Mitwirkungsbereitschaft bei der Lösung der damit verbundenen Probleme. Es gibt keinerlei empirische Evidenz weder für eine „gierige Generation“ noch für eine weit verbreitete Basis für eine „Rentnerdemokratie“.

Trotz der emotionalen Nähe zu den Kindern und Enkelkindern gibt es kein ausgeprägtes Interesse, mit diesen auch zusammen leben zu wollen. Die Generali-Daten bestätigen bekannte Befunde, nach denen das selbstständige Wohnen, d. h. eine autonome Lebensführung möglichst in den „eigenen vier Wänden“, ein zentrales Anliegen ist und das Wohnen bei den Kindern/Enkelkindern allenfalls für eine (wenn auch durchaus beachtliche) Minderheit in Betracht käme. Dennoch gibt es alternative Vorstellungen, wenn es mit dem Alleinleben nicht mehr gehen sollte, bei denen sich erneut hohe Übereinstimmungen der für NRW erhobenen Präferenzen mit dem Bundesdurchschnitt ergeben. Auf die Frage „Wenn Sie einmal nicht mehr alleine leben können, wohin möchten Sie dann ziehen, wie möchten Sie dann am liebsten leben?“ wurde geantwortet: In der eigenen Wohnung mit Pflegedienst (59 %; NRW 53 %), im Seniorenheim mit eigener Wohnung (31 %; NRW 32 %), im Seniorenheim mit eigenem Zimmer (21 %; NRW

19 %), bei den Kindern/Enkeln (jeweils 20 %), in einer eigenen Wohnung in einem Mehrgenerationenhaus (19 %; NRW 20 %) sowie in einer Wohngemeinschaft mit anderen älteren Menschen (12 %; NRW 11 %).

Die altengerechte Ausstattung der eigenen Wohnung steht im Zentrum des Interesses der von Generali befragten Älteren. Besonders wichtig waren dabei die Barrierefreiheit im Badezimmer (65 %), die Möglichkeit, Treppen zu vermeiden (42 %), Hausnotrufsysteme (53 %), altersgerechte Küchen (34 %), ICT- Sicherungsschutz (25 %), elektronische Übermittlung von Gesundheitsdaten (23 %) sowie automatische Medikamenteneinnahme-Erinnerung (20 %). NRW-Besonderheiten gab es nicht, allerdings gaben die Befragten in NRW zu allen Dimensionen geringfügig mehr Nennungen an.

Insgesamt zeigt sich, dass sich die wachsende soziale Heterogenisierung des Alters zwar auch in einer wachsenden Differenzierung der Wohnwünsche widerspiegelt.

Es dominiert aber nach wie vor das selbstständige Wohnen in den eigenen vier Wänden – auch im Pflegefall.¹⁴⁷ Vor diesem Hintergrund wird ausgehend von den Ergebnissen der Generali Altersstudie die Schlussfolgerung gezogen: „Es gibt keine Alternative dazu, im Wohnquartier komplementär zum erforderlichen altengerechten Umbau von Hunderttausenden von Wohnungen zusätzlich soziale Unterstützungsnetzwerke aufzubauen und das nahe Wohnumfeld als Pflege- und Kontaktstützpunkt bei Bedarf zu nutzen“.¹⁴⁸ Diese Forderung findet in dem hohen Grad der sozialen Einbindung der in der Generali Altersstudie befragten älteren Menschen in nachbarschaftliche und andere Netzwerke, die genutzt werden sollten, ihre Entsprechung. Ziel muss es sein, vernetzte Wohnstrukturen im angestammten Quartier zu schaffen, die es älteren Frauen und Männern ermöglichen, trotz Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarf im eigenen Quartier zu verbleiben. Die gegenwärtig auch in NRW offensiv diskutierten und geforderten Quartierskonzepte bieten hinreichende Anknüpfungspunkte dafür. Derartige Quartierskonzepte entstehen aber nicht im Selbstlauf, sondern sind professionell herzustellen, zu begleiten und zu stärken.

Dies ist insbesondere eine kommunale Aufgabe im Rahmen der verfassungsgemäß zugewiesenen sozialen Daseinsvorsorge.¹⁴⁹ Besondere Anstrengungen erfordert dabei der ländliche Raum und das auch in NRW weit verbreitete Einfamilienhaus-Segment. Letzteres setzt neben „altersgerechter“ Modernisierung vor allem Investitionen in die Technik- und ICT-Ausstattung der Haushalte voraus. Das Fehlen hinreichend stabiler und entsprechend ausgestatteter Geschäftsmodelle in diesem Segment spiegelt zugleich die unzureichenden Refinanzierungsmöglichkeiten im Rahmen sozialversicherungsrechtlicher Lösungen¹⁵⁰ wider und gehört dringend in den Regelungsbereich künftiger SGB V- und SGB VI-Novellen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels.

Wenn in diesem Zusammenhang auf die förderliche Rolle der Kommunen abgehoben wird, dann findet dies ebenfalls in den Generali-Befunden ihre Entsprechung. Neben den Wohlfahrtsverbänden mit 69 % (bundesweit; NRW 74 %) werden Kommunen mit

147 Vgl. Naegele, G. (2011): Selbstbestimmt leben und wohnen im Alter In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 5: S. 339-350.

148 Heinze, G. (2012). Selbstständiges Wohnen: Nur in einer sorgenden Gemeinschaft. In: Generali Zukunftsfonds /Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013(2012), Frankfurt/M.: Fischer: S. 313-320

149 Vgl. Naegele, G. (2010): Kommunale Altenpolitik angesichts des sozio-demografischen Wandels neu denken! In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 3, S. 173-178.–

150 Vgl. Henke, K.-D./Troppens, S. (2010): Zur Finanzierung assistierender Technologien. In: Fachinger, U./Henke, K.-D. (Hrsg.): Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. Baden-Baden: Nomos-Verlag: S. 135-146.

63 % (NRW 57 %) an zweiter Stelle benannt, wenn es um die besondere Verantwortung politischer Akteurinnen und Akteure im Hinblick auf die Realisierung der Bedürfnisse und Interessen älterer Menschen geht – gefolgt von der „Bundesregierung“ (56 %; NRW 51 %) und den „Kirchen“ (49 %; NRW 51 %). Weit abgeschlagen landet/n die Wirtschaft bzw. Unternehmen (17 %; NRW 15 %), und zwar noch vor den politischen Parteien (16 %; NRW 15 %). Den Schluss bilden die Gewerkschaften (9 %; NRW 12 %). Von Interesse sind – neben den hier auffälligen Abweichungen der NRW-Daten zum Bundesdurchschnitt – die beiden „Spitzenpositionen“. Zum einen entspricht dies dem bei Älteren präsenten Selbstverständnis der Wohlfahrtsverbände als „Sachwalter“ im Sinne von „Gemeinwohl-Agenturen“ mit Lobbyfunktion. In der kommunalen Verantwortungszuweisung spiegeln sich demgegenüber ihr im Bewusstsein der Altenbevölkerung verankerter sozialer Daseinsvorsorgeauftrag und die daran geknüpften Erwartungen wider. Von den Kommunen erwarten die Älteren vor allem die Sicherstellung der Pflegequalität der Einrichtungen (56 %), die altengerechte Ausrichtung des öffentlichen Personennahverkehrsangebotes (56 %), Erleichterung für Ältere bei Behördenangelegenheiten (54 %), mehr altersgerechte Wohnangebote (51 %), vergünstigte Eintritte für ältere und alte Menschen (40 %), Barrierefreiheit bei der Planung und beim Bau öffentlicher Gebäude (39 %), Beratungsangebote für Ältere (35 %), Vermittlungsservice für Einkaufs- und Haushaltshilfen (33 %), Förderung von Kultur- und Freizeitangeboten für Ältere (32 %), Möglichkeiten der intergenerationellen Kommunikation (25 %). Für NRW gibt es insofern leichte Abweichungen, als dass etwas höhere Nennungen für den Vermittlungsservice und etwas niedrigere Nennungen für vergünstigte Eintritte, Freizeit- und Kulturangebote sowie intergenerationelle Begegnungsmöglichkeiten auffallen.

Die Kommunen werden mit an erster Stelle genannt, wenn es um die Vertretung der Interessen Älterer geht. Dies kann nicht nur mit dem verfassungsmäßigen Auftrag der Kommunen zur Daseinsvorsorge begründet werden. Vielmehr entspricht dies der realistischen Einschätzung der von Generali befragten Älteren und ihrer Wahrnehmung der Kommunen als Akteurinnen mit gewachsener Verantwortung in der Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels. Dem entspricht die Forderung nach Revitalisierung der Rolle der Kommunen in der Sozialpolitik.

Auch dies ist nicht neu und ist nicht nur Reaktion auf demografische Veränderungen oder wachsende pflegerische Versorgungsbedarfe, sondern spiegelt auch Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in kommunale Leistungsmöglichkeiten wider. Auf ihre potenzielle Initiatorinnen- und Initiatoren-Rolle in der lokalen Gesundheitsförderung wurde bereits hingewiesen. In der Pflege – hier war ihr Rückzug in der Vergangenheit besonders spürbar – gibt es einen neuen Versuch in der Großen Koalition, den Kommunen Boden zurückzugeben. Gefragt sind künftig neue kommunale „Governance-Strategien“, welche im Idealfall die Partizipation und Mitentscheidung der älteren Bürgerinnen und Bürger einbeziehen. Sie können sich aber nur dann entwickeln, wenn sie auch kommunalpolitisch gewollt sind. Pflegefreundliche Sozialraumgestaltung und Quartiersentwicklung zu befördern, lokale Versorgungsstrukturen, lokal vernetzte Hilfe- und Helfermixe zu organisieren, neue lokale Bündnisse (z. B. im Wohnbereich mit unterschiedlichen Anbietern) zu schmieden, die Ressource bürgerschaftliches Engagement zu aktivieren und eine „neue Kultur des Helfens“ zu implementieren, die Leuchtturmfunktion ihrer (immer weniger werdenden) eigenen Dienste und Einrichtungen wahrzunehmen und andere in diesem Zusammenhang vorgetragene Vorschläge zur praktischen Umsetzung der Revitalisierungsforderung: All dies setzt nicht nur politisches Umdenken, sondern auch

mehr fachliche Kompetenzen (Personal) und nicht zuletzt ökonomische Ressourcen voraus. Damit wird die Revitalisierungsforderung Teil eines übergeordneten Auftrags zur Neupositionierung der kommunalen Selbst- und Letztverantwortung im demografischen Wandel.¹⁵¹

Von den Wohlfahrtsverbänden werden insbesondere „mehr Unterstützung von ärmeren Menschen“ (55 %), Verbesserung der Betreuung älterer Menschen in den eigenen Pflegeeinrichtungen (51 %), Lobbyarbeit gegenüber der Politik (47 %), Verbesserung der Qualität mobiler Pflegedienste (40 %), Ausweitung der Werbung für Pflegeberufe (36 %), Stärkung der Interessenvertretung der älteren Menschen in den eigenen Einrichtungen (35 %), mehr Angebote für ältere und alte Menschen, wie z. B. Seniorinnen- und Seniorentreffs (25 %) und Förderung der ehrenamtlichen Mitarbeitsbereitschaft (18 %) erwartet. Erwähnenswerte Abweichungen zum Bundesdurchschnitt gab es nur für die Dimension „mehr Angebote für Seniorinnen und Senioren“ (hier weniger Nennungen aus NRW). Es zeigt sich, dass die Wohlfahrtsverbände, obwohl zunehmend in der Kritik hinsichtlich der offenkundig gewachsenen Diskrepanz zwischen Leitbildern und Marktorientierung, im Bewusstsein der älteren Menschen im Bund wie in NRW nach wie vor eine wichtige Rolle einnehmen.

Dass gleichzeitig Erwartungen an mehr Qualität in den eigenen Einrichtungen formuliert werden, spricht neben einer ernst zu nehmenden Distanzierung von ihrer Anwaltsrolle vor allem für ein wachsendes Qualitätsbewusstsein potenzieller Einrichtungsnutzer und sollte von den Wohlfahrtsverbänden vor allem als ein Pro-Argument im wachsenden Konkurrenzkampf mit den privat-gewerblichen Mitkonkurrenten genutzt werden.

7.1.3 Generali Hochaltrigenstudie¹⁵²

7.1.3.1 Die Problematik der strikten Trennung zwischen drittem und viertem Lebensalter

Im wissenschaftlichen wie auch im breiteren gesellschaftlichen Diskurs hat sich mehr und mehr die Differenzierung zwischen einem dritten und einem vierten Lebensalter durchgesetzt, wobei ersterem die Gruppe der 65- bis 85-Jährigen, letzterem die Gruppe der über 85-jährigen Frauen und Männer zugeordnet wird. Mit dieser Differenzierung ist die Annahme verbunden, dass das Individuum im dritten Lebensalter über weitgehend erhaltene körperliche, emotionale und kognitive Ressourcen verfüge und sozial gut eingebunden sei, während im vierten Lebensalter die Verletzlichkeit des Menschen in den Vordergrund trete, die sich in einem wachsenden Verlust der körperlichen, emotionalen und geistigen Ressourcen widerspiegele, dessen Ursachen in chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Demenz zu suchen seien.

So richtig es ist, dass die körperliche, zum Teil auch die kognitive Verletzlichkeit im Alter zunimmt, so problematisch ist es, wenn man eine strikte Trennung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter vornimmt und mit ersterem generalisierend „Ressourcen“

151 Vgl. Bogumil, J./Gerber, S./Schickentanz, M. (2012); Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demografiepolitik. In: Hüther, M./Naegele, G. (Hrsg.): Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer VS: S. 259-282.

152 Vgl. Generali Hochaltrigenstudie (2014), gefördert durch den Generali Zukunftsfonds, Köln.

und mit letzterem generalisierend „Ressourcenverlust“ verbindet. Abgesehen davon, dass auch im dritten Lebensalter und schon früher die Verletzlichkeit des Menschen in Erscheinung treten kann, kommt es einer Abwertung des vierten Lebensalters gleich, wenn man dieses pauschal mit Begriffen wie „Ressourcenabbau“, „Defizit“ und „Verluste“ umschreibt und unberücksichtigt lässt, dass in dieser Lebensphase seelisch-geistige Entwicklungsprozesse und Stärken beobachtet werden können.

7.1.3.2 Die Notwendigkeit der Integration von Verletzlichkeits- und Potenzialperspektive

Es erscheint mit Blick auf das hohe Lebensalter, also das Alter jenseits des 85. Lebensjahres, als sinnvoll und notwendig, zwei Perspektiven systematisch miteinander zu verbinden: die Vulnerabilitäts- mit der Potenzialperspektive. Die Vulnerabilitätsperspektive beschreibt die erhöhte Verletzlichkeit des Menschen, die sich in einer deutlichen Zunahme des Risikos, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, hilfe- oder pflegebedürftig zu werden, zeigt.

Die Potenzialperspektive beschreibt das Lebenswissen, die differenzierte Sicht auf das eigene Selbst, die Fähigkeit, Grenzsituationen auszuhalten oder innerlich zu überwinden (z. B. chronische Schmerzen oder den Verlust nahestehender Menschen) sowie die Bereitschaft, das eigene Leben in eine Generationenfolge zu stellen und Sorge für die nachfolgenden Generationen zu tragen, wobei sich diese Sorge in dem intensiven, anteilnehmenden Nachdenken über das Schicksal nachfolgender Generationen wie auch in konkreten Formen ihrer Unterstützung widerspiegeln kann.

Es ist keinesfalls so, dass bei allen Menschen jenseits des 85. Lebensjahres Multimorbidität, Anzeichen einer Demenz oder Pflegebedürftigkeit bestehen, d. h. eine Gleichsetzung von erhöhter Verletzlichkeit und faktisch gegebener Multimorbidität, Demenz oder Pflegebedürftigkeit ist nicht erlaubt. Mit der (Entwicklungs-) Potenzialperspektive wird ausgedrückt, dass hochbetagte Menschen über Ressourcen verfügen und diese weiterentwickeln können. Allerdings sind diese Ressourcen nicht bei allen Menschen jenseits des 85. Lebensjahres zu erkennen und nicht alle zeigen potenzialgetriebene Entwicklungsschritte. Gleichwohl kann auch bei erhöhter Verletzlichkeit von Entwicklungspotenzialen ausgegangen werden: Auch wenn Menschen in ihrer Mobilität und in ihrer körperlichen oder kognitiven Leistungsfähigkeit Einbußen zeigen, können sie im emotionalen und motivationalen Bereich, im Bereich der Persönlichkeit (vor allem des Selbst) und im Bereich des Wissens Stärken und Entwicklungsschritte zeigen, die deutlich machen, wie sehr es Menschen auch in der Verletzlichkeit gelingen kann, seelisch-geistige und sozialkommunikative Qualitäten zu verwirklichen. Der Nachteil einer strikten Trennung von drittem und viertem Lebensalter besteht darin, sich bei der Betrachtung des Alters, vor allem des hohen Alters, vorwiegend oder sogar ausschließlich an körperlichen Momenten zu orientieren und über die seelisch-geistigen und sozialkommunikativen Qualitäten der Persönlichkeit hinwegzugehen. Die Verletzlichkeits- und Potenzialperspektive miteinander zu verbinden, also beide Perspektiven systematisch zu integrieren, bedeutet die differenzierte Sicht auf die *conditio humana* bis an das Ende des Lebens eines Individuums aufrechtzuerhalten.

7.1.3.3 Erhöhte Verletzlichkeit im hohen und sehr hohen Alter

Betrachtet man epidemiologische Befunde zur Auftretenshäufigkeit von Herzinsuffizienz, Diabetes, Schlaganfall, Tumoren, Demenz und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter,

spiegelt sich die erhöhte Verletzlichkeit in diesem Lebensabschnitt wider, zugleich zeigt sich jedoch, dass das hohe Alter nicht mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden darf. So kann bei diesen Krankheitsbildern zwar in der Regel eine mit dem Lebensalter zunehmende Prävalenz und Inzidenz festgestellt werden (vgl. dazu ausführlich Kapitel 7.3); dennoch ist es auch unter Berücksichtigung der mit dem Lebensalter zunehmenden Multimorbidität unzulässig, Alter ausschließlich auf Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit zu reduzieren.

Deutlich wird dies insbesondere bei der Betrachtung der Auftretenswahrscheinlichkeit von demenziellen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit im Alternsverlauf. Hier zeigt sich, dass mehr als 40 % der Menschen im hohen Alter nicht pflegebedürftig sind, bei ca. 60 % der Menschen im hohen Alter liegt keine Demenz vor.

7.1.3.4 Potenziale des hohen Alters

Die psychologische Betrachtung des hohen Alters führt zu drei Potenzialen in dieser Lebensphase. Die erste bildet die angesichts der mehr und mehr in das Zentrum des Erlebens tretenden Begrenztheit und Endlichkeit der eigenen Existenz vertiefte Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst, die zweite die Offenheit, d. h. die Empfänglichkeit für neue Eindrücke, Erlebnisse und Erkenntnisse, die aus dem Blick auf sich selbst wie auch aus dem Blick auf die umgebende soziale und räumliche Welt erwachsen, die dritte die Generativität, d. h. die Überzeugung, sich in eine Generationenfolge gestellt zu sehen und in dieser Folge Verantwortung zu übernehmen. Allerdings muss das Individuum die Möglichkeit haben, sein Lebenswissen, seine reflektierten Erfahrungen einzubringen, sich für andere Menschen zu engagieren, etwas für nachfolgende Generationen zu tun, d. h. Sozialräume müssen so gestaltet sein, dass sich entsprechende Gelegenheitsstrukturen entwickeln und festigen können. Dies ist angesichts der Tatsache wichtig, dass hochbetagte Menschen nicht selten Einschränkungen in ihrer Mobilität aufweisen und somit auf eine Umweltgestaltung angewiesen sind, die ihnen hilft, diese Mobilitätseinschränkungen wenigstens in Teilen auszugleichen.

7.1.3.5 Potenziale und Verletzlichkeit sehr alter Menschen

In der Untersuchung¹⁵³ wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutung die vertiefte Auseinandersetzung mit sich selbst, Offenheit und Generativität im Erleben sehr alter Menschen (85 Jahre und älter) besitzen. Daher wurden die Anliegen, Werte und Bedürfnisse von hochbetagten Menschen in mehrstündigen biografischen Interviews ausführlich thematisiert. Es wurden biografische Interviews durchgeführt, weil zum einen die biografische Entwicklung aus der Perspektive des Individuums thematisiert werden sollte, zum anderen mögliche Zusammenhänge zwischen den aktuellen Lebensthemen und persönlich bedeutsamen Erlebnissen, Erfahrungen und Entwicklungen in der Biografie identifiziert werden sollten.

An der Untersuchung nahmen 400 Personen (66 % Frauen, 34 % Männer) teil. 65 % waren zwischen 85 und 89, 27 % zwischen 90 und 94 und 8 % zwischen 95 und 99 Jahre alt. 30 % waren verheiratet, 58 % verwitwet, 7 % ledig und 5 % geschieden. Der schulische Bildungsstand war bei 27 % hoch, bei 48 % lag er im mittleren, bei 25 % im eher niedrigen oder niedrigen Bereich. 74 % lebten im Privathaushalt, 11 %

¹⁵³ Gefördert durch den Generali Zukunftsfonds, Köln, von 2012 bis 2014.

im Wohnstift, 15 % im Altenpflegeheim. Bei 21 % lag eine Pflegebedürftigkeit vor. Die Stichprobe ist verglichen mit der Gesamtbevölkerung im Alter von über 85 Jahren als eine „privilegierte“ anzusehen, sodass eine Generalisierung der gewonnenen Befunde nicht möglich ist.

Lebensthemen

Für die 400 Befragten ließen sich insgesamt 27 Lebensthemen ermitteln, die nachfolgend aufgeführt sind. Für jedes Lebensthema ist der prozentuale Anteil der Stichprobe genannt, bei dem das jeweilige Lebensthema ermittelt werden konnte.

1. Freude und Erfüllung in einer emotional tieferen Begegnung mit anderen Menschen (76 %);
2. intensive Beschäftigung mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen – vor allem in der eigenen Familie und in nachfolgenden Generationen (72 %);
3. Freude und Erfüllung im Engagement für andere Menschen (61 %);
4. Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein – vor allem von nachfolgenden Generationen (60 %);
5. Sorge vor dem Verlust der Autonomie – im Sinne von Selbstverantwortung und Selbstständigkeit (59 %);
6. Bemühen um die Erhaltung von (relativer) Gesundheit und (relativer) Selbstständigkeit (55 %);
7. Überzeugung, Lebenswissen und Lebenserfahrungen gewonnen zu haben, die Angehörigen nachfolgender Generationen eine Bereicherung oder Hilfe bedeuten können (44 %);
8. intensivere Auseinandersetzung mit sich selbst, differenziertere Wahrnehmung des eigenen Selbst, vermehrte Beschäftigung mit der eigenen Entwicklung, Rückbindung von Interessen und Tätigkeiten an frühe Phasen des Lebens (41 %);
9. Phasen von Einsamkeit (39 %);
10. fehlende oder deutlich reduzierte Kontrolle über den Körper und spezifische Körperfunktionen, Sorge vor immer neuen körperlichen Symptomen (36 %);
11. Fragen der Wohnungsgestaltung – Erhaltung von Selbstständigkeit, Teilhabe, Wohlbefinden (34 %);
12. Phasen der Niedergedrücktheit (31 %);
13. chronische oder passagere Schmerzzustände und Bemühen, diese zu kontrollieren (30 %);
14. intensive Beschäftigung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens (30 %);
15. intensive Beschäftigung mit einem Leben nach dem Tod, die auch in religiöse oder spirituelle Kontexte eingebettet ist (28 %);
16. Sorge vor fehlender finanzieller Sicherung (24 %);
17. unerfüllt gebliebenes Bedürfnis nach Engagement für andere Menschen (23 %);
18. fehlende Achtung, Zustimmung und Aufmerksamkeit durch Familienangehörige – vor allem nachfolgender Generationen (23 %)
19. Selbstzweifel mit Blick auf die Attraktivität der eigenen Person für andere Menschen (20 %);
20. innere Beschäftigung mit Fragen der Art und Weise des Sterbens wie auch des Sterbeortes (19 %);
21. Freude an eigenen Fähigkeiten, Gefühl der Erfüllung bei der Ausübung von Tätigkei-

- ten (18 %);
22. subjektiv erlebte kognitive Einbußen, die vorübergehend die Sorge auslösen können, an einer Demenz erkrankt zu sein (17 %);
 23. Beschäftigung mit dem Leben und dem Schicksal persönlich bedeutsamer Gruppen und Orte – z. B. des Geburts- und Heimatortes (15 %);
 24. fehlende Achtung und Aufmerksamkeit von Mitmenschen, Leben in Distanz zu anderen, auch Konflikte und Unverständnis, anderen nicht Näherkommen (13 %);
 25. unerfüllt gebliebenes Bedürfnis nach verständnisvoller und tiefsinniger Kommunikation mit nachfolgenden Generationen (12 %);
 26. intensive Zuwendung zur Menschheit und Schöpfung (11 %);
 27. intensive Auseinandersetzung mit dem Leben eines Verstorbenen, der sehr bedeutsam für das eigene Leben gewesen ist und auch heute noch ist (10 %).

Die Lebensthemen unterstreichen die große Bedeutung des mitverantwortlichen Lebens für das Leben im hohen und höchsten Alter. Den thematischen Kern der ersten vier Lebensthemen (1, 2, 3, 4) wie auch zweier weiterer Lebensthemen (7, 26) bilden die aktive, mitverantwortliche Gestaltung der Beziehung zu (nahestehenden) Menschen wie auch die intensive Auseinandersetzung mit der Frage, was man – vor allem jungen Menschen – geben kann. In sechs Lebensthemen (9, 17, 18, 19, 24, 25) werden die fehlenden Möglichkeiten der Teilhabe und des mitverantwortlichen Lebens angesprochen. Diese Lebensthemen deuten darauf, dass auch die erfahrene oder befürchtete Ablehnung durch andere Menschen und die mangelnde Attraktivität in der Wahrnehmung anderer Menschen einen bedeutenden Inhalt im Erleben sehr alter Menschen bilden.

Diese zwölf Themen lassen sich im Sinne des Weltgestaltungsmotivs deuten: Sehr alte Menschen begreifen sich als aktiven Teil der sozialen Welt und wollen als dieser aktive Teil wahr- und ernstgenommen werden. Das Sich-Kümmern um andere Menschen bildet eine bedeutende Ausdrucksform des Weltgestaltungsmotivs. Das Erleben eigener Verletzlichkeit verringert nicht die subjektive Bedeutung dieses Motivs, es kann unter dem Eindruck eigener Verletzlichkeit sogar verstärkt werden, denn die Verletzlichkeitserfahrung kann die Sorge hervorrufen, von anderen Menschen nicht mehr wahr- und ernstgenommen, nicht mehr gebraucht zu werden – was im Erleben vieler sehr alter Menschen einem „Aus-der-Welt-Fallen“ gleichkommt oder gleichkäme. Die Befunde verdeutlichen, wie wichtig es ist, dass sich Kommunen und Vereine in starkem Maße darum bemühen, die teilhabeförderliche Quartiersgestaltung weiter auszubauen und dabei das Augenmerk auf die Begegnung zwischen den Generationen zu richten. In acht Lebensthemen (5, 6, 8, 10, 13, 16, 21, 22) sind Fragen der Selbstständigkeit und Selbstverantwortung angesprochen. Zwei Themen (6, 8) betonen das Bemühen um Aufrechterhaltung von Gesundheit und Selbstständigkeit wie auch die reflektierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst. In zwei weiteren Themen (5, 10) spiegelt sich die Sorge vor dem Verlust der Autonomie wie auch vor der Kontrolle über Körperfunktionen wider. In diesem Kontext gewinnen chronische Schmerzzustände große Bedeutung, wobei die Befragten ausführlich beschreiben, was sie selbst tun, um die Schmerzimpulse kontrollieren zu können (13). Zwei Themen (21, 22) betonen subjektive Kompetenzerfahrungen bzw. die Sorge vor einem Verlust der kognitiven Kompetenz aufgrund einer Demenzerkrankung. Betrachtet man die sechs Themen in ihrer Gesamtheit, so wird deutlich, dass neben der Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung die bewusst angenommene Abhängigkeit eine bedeutende Rolle

im Erleben sehr alter Menschen spielt. Die sechs Themen lassen sich in dem Selbstgestaltungsmotiv zusammenbinden. In einem Thema (16) wird die Sorge vor fehlender sozialer Sicherung sichtbar, die von einem Viertel der Stichprobe genannt wurde. Diese Sorge bezieht sich zum einen darauf, aufgrund der Preisentwicklung langfristig nicht mehr finanziell gesichert zu sein, zum anderen besteht die Sorge, im Falle des Umzugs in eine Pflegeeinrichtung nicht mehr über ausreichende finanzielle Grundlagen zu verfügen. Die Sorge vor fehlender finanzieller Sicherung wurde von den Menschen, die im Interview auf diese zu sprechen kamen, als ein zentraler Risikofaktor für die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im Alter charakterisiert, der nicht nur die Selbstgestaltung (Autonomie), sondern auch die Weltgestaltung (Teilhabe) gefährdet.

Geschlechtsunterschiede: Es ließen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Häufigkeit, mit der einzelne Lebensthemen genannt wurden, aufzeigen. Frauen berichteten häufiger als Männer von Phasen der Einsamkeit, von chronischen oder passageren Schmerzzuständen (verbunden mit dem Bemühen, diese zu kontrollieren) sowie von der Sorge vor fehlender finanzieller Sicherung. Zudem sprachen Frauen häufiger als Männer von einer intensiven Beschäftigung mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen. Männer berichteten signifikant häufiger über Sorgen vor einem Verlust der Autonomie.

Soziale Schichtunterschiede: Menschen aus unteren sozialen Schichten sprachen im Vergleich zu Menschen aus mittleren und höheren sozialen Schichten seltener über das Bemühen um Erhaltung der Gesundheit und Selbstständigkeit sowie über das Bedürfnis, von anderen Menschen gebraucht zu werden und geachtet zu sein, hingegen häufiger über Phasen von Einsamkeit wie auch über die Sorge vor fehlender finanzieller Sicherung.

Altersunterschiede: Mitglieder der „höheren“ Altersgruppen (90 Jahre und älter) sprachen im Vergleich zu Mitgliedern der „jüngeren“ Altersgruppen (85 bis 89 Jahre) häufiger über den Verlust der Autonomie, über eine deutlich reduzierte oder fehlende Kontrolle über den Körper und spezifische Körperfunktionen, über Phasen von Einsamkeit, schließlich über chronische oder passagere Schmerzzustände (verbunden mit dem Bemühen, diese zu kontrollieren). Mitglieder der jüngeren Altersgruppen sprachen häufiger über das Bedürfnis, von anderen Menschen gebraucht zu werden und geachtet zu sein, über subjektiv erlebte kognitive Einbußen sowie über die intensive Beschäftigung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens.

Spezifische Sorgeformen

In den Interviews wurde auch nach spezifischen Sorgeformen gefragt. Dabei interessierten sowohl die „inneren Formen“ der Sorge, d. h. die innere Beschäftigung mit der Lebenssituation anderer Menschen, als auch die „nach außen hin sichtbaren Formen“ der Sorge, wie z. B. konkrete Hilfeleistungen. Nachfolgend sind die identifizierten 20 Sorgeformen aufgeführt. In Klammern ist wieder der prozentuale Anteil der Stichprobe angegeben, bei dem die jeweilige Sorgeform ermittelt wurde.

1. Intensive Beschäftigung mit dem Lebensweg nachfolgender Generationen der Familie (85 %);
2. unterstützende, anteilnehmende Gespräche mit nachfolgenden Generationen der Familie (78 %);
3. intensive Beschäftigung mit dem Schicksal nachfolgender Generationen (72 %);
4. Unterstützung von Nachbarn im Alltag (68 %);

5. Unterstützung von Familienangehörigen im Alltag (65 %);
6. Unterstützung junger Menschen in ihren schulischen Bildungsaktivitäten (58 %);
7. gezielte Wissensweitergabe an junge Menschen – berufliches Wissen, Lebenswissen (54 %);
8. finanzielle Unterstützung nachfolgender Generationen der Familie (49 %);
9. Beschäftigung mit der Zukunft des Staates und der Gesellschaft (48 %);
10. Freizeitbegleitung junger Menschen (41 %);
11. Besuch bei kranken oder pflegebedürftigen Menschen (38 %);
12. existentielle Gespräche vor allem mit jungen Familienangehörigen (33 %);
13. Zurückstellung eigener Bedürfnisse, um Familienangehörige nicht zu stark zu belasten (29 %);
14. unregelmäßig getätigte Spenden; regelmäßige Spenden an Vereine oder Organisationen (27 %);
15. anderen Menschen in der Lebensführung und Belastungsbewältigung Vorbild sein (24 %);
16. kirchliches Engagement – Freiwilligentätigkeit in kirchlichen Organisationen (23 %);
17. Beschäftigung mit der Zukunft des Glaubens und der Kirchen (19 %);
18. politisches Engagement – Freiwilligentätigkeit in Kommunen oder in Parteien (17 %);
19. Gebete für andere Menschen (16 %);
20. Besuchsdienste in Kliniken und Heimen (12 %).

Wie aus den Sorgeformen hervorgeht, lässt die Befragten die Lebenssituation anderer Menschen nicht gleichgültig. Sie zeigen ein hohes Maß an praktizierter Mitverantwortung, in der sich wiederum das Motiv der Weltgestaltung ausdrückt. Die Sorge sehr alter Menschen gilt vielfach Angehörigen der nachfolgenden Generationen, vor allem der jungen Generation, worin sich ein Generativitätsmotiv ausdrückt, in dem sich zum einen die Bindung an die Welt sowie positive Erwartungen in die Welt widerspiegeln, zum anderen die erlebte und praktizierte Mitverantwortung sowie das Motiv, in den nachfolgenden Generationen fortzuleben. Die Sorge ist sowohl instrumenteller (= praktische Hilfen) als auch psychologischer Art (= emotionaler Beistand, Ausdruck von Mitgefühl, Motivation und Anregung, Ausdruck von Empathie). Die Ergebnisse sprechen für die Notwendigkeit, zwischen der Sorge für andere Menschen und der Sorge um andere Menschen zu differenzieren. Erstere beschreibt die konkreten Hilfe- und Unterstützungsformen, letztere die innere Beschäftigung mit der Lebenssituation anderer Menschen. Die Vielzahl von instrumentellen und psychologischen Sorgeformen speziell für Menschen nachfolgender Generationen weist auf die Notwendigkeit hin, die generationenübergreifende Perspektive gesellschaftlich, kulturell und politisch zu stärken.

Förderliche Faktoren mit Blick auf praktizierte Mitverantwortung

Eine weitere Fragestellung betraf die Faktoren, die aus Sicht sehr alter Menschen die von ihnen ausgehende, praktizierte Mitverantwortung fördern. Nachfolgend sind die Faktoren aufgeführt, die die Befragten beschrieben haben (in Klammern ist der prozentuale Anteil der Stichprobe genannt, bei dem sich die Beschreibung dieser Faktoren finden ließ).

1. Vertrauen innerhalb der Familie, zwischen den Generationen (85 %);
2. lebendige Beziehungen zwischen den Generationen (82 %);
3. eigene Offenheit für neue Erlebnisse, Erfahrungen und Menschen (78 %);
4. offene, zugewandte, interessierte, vorurteilsfreie junge Menschen (73 %);

5. körperliche Ressourcen, um etwas für andere Menschen tun zu können (69 %);
6. motivierende, inspirierende Bilder des Alters in den Medien und in der Politik (65 %);
7. ausreichende Selbstständigkeit, um etwas für andere Menschen tun zu können (63 %);
8. Wunsch und Überzeugung, etwas für andere Menschen tun zu können (60 %);
9. (Phasen vermehrter) Lebensfreude (58 %);
10. alten- und generationenfreundliche Gestaltung des Wohnquartiers (52 %);
11. Vertrauen junger Menschen in das Alter (49 %);
12. Ablenkung von Krankheiten und Schmerzen suchen (47 %);
13. Interesse junger Menschen am Wissen und den Erfahrungen alter Menschen (46 %);
14. Überzeugung, mit Wissen und Erfahrungen andere Menschen zu bereichern (41 %);
15. Orte, an denen man anderen, vor allem jungen Menschen begegnen kann (39 %);
16. ausreichende Mobilität durch altersfreundliche Verkehrsgestaltung (32 %);
17. relativ frei von Ängsten sein (21 %).

Sehr alte Menschen verweisen auf die Notwendigkeit vertrauensvoller Beziehungen zwischen den Generationen, des Weiteren auf gegenseitige Offenheit und das gegenseitige Interesse der Generationen (1, 2, 4, 11, 13).

Zudem betonen sie, dass neben der eigenen Offenheit und Interesse an dem intergenerationellen Kontakt (3) Gesundheit und Selbstständigkeit (5, 7), Lebensfreude (9) sowie Vertrauen in die eigenen Ressourcen (14) Faktoren bilden, die sich förderlich auf die praktizierte Mitverantwortung auswirken. Hierin spiegelt sich die von sehr alten Menschen erkannte Notwendigkeit wider, dass sich die gesellschaftlichen und kulturellen Bilder des hohen Alters wandeln (6). Sie weisen darauf hin, wie wichtig es ist, dass man ihnen vorurteilsfrei und offen begegnet (4, 11). Schließlich berühren die beschriebenen Faktoren die Gestaltung des Wohnquartiers sowie die mobilitätsfreundliche Verkehrsgestaltung (10, 15, 16), denen ebenfalls Bedeutung für die praktizierte Mitverantwortung beigemessen werden.

7.1.3.6 Grenzgänge sehr alter Menschen zwischen Verletzlichkeit und Entwicklungspotenzialen – die Aufgabe von Gesellschaft, Kultur und Politik

Empirische Befunde zum hohen Alter legen die Charakterisierung dieser Lebensphase mit dem Sprachbild der Grenzgänge zwischen Verletzlichkeit und Entwicklungspotenzialen nahe. Auf der einen Seite deuten epidemiologische Befunde darauf, dass im hohen Alter die körperliche und kognitive Verletzlichkeit erkennbar zunimmt, wobei – wie dargelegt – von erhöhter Verletzlichkeit nicht generell auf Pflegebedürftigkeit geschlossen werden darf. Die erhöhte Verletzlichkeit darf aber auch nicht in ihrer Bedeutung für die Mobilität im Alltag wie auch für die gesamte Alltags- und Lebensgestaltung unterschätzt werden. Im subjektiven Erleben vieler sehr alter Menschen bilden Einbußen und Schmerzzustände ein bedeutsames Thema, und die erhöhte Verletzlichkeit kann zu Phasen von Niedergeschlagenheit führen. Das hohe Alter ist daher aus psychologischer Sicht mit zum Teil hohen Anforderungen an die psychische Verarbeitungskapazität verbunden, weiterhin erfordert es Initiativen mit Blick auf die Schaffung von Umweltbedingungen, unter denen die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Teilhabe möglich ist. Eine andere Seite bilden die emotionalen, kognitiven und sozialkommunikativen Ressourcen, die im Erleben sehr alter Menschen eine zentrale

Grundlage dafür bilden, dass sie soziale Beziehungen aktiv gestalten und in diesen Beziehungen nicht nur Empfangende, sondern auch Gebende sind. Dabei ist die Erfahrung, von anderen Menschen geschätzt und geachtet zu sein, in dem Motiv der Sorge um und für andere Menschen ernstgenommen zu werden, Mitverantwortung praktizieren zu können und mit dieser Praxis auf Zustimmung im sozialen Umfeld zu stoßen, als Grundlage für Sinnerleben und Zufriedenheit im hohen Alter zu deuten. Für die Gesellschaft, Politik und Kultur entstehen daraus folgende Aufgaben: Eine Geriatrie, Rehabilitation und Pflege systematisch auszubauen, die einen substanziellen Beitrag zur Symptomkontrolle und Symptomlinderung (auch im Schmerzbereich) leistet und personale Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstverantwortung fördert (hier sollte auch die Psychotherapie in ihrem positiven Einfluss nicht unterschätzt werden). Weiterhin eine Wohnquartiers-, Verkehrs-, Angebots- und Dienstleistungsgestaltung zu konzipieren und umzusetzen, die die Teilhabe sehr alter Menschen fördert und zu dieser motiviert. Soziale und kulturelle Angebote wie auch Bürgerzentren und Dienstleistungen im Quartier bilden hier zentrale Elemente einer derartigen generationenfreundlichen Gestaltung öffentlicher Räume. Schließlich die Art der öffentlichen Ansprache sehr alter Menschen, die nicht einseitig die Verletzlichkeit akzentuiert (diese jedoch auch nicht ausklammert), sondern ausdrücklich die Ressourcen und das Interesse sehr alter Menschen an gesellschaftlichen Prozessen betont. Generationen zusammenzuführen und den Austausch zwischen diesen zu ermöglichen sowie systematisch zu fördern, gehört zu dieser differenzierten öffentlichen Ansprache. Es darf nicht unterschätzt werden, welche Bedeutung die öffentlich vermittelten Altersbilder für das subjektive Erleben des Alters haben.

7.1.4 Fazit

Im Vergleich der drei Studien können – trotz unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen – einige grundlegende Entwicklungsbedarfe und Perspektiven formuliert werden. Grundsätzlich unterstreichen die empirischen Befunde der hier vorliegenden Studien die bestehende Vielfalt des Alter(n)s in Nordrhein-Westfalen, deren Wahrnehmung es im Sinne eines differenzierten Altersbildes zukünftig zu fördern gilt. Ein differenziertes Altersbild, das auch die unterschiedlichen Lebenssituationen, Potenziale und Verletzlichkeiten hochbetagter Menschen berücksichtigt, kann gleichsam als Ausgangspunkt für Entwicklungs- und Handlungsschwerpunkte gesehen werden. Hierzu gehören im Besonderen die Förderung einer regionalen Altenpolitik und die Stärkung der Kommunen bei der Gestaltung der mit dem Altern der Bevölkerung einhergehenden Herausforderungen. Dies erfordert auf der Grundlage einer fundierten Analyse der kommunalen Ausgangssituation (vgl. Kap. 9) die Einbeziehung unterschiedlicher Politikfelder: u. a. Arbeit, Bildung, Wohnen, Gesundheit(sförderung), Gleichstellung der Geschlechter, Teilhabe, Stadtplanung. Insgesamt betrachtet, unterstreichen alle Studien die Notwendigkeit der Förderung einer alter(n)sgerechten, teilhabeorientierten, generationenfreundlichen und gendersensiblen Sozialraum- und Quartiersentwicklung. Darüber hinaus besteht – in Anbetracht der bislang unzureichenden Berücksichtigung von (vulnerablen) Teilgruppen bei Befragungen der älteren Bevölkerung – weitergehender Forschungsbedarf insbesondere zur Erfassung der Lebenssituation von älteren Menschen mit Pflegebedürftigkeit, älteren pflegenden Menschen, älteren Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, älteren Menschen mit Migrationshintergrund, älteren Menschen mit Behinderung sowie hochbetagten Menschen in Nordrhein-Westfalen.

7.2 Ausgewählte sozioökonomische Aspekte und Alter

Altwerden und Altsein ist zu einer gesellschaftlichen und biografischen Normalität geworden. Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung gelten zunehmend nicht nur als Herausforderung, sondern als Chancen für entwickelte Gesellschaften. Die Potenziale des Alterns und des Alters werden als Ressourcen in die Diskurse um den Erhalt bzw. die Weiterentwicklung des gesellschaftlichen und individuellen Lebensstandards einbezogen. Besondere sozioökonomische Aspekte sind dabei mit der Blickrichtung der Erschließung und Nutzung der zunehmenden Ressourcen für wirtschaftliche Entwicklung und gesellschaftliche Produktivität zentral. Im Kern geht es darum, Lösungen zu entwickeln, wie in der alternden Gesellschaft die sozialen Sicherungssysteme weiter getragen werden und wie die Lebensqualität für die älteren und alten Menschen gesichert werden können.

Die Lebensqualität im Alter hängt von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – aber auch von der individuellen Lebenslage ab und ist Resultat der jeweiligen Lebensbedingungen über den gesamten Lebensverlauf. Lebenslagen lassen sich – wie in Kapitel 7 ausführlich dargestellt - in einer Vielzahl von Dimensionen abbilden. Dabei ist die Betrachtung sozioökonomischer Aspekte grundlegend, weil sie in ihren materiellen Ausprägungen die Lebensgestaltung im Alter beeinflussen, den Zugang zu relevanten Ressourcen ermöglichen und Handlungsspielräume für Teilhabe eröffnen.

7.2.1 Einkommen, Vermögen und Alter

Für ältere und alte Menschen spielt als Einkommen erwartungsgemäß die Rente oder Pension die größte Rolle bei der materiellen Bestreitung des Lebensunterhaltes. Im Jahr 2012 stellen für 94,2 % der Männer und 73,9 % der Frauen Renten- oder Pensionsbezüge die Hauptquelle des Lebensunterhalts dar.

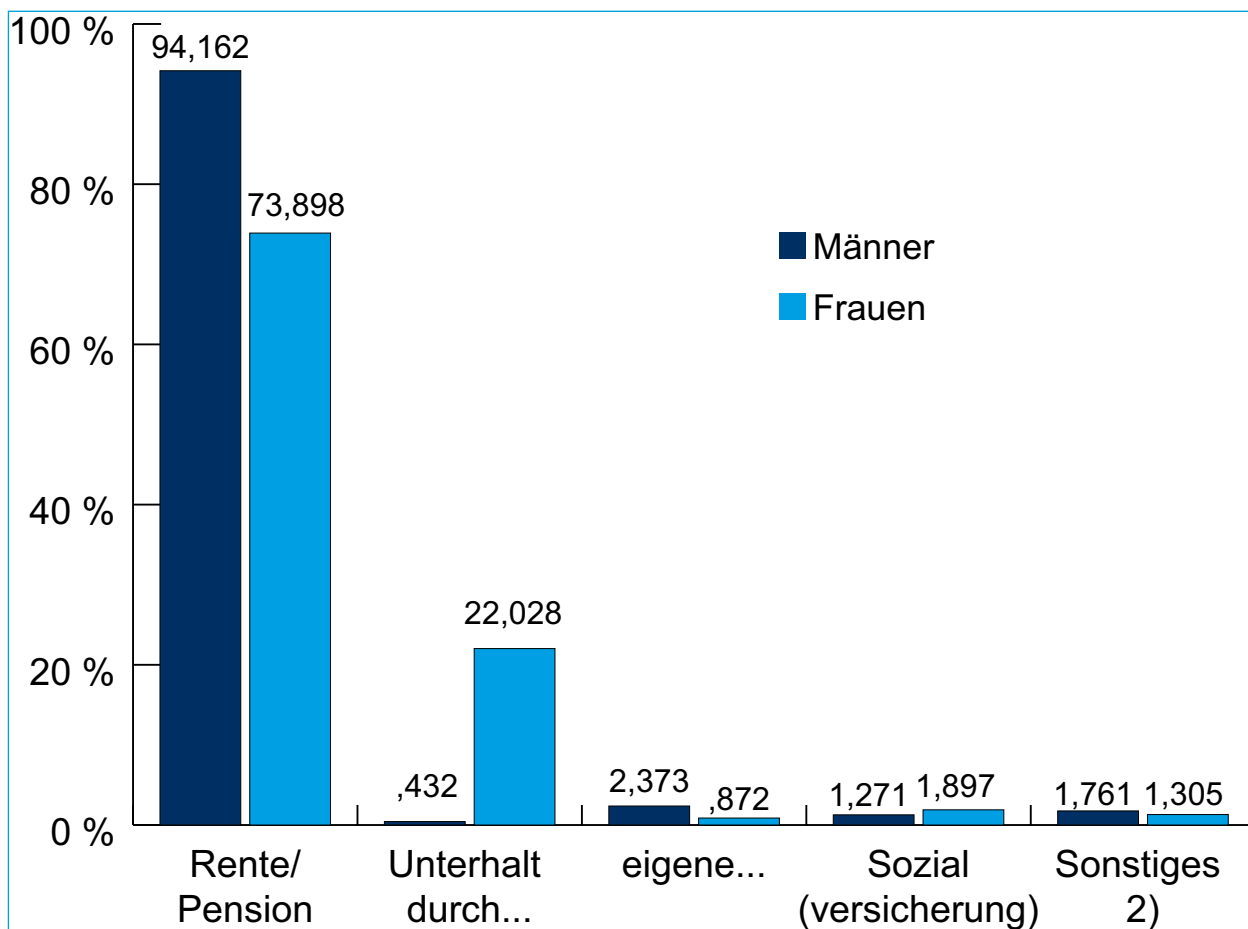
Diese Einkommen sind höchst ungleich verteilt. Darauf weist die überdurchschnittlich ausgeprägte Einkommensspreizung hin, die in der Lohn- und Einkommensteuer-Statistik erfasst ist.¹⁵⁴

Auch wenn die Rente oder Pension die Quelle des überwiegenden Lebensunterhalts darstellt, können weitere Leistungen erforderlich sein, um den Bedarf zu decken. So stellen Haushalte von Rentnerinnen und Rentnern die größte Gruppe an den Haushalten mit Wohngeldbezug dar.

Bei den älteren Frauen über 65 stellt der Unterhalt durch Angehörige (wie z. B. den Ehemann) bei 22,0 % die überwiegende Quelle des Lebensunterhalts dar.

¹⁵⁴ In der Lohn- und Einkommensteuerstatistik sind nur die steuerpflichtigen Rentnerinnen und Rentner sowie Pensionärinnen und Pensionäre enthalten. Rentnerinnen und Rentner sowie Pensionärinnen und Pensionäre, deren Einkommen unterhalb des Freibetrags liegt, sind nicht erfasst. Die Einkommensspreizung wird in der Lohn- und Einkommensteuerstatistik damit eher untererfasst.

43 Ältere Menschen*) in NRW 2012 nach Geschlecht und überwiegendem Lebensunterhalt



*) Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren

1) Sozialgeld, laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfen in besonderen Lebenslagen sowie sonstige Unterstützungen (z. B. Pflegeversicherung)

2) eigenes Vermögen, Ersparnisse, Zinsen, Vermietung, Verpachtung und Altenteil

Ergebnisse des Mikrozensus

Für Männer im Alter von 65 bis unter 70 Jahren stellt das Einkommen aus Erwerbstätigkeit noch für 6,1 % die überwiegende Quelle des Lebensunterhalts dar, bei den gleichaltrigen Frauen liegt der entsprechende Anteil bei 2,6 %. In der Altersgruppe von 70 bis unter 75 Jahre bestreiten nur noch 2,0 % (Männer) bzw. 0,7 % (Frauen) ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Erwerbstätigkeit.

Auswertungen auf Basis des Mikrozensus 2009 haben gezeigt, dass erwerbstätige Ältere über eine – im Vergleich zu nichterwerbstätigen Älteren – überdurchschnittlich hohe Qualifikation verfügen, zudem waren mehr als die Hälfte Selbstständige. Das durchschnittliche Nettoeinkommen der erwerbstätigen Älteren (2.496 Euro) lag deutlich über dem Einkommen der nichterwerbstätigen Älteren (1.257 Euro). Dies deutet darauf hin, dass bei der Mehrheit der erwerbstätigen Älteren die Erwerbstätigkeit freiwillig und nicht aus finanzieller Notwendigkeit heraus ausgeübt wird¹⁵⁵.

Untersuchungen zum Sozialbericht NRW 2012 zeigen unter anderem, dass Einkommensreiche im Durchschnitt deutlich älter sind als der Gesamtdurchschnitt aller Steuerfälle, die der Lohn- und Einkommensteuer zugrunde liegen.

Um Einkommensreichtum zu definieren, wird analog zur Armutsdefinition ein verteilungsbezogener Schwellenwert ermittelt.¹⁵⁶ Personen, deren Einkommen diesen Schwellenwert überschreitet, werden dann als „einkommensreich“ definiert. Die Reichtumsschwellen liegen im Sozialbericht NRW 2012 bei 200 %- bzw. 500 % des arithmetischen Mittels der Äquivalenzeinkommen der (von der Lohn- und Einkommensteuer erfassten) Bevölkerung. Es wird das Äquivalenzeinkommen auf Personenebene herangezogen.¹⁵⁷

Aus dem Sozialbericht NRW 2012 ergibt sich, dass in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2007 1.486 Steuerfälle über ein Äquivalenzeinkommen von einer Million oder mehr verfügten: 596.297 Steuerfälle überschritten 200 % des arithmetischen Mittels der Äquivalenzeinkommen (39.564 Euro/Jahr), 56.717 Steuerfälle lagen oberhalb der Reichtumsschwelle von 500 % (98.910 Euro/Jahr).

Der Sozialbericht NRW 2012 zeigt aber auch, dass sich Einkommensreiche bezüglich der Altersstruktur unterscheiden. So ist auf der Basis der Lohn- und Einkommensteuerstatistik für das Jahr 2007 festzustellen, dass der Anteil der über 49-Jährigen bei 39,7 % aller Steuerfälle lag, zu den Einkommensreichen gehörten aus dieser Altersgruppe jedoch bei allen Gruppen der Einkommensreichen jeweils mehr als 70 %.

Der Anteil der Steuerfälle, die älter als 65 Jahre sind, beträgt 18,4 %. Der Anteil der Personen aus dieser Altersgruppe, die über ein Einkommen von mehr als 200 % des Durchschnittseinkommens oder von 1 Million Euro und mehr verfügen beträgt dagegen 44,2 % bzw. 34,8 %.

156 Vgl. BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn; vgl. Eichhorn, Lothar/Huter, Jessica (2006): Armut und Reichtum in den Bundesländern: Konzepte für regionalisierte Sozialberichte. In: Soziale Sicherheit 10/2006, S. 350-358.

157 Einkommen – Äquivalenzeinkommen (Steuerfälle)

In Anlehnung an die Berechnung der auf die Haushalte bezogenen Äquivalenzeinkommen wird auf Basis der Lohn- und Einkommenssteuerstatistik ein auf den Steuerfall bezogenes Äquivalenzeinkommen ermittelt. Dazu wird das Einkommen je Steuerfall dividiert durch die Summe der Bedarfsgewichte der dem Steuerfall zurechenbaren Personen (erste Person und bei Zusammenveranlagten: Partner bzw. Partnerin + ggfs. Kinder, die steuerlich geltend gemacht werden).

44 Steuerfälle in NRW 2007 nach soziodemografischen Merkmalen und Reichtumsschwellen

Merkmal	Steuerfälle				
	insgesamt	darunter mit Einkünften ¹⁾ von ... bzw. der ...			
		200 und mehr % des Durchschnitts	500 und mehr % des Durchschnitts	1 Million und mehr Euro	oberste 1 000 der Steuerfälle
%					
Einzel- und getrennt Veranlagte					
männlich	50,6	49,3	65,8	70,6	71,1
weiblich	49,4	50,7	34,2	29,4	28,9
Alter des/der Antragstellers/-in von ... bis unter ... Jahren					
unter 20	3,9	0,0	0,2	0,7	0,8
20 – 30	17,2	0,6	1,1	2,6	2,4
30 – 40	17,3	7,7	7,0	7,7	7,0
40 – 50	22,0	17,6	21,1	17,3	16,6
50 – 60	15,9	19,2	23,0	21,6	22,1
60 – 65	5,4	10,6	11,8	15,3	15,2
65 und mehr	18,4	44,2	36,0	34,8	35,8
Veranlagte mit ... Kind(ern)					
ohne Kind	70,8	76,9	69,6	72,3	73,7
1	14,1	11,1	12,9	11,2	11,3
2	11,1	9,1	12,4	10,6	10,1
3 und mehr	4,0	3,0	5,2	5,9	4,9

^{*)} Ergebnisse der Lohn- und Einkommensteuerstatistik – 1) bezogen auf das Äquivalenzeinkommen (neue OECD Skala)

Grafik: IT.NRW

Als vermögend gelten Personen, deren Nettogesamtvermögen 200 % oder mehr des durchschnittlichen Nettogesamtvermögens pro Kopf (arithmetisches Mittel) beträgt. Die Vermögensschwelle liegt danach bei 112.332 Euro. Gemäß dieser Definition zählen 2,5 Millionen Personen zu den Vermögenden. Das entspricht einem Anteil an der nordrhein-westfälischen Bevölkerung von 14,1 %.

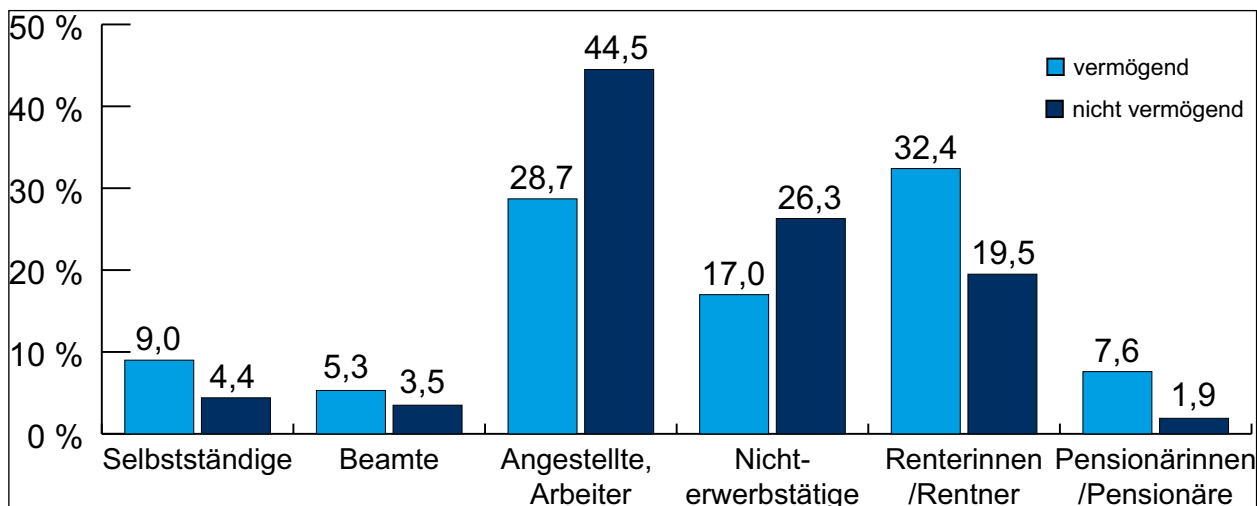
Eine Differenzierung nach Alter zeigt, dass nicht alle Altersgruppen gleichermaßen am Vermögen partizipieren.¹⁵⁸ Die Angaben beziehen sich nur auf Personen im Alter von 18 und mehr Jahren.

Vermögende sind im Durchschnitt älter als nicht Vermögende. 36,6 % der Vermögenden bzw. 18,2 % der nicht Vermögenden sind 65 Jahre und älter. Im Alter zwischen 45 und 64 Jahren gibt es 46,9 % vermögende Menschen, im Vergleich zu 35,7 % nicht vermögenden Personen. In den jüngeren Altersgruppen sind die Vermögenden entsprechend unterrepräsentiert. 11,9 % der Vermögenden bzw. 35,3 % der nicht Vermögenden sind 25- bis unter 45 Jahre alt.

Differenziert nach der sozialen Stellung zeigt sich, dass überproportional oft Rentnerinnen und Rentner (Vermögende 32,4 %, nicht Vermögende 19,5 %) sowie Pensionärinnen und Pensionäre (Vermögende 7,6 %, nicht Vermögende 1,9 %) zu den Vermögenden gehören. Angestellte und Arbeiter sind bei den Vermögenden unterrepräsentiert (28,7 %, nicht Vermögende 44,5 %).

¹⁵⁸ Die hier gezeigten Unterschiede lassen sich für Einkommensreiche sowie die Gruppe derer, die sowohl einkommensreich als auch vermögend sind, gleichermaßen zeigen.

45 Vermögende und Nichtvermögende 2008 in NRW nach sozialer Stellung



7.2.2 Alterssicherung

Die Alterssicherung in Deutschland basiert auf dem klassischen Drei-Säulen-System. Dieses System setzt sich zusammen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der betrieblichen Altersversorgung und der privaten Altersvorsorge. Der gesetzlichen Rentenversicherung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu: Zwei Drittel aller Alterssicherungsleistungen¹⁵⁹ in Deutschland werden derzeit durch die Deutsche Rentenversicherung erbracht.

Neben diesen Alterssicherungsleistungen nach den Drei-Säulen-System stehen weitere Systeme, z. B. berufsständische Versorgungswerke oder die Beamtenversorgung.

7.2.2.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist beitragsbezogen und spiegelt die berufliche Entwicklung eines Versicherten wider. Von den laufenden Beitragseinnahmen werden die laufenden Renten nach dem Umlageverfahren gezahlt. Durch die steigende Lebenserwartung und die demografische Entwicklung in Deutschland verschiebt sich das Verhältnis von Beitragszahlungen und Rentenbezügen.

Dem zunehmenden Anteil der Rentnergeneration steht ein schrumpfender Anteil an Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber. Um den Beitragssatz zu stabilisieren, wurden deshalb in den letzten Jahrzehnten diverse Rentenreformen umgesetzt:

Mit der Rentenreform 2001 wurden beispielsweise eine langfristig angelegte Senkung des Niveaus gesetzlicher Renten und die Einführung einer staatlich geförderten privaten Altersvorsorge beschlossen. Gleichzeitig wurde die betriebliche Altersvorsorge attraktiver gestaltet.

Durch die Rentenreform 2004 wurde die Formel zur Rentenanpassung um einen zusätzlichen Nachhaltigkeitsfaktor ergänzt.

Das Altersgrenzenanpassungsgesetz regelte ab 2008 eine Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre.

In Nordrhein-Westfalen erhielten Ende 2013 gut 3,4 Millionen Menschen eine Altersren-

¹⁵⁹ Vgl. Deutsche Rentenversicherung (2012): Unsere Sozialversicherung

te aus der gesetzlichen Rentenversicherung¹⁶⁰, davon rund 1,5 Millionen Männer und 1,9 Millionen Frauen. Gegenüber 2001 lag die Zahl der Altersrentenbezieherinnen bzw. Altersrentenbezieher Ende 2013 damit um über 267.000 höher. Das ist eine Erhöhung von über 7,8 %. Vergleicht man dies mit der rückläufigen Entwicklung der Bevölkerung um 1,1 % in diesem Zeitraum wird die Umkehrung im Verhältnis von Beitragszahlungen und Rentenbezügen deutlich.

46 Altersrenten in NRW, Rentenzugänge 2011

Rentenzahlbetrag von ... bis unter ... Euro	insgesamt*		nicht verheiratet*		verheiratet*	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
unter 700	19.164	56.913	5.408	14.568	13.752	42.330
700-1.000	10.125	11.356	2.946	4.512	7.175	6.844
1.000-1.500	22.580	6.518	3.807	3.153	18.769	3.365
1.500-1.800	7.079	702	651	407	6.428	295
1.800 und höher	2.720	138	209	93	2.511	45

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund *die Zahlen können abweichen, da der Familienstand nicht von allen Rentenbezieherinnen und Rentenbezieherern erfasst ist

Die durchschnittlichen monatlichen Rentenzahlbeträge unterscheiden sich deutlich zwischen den Geschlechtern: Nordrhein-westfälische Frauen mit einer Altersrente haben 2013 durchschnittlich 499 Euro erhalten, Männer hingegen 1.152 Euro.

Im Vergleich mit den bundesdeutschen durchschnittlichen Rentenbezügen fallen die Altersrenten der Frauen deutlich unterdurchschnittlich aus (Bundesdurchschnitt: 562 Euro). Die durchschnittlichen Rentenbezüge der nordrhein-westfälischen männlichen Altersrentner sind dagegen überdurchschnittlich (Bundesdurchschnitt: 1.020 Euro). Während die Rentenbezüge der Männer in Nordrhein-Westfalen seit 2008 wieder leicht steigen, ist bei den Frauen seit 1992 (353 Euro) eine deutlichere und stetigere Erhöhung zu erkennen.

Knapp die Hälfte aller nordrhein-westfälischen Frauen bezieht demnach eine Altersrente mit einem Zahlbetrag von unter 400 Euro. Dabei sind die verheirateten Frauen mit 52,8 % deutlich stärker vertreten, als die nicht verheirateten Frauen mit 38,1 %. Hohe Rentenzahlbeträge spielen bei den Frauen kaum eine Rolle. Anders sieht es dagegen bei den nordrhein-westfälischen Männern aus. 51,1 % aller Männer in Nordrhein-Westfalen erhalten eine Rente unter 1.050 Euro. Hier zeigt sich auch ein umgekehrter Trend im Vergleich zu den Frauen: Während der Anteil der nicht verheirateten Männer mit Rentenbeträgen bis unter 1.050 Euro bei 68,3 % liegt, sind dies bei verheirateten Männern lediglich 46,5 %. Auch höhere Rentenbeträge sind bei den Männern in Nordrhein-Westfalen noch gut vertreten; so beziehen beispielsweise fast 16 % aller Männer eine Rente von mindestens 1.500 Euro.

¹⁶⁰ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen 2012; sofern keine anderen Angaben gemacht werden, beruhen die folgenden Rentendaten auf vorgenannter Quelle.

47 Grund des Rentenbezugs, Bezugsjahr 2012

Rentenart	Insgesamt		Frauen		Männer	
	Anzahl	Durchschnittlicher Zahlbetrag in €/Monat	Anzahl	Durchschnittlicher Zahlbetrag in €/Monat	Anzahl	Durchschnittlicher Zahlbetrag in €/Monat
Renten wegen Alters	3.455.963	769	1.938.245	481	1.517.718	1.136
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	330.535	716	152.610	662	177.925	763

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen 10/14

Im Vergleich zum Bund und den anderen Bundesländern ist festzustellen, dass der durchschnittliche Rentenzahlbetrag aller Altersrenten in Nordrhein-Westfalen in Höhe von 786 Euro nicht nur über dem Bundesdurchschnitt (766 Euro), sondern beispielsweise auch deutlich über dem durchschnittlichen Zahlbetrag einer Altersrente in Bayern in Höhe von 731 Euro liegt. Dies lässt sich mit dem insbesondere in Nordrhein-Westfalen weit verbreiteten montanindustriellen System der knappschaftlichen Altersversorgung erklären, mit Elementen der gesetzlichen Rentenversicherung und einer betrieblichen Altersversorgung.¹⁶¹ Beim direkten Vergleich der Rentenzahlbeträge sind demnach auch die wirtschaftsstrukturellen und regionalen Unterschiede zu beachten.¹⁶²

Zukünftig ist für Nordrhein-Westfalen vor allem bei Männern ein im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt geringerer Durchschnittsrentenbetrag zu erwarten. Während sich der durchschnittliche Altersrentenzahlbetrag eines männlichen Neurentners in Nordrhein-Westfalen im Jahre 2001 noch auf 1.033 Euro belief, betrug dieser 2013 nur noch 1.007 Euro. Die Entwicklung des Altersrentenzahlbetrages bei einer Neurentnerin in Nordrhein-Westfalen verlief dabei von 423 Euro in 2001 zu 503 Euro in 2013 deutlich positiver.¹⁶³

¹⁶¹ Originären Knappschaftszeiten liegt ein ca. ein Drittel höherer Beitragssatz zugrunde, sie werden somit auch um etwa ein Drittel höher bewertet als Zeiten in der allgemeinen Rentenversicherung. Besonders deutlich wird dies im Vergleich der Altersrentenbezüge der Männer. Ein männlicher bayerischer Altersrentner erhält im Durchschnitt 1.012 Euro und damit 124 Euro weniger als ein nordrhein-westfälischer Altersrentner.

¹⁶² Besonders deutlich wird dies bei einem Blick auf das in der Vergangenheit noch stärker bergbaulich geprägte Saarland. Während die Differenz im Durchschnitt dort im Rentenbestand 2011 bei knapp 70 Euro lag, beträgt sie im aktuellen Rentenzugang nur noch knapp 23 Euro (Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund).

¹⁶³ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund: Rentenversicherung in Zeitreihen (2012)

Bei der Interpretation von Rentenhöhen ist zu beachten, dass die konkrete Einkommenssituation mit weiteren Alterseinkunftsarten unberücksichtigt bleibt. Ein geringer Rentenzahlbetrag bedeutet nicht automatisch, dass die Betroffenen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen haben. Vielmehr ist das gesamte Haushaltseinkommen zu betrachten. Mit dem Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) vom 20. April 2007 wurde die Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre beschlossen. Aufgrund der Vertrauensschutzregelungen für die rentennahen Jahrgänge erstreckt sich die Anhebung stufenweise über den Zeitraum 2012 und bis 2029. Es besteht jedoch weiterhin die Möglichkeit, eine Altersrente vorzeitig in Anspruch zu nehmen, wenn ein Abschlag in Kauf genommen oder dieser durch die Zahlung von zusätzlichen Beiträgen ausgeglichen wird.

Mit der Erhöhung der Altersgrenzen soll der Verlängerung der durchschnittlichen Rentenlaufzeiten infolge eines immer früheren Rentenbeginns und einer gleichzeitig steigenden Lebenserwartung Rechnung getragen werden. Seit 1960 hat sich die durchschnittliche Rentenbezugsdauer um neun Jahre auf nunmehr rund 19 Jahre erhöht.¹⁶⁴ Die Rentenbezugsdauer von Frauen ist um ca. zehn Jahre auf ca. 21 Jahre gestiegen, die der Männer um ca. sechs Jahre auf ca. 17 Jahre¹⁶⁵. Bis 2030 wird sich die durchschnittliche Lebenserwartung weiter erhöhen.¹⁶⁶

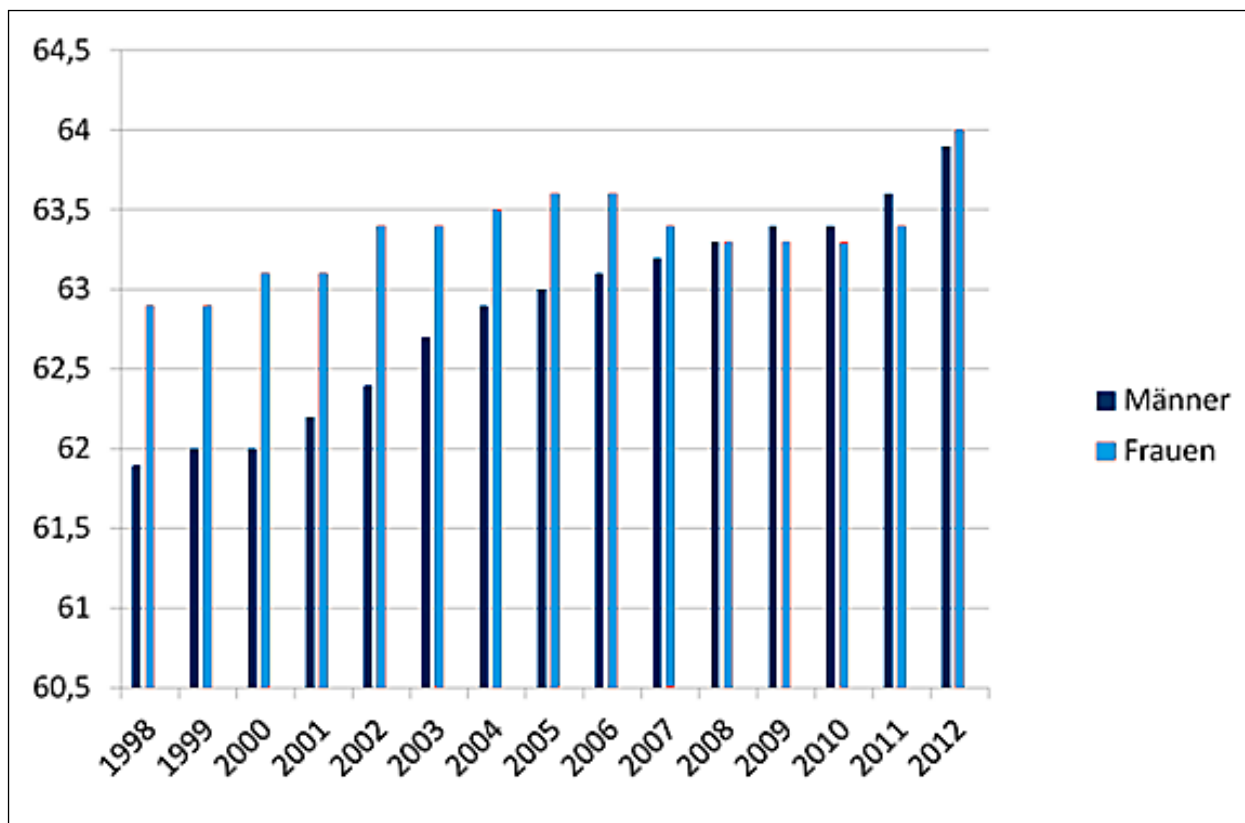
Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung des Renteneintrittsalters in Nordrhein-Westfalen:

164 Vgl. BMAS, Informationen zur Rente mit 67, 15. Dezember 2009: www.bmas.de/DE/Themen/Rente/Gesetzliche-Rentenversicherung/Arbeiten-bis-67/rente-mit-67.html?cms_templateQueryString=Rente++ab+67+&cms_searchIssued=0&cms_sortString=-score_&cms_searchArchive=0

165 Vgl. BT-DrS. 16/3812, S. 1

166 Vgl. DRV Bund, Pressemitteilung vom 27. September 2007: www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/4_Presse/medieninformationen/01_pressemitteilungen/2007/2007_9_27_durchschnittliche_rentenbezugsdauer_steigt.html

48 Durchschnittliches Zugangsalter bei Versichertenrenten in NRW



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund

7.2.2.2 Betriebliche Altersversorgung

Bei der betrieblichen Altersversorgung handelt es sich um die zweite Säule unseres Alterssicherungssystems. Sie ist seit über 170 Jahren wesentlicher Bestandteil der Alterssicherung in Deutschland und hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. Die betriebliche Altersversorgung besteht aus Leistungen, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufgrund eines Arbeitsverhältnisses vom Arbeitgeber erhalten. Diese Leistung ist in der Regel freiwillig. Es besteht auch die Möglichkeit der alleinigen arbeitnehmerseitigen Finanzierung, z. B. über die beitragsfreie Entgeltumwandlung, mit Rechtsanspruch.

Im Dezember 2011 lag die Verbreitung der Anwartschaften in der betrieblichen Altersversorgung bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in der Privatwirtschaft und dem öffentlichen Dienst bundesweit bei 59,5 % (Frauen 59,8 % und Männer 59,2 %).¹⁶⁷

Bezogen auf die nicht mehr erwerbstätigen Arbeiter und Angestellten der Privatwirtschaft beziehen in den alten Ländern 44 % der Männer und 10 % der Frauen ab 65 Jahren eine eigene Leistung aus der betrieblichen Altersversorgung.¹⁶⁸

Die durchschnittlichen Zahlbeträge bei Frauen ab 55 Jahren liegen mit 228 Euro um 54 % niedriger als bei den gleichaltrigen Männern (500 Euro). Höhere Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung sind bei den Männern häufiger als bei den Frauen.

¹⁶⁷ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst (BAV 2011)

¹⁶⁸ Vgl. TNS Infratest Sozialforschung: Alterssicherung in Deutschland (ASID 20)

Während Leistungen unter 50 Euro nur 8 % der Männer, aber 22 % der Frauen beziehen, erhalten 27 % der Männer und 10 % der Frauen Leistungen ab 500 Euro. Bei den Zahlbeträgen ab 1.000 Euro sind die Männer immerhin noch mit 12 % vertreten, die Frauen aber nur noch mit 2 %.

Eine Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst beziehen in den alten Ländern 80 % der Männer, aber nur 55 % der Frauen, die zuletzt im öffentlichen Dienst beschäftigt waren. Die durchschnittlichen Netto-Leistungen der öffentlichen Zusatzversicherungsrenten belaufen sich im Westen bei Männern auf 426 Euro und bei Frauen auf 263 Euro bei Personen ab 55 Jahren. Leistungen unter 100 Euro bzw. über 1.000 Euro gibt es in diesem Bereich deutlich seltener als in der Privatwirtschaft.

Nach einer Untersuchung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales aus dem Jahre 2011¹⁶⁹ zeigt sich insgesamt in Deutschland ein deutlicher Anstieg der Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung im Untersuchungszeitraum Dezember 2001 bis Dezember 2011. Ende 2011 hatten laut der Trägerbefragung 17,342 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte eine Anwartschaft auf eine betriebliche Zusatzversorgung in der Privatwirtschaft bzw. dem öffentlichen Dienst. Dies ergibt eine Steigerung um 27,3 % gegenüber Dezember 2001.

Der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Privatwirtschaft mit Zusatzversorgung stieg laut Arbeitgeberbefragung von 38 % auf 50 %. Der Großteil dieses Zuwachses (11 %) entfällt dabei auf den Zeitraum bis Dezember 2009. Danach fällt der Zuwachs mit 1 % vergleichsweise gering aus. Dieser deutliche Zuwachs ist auf die vielen kleineren Betriebe zurückzuführen, die eine betriebliche Altersversorgung eingeführt haben.

Der Zuwachs der Anwartschaften in einer betrieblichen Altersversorgung erfolgte bei Frauen und Männern dabei in etwa gleicher Höhe. Während bei Frauen ein Zuwachs von 13 Prozentpunkten (von 33 % auf 46 %) zu verzeichnen war, fiel dieser bei Männern mit zwölf Prozentpunkten (von 39 % auf 51 %) etwas geringer aus. Der Anteil der Anwartschaften bei den Männern liegt allerdings weiterhin über den der Frauen.

In Betriebsstätten mit 50 und mehr Beschäftigten können fast alle versicherungspflichtig Beschäftigten mit einer Betriebsrente rechnen. Hier liegt der Anteil bei 97 bis 100 %. Mit sinkender Beschäftigtenzahl nimmt die Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung jedoch ab. Bei Kleinstbetrieben mit bis zu vier Beschäftigten erwerben bislang bundesweit nur 35 % einen Anspruch auf eine Betriebsrente. Die Verbreitung der betrieblichen Altersvorsorgeansprüche hängt außerdem von weiteren Faktoren ab, beispielsweise der Branche oder dem Tarifvertrag bzw. ob der Arbeitgeber Zuschüsse zur Betriebsrente leistet.

Als Grund für die Nichteinführung einer betrieblichen Altersversorgung wurde von den Arbeitgebern an erster Stelle (69 %) fehlendes Interesse der Beschäftigten angegeben. Weiterhin waren zu hohe Kosten für den Betrieb (49 %), zu komplizierte Regelungen beziehungsweise ein zu hoher Aufwand (18 %) und eine zu hohe Fluktuation der Arbeitnehmer (11 %) ausschlaggebend, auf den Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung zu verzichten.

¹⁶⁹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst (BAV 2011). Sofern keine anderen Angaben gemacht werden, beruhen die Daten dieses Abschnitts auf vorgenannter Quelle.

Weitere Aussagen zur Verbreitung und Höhe der Anwartschaften in der betrieblichen Altersversorgung, speziell auch für Nordrhein-Westfalen, sind aufgrund fehlender statistischer Erfassungen nicht möglich.

7.2.2.3 Private Altersversorgung

Die private Altersvorsorge als dritte Säule des Alterssicherungssystems wird im Wege eines Kapitaldeckungsverfahrens finanziert und kann von jedem individuell gestaltet werden. Die Auszahlung kann als lebenslange Rente, als Kapitalauszahlung oder in Form eines Auszahlungsplans mit unmittelbar anschließender Restverrentung gewählt werden.

Die private Altersvorsorge kann ausschließlich aus eigenen Mitteln und seit dem Jahr 2001 auch durch Inanspruchnahme staatlicher Förderleistungen (Riester- bzw. Rürup-Rente) betrieben werden. Im Nachfolgenden wird ausschließlich auf die Riester-Rente eingegangen, da nur zu diesem Produkt Datenmaterial vorliegt.

Im Jahr 2007 haben 4 % der Männer und 2 % der Frauen ab 65 Jahren in den alten Ländern ein Einkommen aus privaten Renten und Renten aus Lebensversicherungen in durchschnittlicher Höhe von 521 Euro (Männer) bzw. 301 Euro (Frauen) bezogen. Ein erheblicher Teil der Leistungen in den alten Ländern (Männer 13 %, Frauen 3 %) wird außerdem als einmaliger Kapitalbetrag ausgezahlt. Die Höhe beläuft sich dabei auf 44.120 Euro (Männer) bzw. 20.280 Euro (Frauen).¹⁷⁰

Die Riester-Rente gehört heute zu den bekannteren Formen der staatlich geförderten Altersvorsorge. Die Förderung erfolgt durch Zulagen und Steuervorteile während der Ansparphase. Um die Förderung in Anspruch nehmen zu können, ist die Einzahlung der Beiträge in einen zertifizierten Vertrag erforderlich. Im Gegensatz zur staatlich nicht geförderten privaten Altersvorsorge erfolgt bei der Riester-Rente keine Anrechnung des angesparten Kapitals auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende (bis zur Höhe des staatlich geförderten Höchstbetrages), da dieses grundsätzlich ausschließlich zur Altersversorgung dient.

Von den rund 9,6 Millionen Zulageempfängerinnen und Zulageempfänger deutschlandweit stammen 18,74 % aus Nordrhein-Westfalen.¹⁷¹ Davon waren 55 % Frauen (992.036) und 45 % Männer (807.588). Insgesamt wurden 2009 in Nordrhein-Westfalen rund 455,5 Millionen Euro an Zulagen gewährt. Dies entspricht einem Anteil von 17,81 % an der Gesamtförderung.

Etwa drei Fünftel der nordrhein-westfälischen Zulageempfängerinnen und Zulageempfängern haben ein Jahreseinkommen von unter 30.000 Euro (68,5 % Frauen).

Bei der Differenzierung der Einkommensstruktur nach dem Geschlecht zeigt sich folgendes Bild: Während der überwiegende Teil der nordrhein-westfälischen Frauen (73,6 %) ein Jahreseinkommen von null bis 30.000 Euro erzielt, sind die Männer in Nordrhein-Westfalen in der Einkommensgruppe über 10.000 bis 50.000 Euro mit 60,3 % am stärksten vertreten. Auch bei den Einkommen über 50.000 Euro dominieren die Männer deutlich.

Die Betrachtung der Zulageempfängerinnen und Zulageempfänger nach Geburtsjahrgang zeigt, dass sich diese hauptsächlich auf die Geburtsjahre 1956 bis 1985 vertei-

¹⁷⁰ Vgl. TNS Infratest Sozialforschung: Alterssicherung in Deutschland (ASID 2011)

¹⁷¹ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund; sofern keine anderen Angaben gemacht werden, beruhen die Daten in den folgenden Abschnitten auf vorgenannter Quelle und spiegeln den Stand des Jahres 2009 wider.

len. In den Zwischenergebnissen für die Beitragsjahre 2010 und 2011 ist erkennbar, dass der Anteil der Zulageempfängerinnen und Zulageempfänger insgesamt ab dem Geburtsjahr 1976 ansteigt. Bei den älteren Geburtsjahrgängen wiederum dürften bei Einführung der Riester-Rente viele bereits über eine anderweitige zusätzliche Altersversorgung verfügt beziehungsweise ihre Altersvorsorgeplanung ohne zusätzliche Altersvorsorge abgeschlossen haben.

Die Auswertung der Daten für das Beitragsjahr 2009 zeigt, dass von der Zulage-Förderung besonders Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen und Familien mit Kindern profitieren.¹⁷²

7.2.2.4 Einkommensaufstockung durch geringfügige Beschäftigung

Eine weitere Einnahmequelle im Alter stellt die geringfügige Beschäftigung dar. In Nordrhein-Westfalen gingen im September 2014 199.00 über 65-Jährige einer geringfügigen Beschäftigung nach, davon 107.212 Männer und 91.622 Frauen.¹⁷³ Ergänzend zu den vorgenannten Daten aller Einkommensarten ist zu erwähnen, dass es derzeit für Nordrhein-Westfalen keine differenzierten Aussagen über die Zusammensetzung der Alterseinkommen von Migrantinnen und Migranten gibt. Eine Auswertung entsprechender Zahlen kann deshalb aktuell nicht erfolgen.

7.2.2.5 Pensionen

Altersversorgung der Beamtinnen und Beamten sowie der Richterinnen und Richter war bis 2006 bundeseinheitlich im Gesetz über die Versorgung der Beamten und Richter des Bundes geregelt.

Im Zuge der Föderalismusreform I haben die Länder die Gesetzgebungskompetenz für die Besoldung und Versorgung ihrer Beamtinnen und Beamten erhalten. In Nordrhein-Westfalen gilt seit dem 1. Juni 2013 das Landesbeamtenversorgungsgesetz.

Mit Eintritt oder Versetzung in den Ruhestand hat jede Beamtin und jeder Beamte Anspruch auf ein Ruhegehalt. Mit dem Tod der Ruhestandsbeamtin bzw. des Ruhestandsbeamten erhalten die Hinterbliebenen Anspruch auf ein Witwen- bzw. Witwergeld.

Das Ruhegehalt berechnet sich aus den ruhegehaltfähigen Dienstbezügen und der ruhegehaltfähigen Dienstzeit. Pro Jahr ruhegehaltfähiger Dienstzeit beträgt das Ruhegehalt 1,79375 % der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge. Der Höchstruhegehaltsatz beträgt 71,75 % der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge. Witwen und Witwer erhalten 55 % des Ruhegehalts der oder des Verstorbenen.

Zur Sicherstellung eines (Mindest-)Lebensunterhalts erhalten Beamtinnen und Beamte sowie deren Hinterbliebene eine Mindestversorgung. Das Mindest-Ruhegehalt beträgt 35 % der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge (amtsabhängige Mindestversorgung), mindestens aber 65 % der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 4 (amtsunabhängige Mindestversorgung).

Die amtsunabhängige Mindestversorgung beträgt 1.476,62 Euro (sämtliche Beträge geben den Stand der Besoldungs- und Versorgungsanpassung zum 1. Januar 2014 wieder) für die Ruhestandsbeamtin und den Ruhestandsbeamten ohne Familienzuschlag, 1.553,05 Euro mit Familienzuschlag Stufe 1 (z. B. Verheiratete). Entsprechend beträgt die amtsunabhängige Mindestversorgung für Witwen und Witwer 944,10 Euro.

172 Vgl. Deutsche Rentenversicherung: RVaktuell 12/2012

173 Vgl. Statistik der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Minijob-Zentrale)

Das Ruhegehalt unterliegt Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften (z. B. beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit anderen Einkünften oder Kürzung aufgrund eines durchgeführten Versorgungsausgleichs nach einer Ehescheidung). In diesen Fällen ist es möglich, dass der tatsächlich ausgezahlte Versorgungsbezug unterhalb der oben erläuterten amtsunabhängigen Mindestversorgung liegt.

Zu Ende des Jahres 2014 haben insgesamt 4.112 Versorgungsberechtigte (davon 2.727 weibliche und 1.385 männliche) eine amtsunabhängige Mindestversorgung erhalten. Im Bereich der Landesverwaltung gab es zum 31. Dezember 2014 186.651 Versorgungsberechtigte¹⁷⁴ (über 92.400 weibliche und rund 94.200 männliche Versorgungsberechtigte), davon rund 148.625 Ruhestandsbeamtinnen und -beamte (rund 56.400 weibliche und rund 89.300 männliche).

Nach der für den dritten Versorgungsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen (Landtags-Vorlage 15/1239) erstellten Modellrechnung wird die Zahl der Versorgungsempfängerinnen und -empfänger in den nächsten Jahren kontinuierlich ansteigen und in den Jahren 2026/27 mit rund 229.700 Personen (um die 132.200 weibliche, um die 97.500 männliche Personen), davon um die 163.000 Ruhestandsbeamtinnen und -beamten (rund 79.700 Ruhestandsbeamtinnen, rund 83.500 Ruhestandsbeamte), einen Höchststand erreichen.

Im Jahr 2014 betragen die Ausgaben für die Versorgungsbezüge der Ruhestandsbeamtinnen und -beamten sowie ihrer Hinterbliebenen (ohne Beihilfe) rund 6,2 Milliarden Euro. Nach der Modellrechnung steigen diese Ausgaben bis zum Jahr 2025/26 auf über 6,85 Milliarden Euro an.¹⁷⁵

7.2.3 Armut und Alter

Gesellschaftliche Umstrukturierungsprozesse, die in engem Zusammenhang mit der fortgeschrittenen Industrialisierung standen, sorgten bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts für die Implementierung eines Versicherungssystems zum Schutz gegen Altersarmut und zur Absicherung der Älteren. Als Pflichtversicherung angelegt geht die Verabschiedung des Gesetzes betreffend die Alters- und Invaliditätsversicherung (IaVG) im Jahre 1889 auf Otto von Bismarck zurück, dessen Bestreben es war, den Versicherten zumindest ein Existenzminimum im Alter zugänglich zu machen.¹⁷⁶

Im Laufe der Zeit wandelte sich diese Zielsetzung hin zu einer Rente, die den im Erwerbsleben erworbenen Lebensstandard erhalten sollte.

Anlässlich des prognostizierten demografischen Wandels vollzieht sich demgegenüber seit den 1990er-Jahren ein weiterer Paradigmenwechsel, sodass nun nicht mehr die Lebensstandardsicherung, sondern die Stabilität des Beitragssatzes zur Rentenversicherung im Vordergrund steht: Um den Anstieg des Beitragssatzes zu dämpfen, wurden Änderungen im Rentenversicherungsrecht vorgenommen, die ein Absinken des Rentenniveaus zur Folge haben.

174 Lt. LBV NRW

175 Zukünftige Besoldungsanpassungen sind hierin nicht enthalten. Die tatsächlich zu erwartenden Ausgaben dürften somit höher liegen

176 Vgl. Schmeißner, N. (2014): Die Rentenversicherung als Strategie der materiellen Sicherung. In: H. Pelizäus-Hoffmeister (Hrsg.): Der ungewisse Lebensabend. Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 151-164.

7.2.3.1 Begriffsdefinition „Armut“

Für den Begriff „Armut“ selbst gibt es unterschiedliche Definitionen. So unterscheiden Laderchi et al.¹⁷⁷ drei unterschiedliche Armutskonzepte: den monetären Ansatz, den Capability-Approach bzw. Lebenslagenansatz und den Ansatz der sozialen Exklusion. In Deutschland wird die Messung von Armut überwiegend unter Verwendung des monetären Ansatzes vollzogen, der eine absolute und eine relative Armut berücksichtigt. Während sich absolute Armut an dem orientiert, was zum Überleben eines Menschen physisch notwendig ist, wird in Wohlfahrtsstaaten Armut in der Regel relativ definiert. So formuliert Hausen:¹⁷⁸ „Relative Armut bedeutet, dass Personen, Familien und Gruppen nur über so geringe materielle, kulturelle und soziale Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Land, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist. (...) Für sie ist das sozio-kulturelle Existenzminimum nicht gesichert.“ Wer also ein Einkommen unterhalb eines bestimmten Mindestabstands zum mittleren Einkommen hat, gilt als armutsgefährdet. Dabei wird davon ausgegangen, dass beim Unterschreiten eines bestimmten Prozentsatzes des mittleren Einkommens die finanziellen Mittel so gering sind, dass der Lebensstandard und die Teilhabemöglichkeiten der betroffenen Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit das gesellschaftlich akzeptable Minimum unterschreiten. Die Berechnung orientiert sich an dem von der EU gesetzten Standard, wonach Menschen als armutsgefährdet gelten, wenn ihr Einkommen unter 60 % des bedarfsgewichteten Medianeinkommens liegt (Armutsschwelle).

Die Bedarfsgewichtung sorgt dafür, dass bei der Ermittlung der Wohlfahrtsposition der Personen Einspareffekte durch das Zusammenleben ebenso berücksichtigt werden wie Unterschiede in der Altersstruktur der Haushalte. Zu berücksichtigen ist hier allerdings, dass bei dieser quantitativen Dimension der Messung von Armut eine Geschlechterdifferenzierung nur unzureichend berücksichtigt wird. Sellach stellt weiter fest, dass „ein auf Einkommen reduzierter Ansatz die qualitative Dimension von Armut und ihre Ursachen, wie beispielsweise soziale Ausgrenzung, gesundheitliche Beeinträchtigung oder eine eingeschränkte Partizipation am gesellschaftlichen Leben“ vernachlässigt.¹⁷⁹

Das Lebenslagenkonzept kann hingegen als multidimensional betrachtet werden. Seine Stärke liegt darin zusätzlich z. B. sowohl die soziale Stellung einer Person oder Gruppe als auch seine/ihre Teilhabemöglichkeiten abzubilden.¹⁸⁰ Problematisierend berücksichtigt dieser Ansatz beispielsweise einen überdurchschnittlichen Anstieg von Kosten bei der Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder den Aspekt der Vereinsamung bei älteren alleinstehenden Frauen. Da sich die Lebensverhältnisse von Individuen als sehr unterschiedlich und komplex darstellen, ist eine operationalisierte Anwendung mit erheblichem Aufwand verbunden.

177 Vgl. Pfortner, T.-K. (2013): Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 22ff.

178 Hausen, R. (2009): Neue Armut im Alter. In: Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Wirtschaftspolitik. 89. Jahrgang. Ausgabe 4, S. 251.

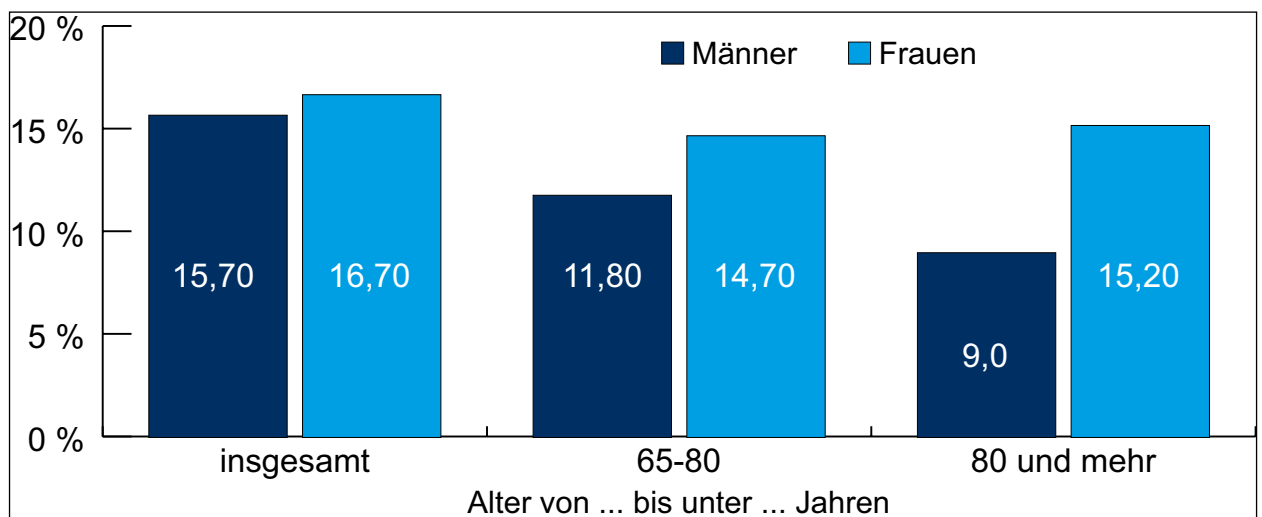
179 Vgl. Sellach, B. (2008): Armut: Ist Armut weiblich? In: Becker/Kortendiek: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. VS-Verlag Wiesbaden.

180 Vgl. Bäcker, G./Schmitz, J. (2013)

7.2.3.2 Aktuelle Entwicklung

Gegenwärtig sind Menschen im Alter von 65 Jahren und älter unterdurchschnittlich häufig von relativer Einkommensarmut bedroht. Dies ist zurückzuführen auf meist vollzeitleich erworbene hohe Rentenansprüche und erwirtschaftetes Eigenkapital, das z. B. in Form von Wohneigentum vorliegen kann. Mit Blick auf eine Armutgefährdung im Alter ist allerdings zwischen den Geschlechtern ein deutlicher Unterschied auszumachen. 2012 waren 10,0 % der älteren Männer und 14,3 % der älteren Frauen von relativer Einkommensarmut betroffen. Unter Einbezug des damaligen Normalarbeitsverhältnisses nach Modell der Versorgerehe schlägt sich hier das monetäre Abhängigkeitsverhältnis der Frauen von ihren Männern nieder. So kann festgehalten werden, dass das Risiko, arm zu werden, bei älteren Männern abnimmt, bei den Frauen ist es dagegen in allen Altersgruppen vergleichsweise hoch.

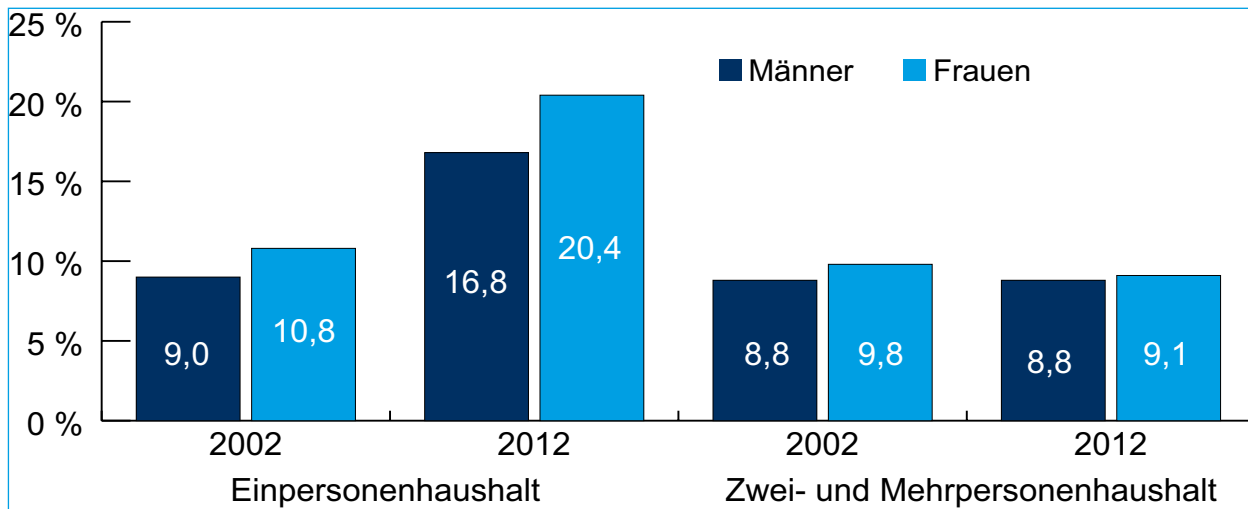
49 Armutsrisikoquoten*) von älteren Menschen in NRW 2014 nach Geschlecht und Altersgruppen



*) Zahl der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen (neue OECD-Skala) von weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der nordrhein-westfälischen Bevölkerung je 100 Personen entsprechender Bevölkerungsgruppe. Ergebnisse des Mikrozensus
 Grafik: IT.NRW

Dieser Befund steht in einem engen Zusammenhang mit dem Familienstand und mit der Haushaltsgröße. Die Anteile sowohl der verwitweten als auch der alleinlebenden Frauen steigen, auch auf Grundlage ihrer längeren Lebenserwartung, mit zunehmendem Alter an. Das Armutsrisiko verwitweter Frauen liegt mit einer Quote von 14,3 % über dem Durchschnitt aller älterer Frauen (12,8 %). Bei einer Differenzierung nach der Haushaltsgröße wird deutlich, dass insbesondere alleinlebende ältere Frauen einem überdurchschnittlichen Armutsrisiko unterliegen (20,4 %).

50 Armutsrisikoquoten*) von älteren Menschen in NRW 2002 und 2012 nach Geschlecht



*) Zahl der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen (neue OECD-Skala) von weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der nordrhein-westfälischen Bevölkerung je 100 Personen der entsprechenden Bevölkerungsgruppe **) im Alter von 65 und mehr Jahren ***) Bevölkerung in Privathaushalten Ergebnisse des Mikrozensus Grafik: IT.NRW

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind mit einer Armutsrisikoquote von 34,4 % (die Armutsrisikoquote bei Älteren ohne Migrationshintergrund beträgt 9,6 %) überdurchschnittlich von relativer Einkommensarmut betroffen. Gründe hierfür liegen einerseits in atypischen Beschäftigungsverhältnissen und arbeitslosigkeitsbedingten Erwerbsunterbrechungen sowie andererseits in verkürzten Erwerbsbiografien verursacht durch einen späten Zuzug nach Deutschland sowie die Anstellung in zumeist niedrig bezahlten Arbeitsverhältnissen.¹⁸¹

Neben diesen migrationspezifischen Unterschieden lassen sich ebenfalls geschlechtertypische Differenzen erkennen. So lässt sich allgemein sagen, dass sowohl migrantische als auch autochthone Frauen stärker als Männer von der Unterstützung durch Familienmitglieder abhängig sind. Dies kann daran liegen, dass die Erwerbsbiografie von Frauen häufig von Brüchen durchzogen ist, sie in geringverdienenden Beschäftigungsverhältnissen angestellt sind oder ausschließlich die unbezahlte Reproduktions- und Hausarbeit übernehmen und sich da heraus sehr geringe Rentenansprüche ergeben. Da die Einkommensberechnung der Armutsgefährdungsquote sowohl unterschiedliche Haushaltsstrukturen als auch die Einspareffekte- beispielsweise durch das Zusammenleben wie gemeinsam genutzten Wohnraum berücksichtigt,¹⁸² verwundert die nahezu identische Armutsgefährdungsquote von älteren Männern und Frauen mit Migrationshintergrund (Frauen: 35,4 %, Männer: 33,2 %) kaum, sondern bestätigt eher die These des Abhängigkeitsverhältnisses in denen sich Frauen mit (und ohne) Migrationshintergrund häufig befinden.

Während sich zwischen älteren Männern ohne Migrationshintergrund und älteren Männern mit Migrationshintergrund erhebliche Unterschiede in den Rentenansprüchen und der relativen Einkommensarmut abzeichnen, lassen sich zwischen Frauen ohne und mit

181 Vgl. Frick, Joachim/Grabka, Markus/Hauser, Richard (2010): Die Verteilung der Vermögen in Deutschland. Berlin: edition sigma. S.171

182 Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung: Zahlen und Fakten: Die soziale Situation in Deutschland. Ausgewählte Armutsgefährdungsquoten (Stand: 29.01.2014): www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61785/armutsgefaehrung (abgerufen am 28.04.2014)

Migrationshintergrund aufgrund eines (im Mittel) ähnlich niedrigen Erwerbseinkommen kaum Differenzen in der Höhe des Rentenbezuges vorweisen.¹⁸³

Diese Rentensituation wird sich zukünftig stark verändern. So beschreibt der Mikrozensus im Schnittpunkt von Geschlecht und Migration 2007, dass die Verwobenheit der beiden Merkmale Geschlecht und Migration besonders negative Auswirkungen auf das Einkommen hat. Frauen mit Migrationshintergrund haben, im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund, ein deutlich geringeres monatliches Einkommen zur Verfügung.¹⁸⁴

51 Armutsgefährdung

Insgesamt

Geschlecht / Alter		Armutsgefährdung gemessen am Landesmedian ¹⁾							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
		%							
männlich	65 Jahre und älter	7,9	7,6	9,0	9,3	9,2	9,7	10,0	10,0
weiblich	65 Jahre und älter	11,5	10,1	11,3	12,3	12,5	12,8	13,6	14,3
zusammen	65 Jahre und älter	9,9	9,0	10,3	11,0	11,0	11,4	12,0	12,4

Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Geschlecht / Alter		Armutsgefährdung gemessen am Landesmedian ¹⁾							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
		%							
männlich	65 Jahre und älter	26,3	29,3	31,5	29,4	30,8	31,8	32,4	33,2
weiblich	65 Jahre und älter	28,8	29,8	31,6	29,8	33,1	31,7	34,0	35,4
zusammen	65 Jahre und älter	27,6	29,5	31,5	29,6	32,0	31,7	33,2	34,3

Bevölkerung ohne Migrationshintergrund

Geschlecht / Alter		Armutsgefährdung gemessen am Landesmedian ¹⁾							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
		%							
männlich	65 Jahre und älter	5,8	5,1	6,2	6,6	6,3	6,8	7,0	6,7
weiblich	65 Jahre und älter	9,9	8,5	9,4	10,5	10,4	10,9	11,4	11,8
zusammen	65 Jahre und älter	8,2	7,0	8,0	8,9	8,6	9,1	9,5	9,6

1) Anteil der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung

() Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann (zugrunde liegende Fallzahl hochgerechnet zwischen 5.000 und 15.000)

/ Keine Angabe, da der Zahlenwert nicht sicher genug ist (zugrunde liegende Fallzahl kleiner 5.000)

Datenquelle: Mikrozensus

183 Vgl. Frick, Joachim/Grabka, Markus/Groh-Samberg, Olaf/Hertel, Florian/ Tucci, Ingrid (2009): Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Forschungsstudie: Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

184 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Mikrozensus im Schnittpunkt von Geschlecht und Migration. Möglichkeiten und Grenzen einer sekundär-analytischen Auswertung des Mikrozensus 2005. Forschungsreihe Band 4. Nomos Verlag. 2007

7.2.3.3 Altersarmut und Alterssicherung

Das Risiko von Altersarmut wird sich voraussichtlich auf mittlere und längere Sicht dann erheblich verschärfen, da zukünftige Rentnergenerationen in größerem Umfang als bisher damit rechnen müssen, dass sie ihren Lebensstandard im Alter nicht werden halten können.

Auf die Höhe der individuellen Rente nehmen exogene und endogene Faktoren Einfluss. Exogene Faktoren verweisen auf ökonomische, sozialstrukturelle und erwerbsbiografische Einflüsse, die zwar außerhalb der rentenrechtlichen Strukturen liegen, sich mittelbar aber auf die Rentenleistungen auswirken. Endogene Faktoren beziehen sich auf leistungsrechtliche Veränderungen im System der Alterssicherung - insbesondere der gesetzlichen Rentenversicherung. Neben der gesetzlichen Vorsorge, die im Modell der sozialen Altersabsicherung in Deutschland maßgeblich ist und als erste Säule bezeichnet wird, ergänzen die betriebliche Vorsorge als sogenannte zweite Säule und die private Vorsorge als sogenannte dritte Säule die Gesamtheit der Maßnahmen zur Sicherung des Lebensunterhalts in der Nacherwerbsphase.

7.2.3.3.1 Exogene Faktoren

Die Rentenhöhe ist ein Abbild der erwerbsbiografischen Entwicklung und richtet sich maßgeblich nach der Anzahl der Beitragsjahre und der Höhe der eingezahlten Beiträge (Prinzip der Beitragsäquivalenz). Die Einkommenssituation im Alter ist daher bestimmt durch die Ausgestaltung der individuellen Erwerbsbiografie. Liegen zwischen verschiedenen Arbeitsverhältnissen beispielsweise Zeiten der Arbeitslosigkeit, eine nicht versicherte selbstständige Tätigkeit, sozialversicherungsfreie geringfügige Beschäftigungen oder Teilzeitarbeit, wirkt sich dies rentenmindernd aus, weil in diesen Phasen nur geringe oder gar keine Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt werden. Gleiches gilt für Beschäftigte im Niedriglohnsektor: Wer wenig verdient, zahlt auch geringe Rentenversicherungsbeiträge und erhält später eine niedrige Rente. Solche prekären Beschäftigungsverhältnisse sind in den letzten Jahren häufiger geworden. Das hat zur Folge, dass diese Menschen künftig Gefahr laufen, von Altersarmut betroffen zu sein.

Aus diesem Grund stellt das Standardrentenniveau vor Steuern keine repräsentative Kennzahl für die tatsächliche Rentenhöhe der Einzelnen bzw. des Einzelnen mehr dar, da der Berechnung ein geschlossenes Erwerbsleben mit 45 Beitragsjahren und einem Einkommen in Höhe des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten zugrunde liegt. Solche kontinuierlichen Erwerbsbiografien werden jedoch immer seltener.

Die Gruppe der Langzeitarbeitslosen ist hier besonders herauszuheben: Ihr Altersarmutsrisiko hat sich erhöht, da in den letzten 15 Jahren die von der Bundesagentur für Arbeit zu entrichtenden Rentenversicherungsbeiträge für Zeiten des Arbeitslosengeld II-Bezuges schrittweise abgesenkt wurden. Seit 1. Januar 2011 werden während des Bezuges von Arbeitslosengeld II gar keine Beiträge mehr gezahlt. Daher wirkt sich insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit massiv nachteilig auf die Höhe der späteren Rente aus.

Auch Zeiten der Selbstständigkeit haben Einfluss auf die Höhe der Rente. Die Zahl der in Nordrhein-Westfalen tätigen Selbstständigen betrug nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2011 etwa 850.000.

Einzelne Gruppen von Selbstständigen sind in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung einbezogen worden (z. B. Handwerker, Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher, arbeitnehmerähnliche Selbstständige). Andere sind

über die Mitgliedschaft in berufsständischen Versorgungswerken gut abgesichert. Für die übrigen Selbstständigen gibt es keine obligatorische Altersvorsorge, sodass sie sich eigenverantwortlich absichern müssen. Ob dies in ausreichendem Maße erfolgt, ist fraglich. Es ist zu vermuten, dass ein hoher Anteil von ihnen nur geringe Einkommen bezieht, die eine ausreichende Altersvorsorge kaum zulassen. Das gilt insbesondere für die sogenannten Solo-Selbstständigen, also Selbstständige ohne weitere Beschäftigte. Ihre Zahl lag im Jahre 2011 in NRW bei 460.000. Ehemals Selbstständige sind im Rentenalter doppelt so häufig auf Grundsicherung im Alter angewiesen wie vor Rentenbeginn abhängig Beschäftigte.

Besonders betroffen sind dabei die Migrantinnen und Migranten, deren Einkommen statistisch gesehen im Vergleich zu deutschen Selbstständigen um einiges geringer ausfällt.¹⁸⁵

Versicherte, für die aufgrund einer Krankheit eine Erwerbstätigkeit nicht oder nicht mehr in vollem Umfang möglich ist, können bei Erfüllung der Voraussetzungen eine Erwerbsminderungsrente erhalten. Die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren ist eine Grundvoraussetzung hierfür, die viele bereits durch sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten erfüllt haben. Wird die versicherte Beschäftigung für mehr als zwei Jahre unterbrochen, geht diese Anwartschaft in vielen Fällen verloren, weil die Versicherten nicht die geforderten drei Jahre Pflichtbeiträge in den letzten fünf Jahren vorweisen können. Viele Personen erhalten darum im Leistungsfall keine Rentenleistungen für die in der Vergangenheit gezahlten Beiträge. Diese Problematik betrifft im Wesentlichen Selbstständige, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind und sozialversicherungsfrei geringfügig Beschäftigte, die zu einem deutlich höheren Anteil (rund zwei Drittel) aus Frauen besteht.

Die private Absicherung gegen Erwerbsminderung ist hierbei keine wirkliche Alternative. Sie ist aufgrund der risikoabhängigen Versicherungsprämien oft vergleichsweise teuer und geht zu Lasten der eigentlichen Altersvorsorge, die immer mehr von den Menschen gefordert wird.

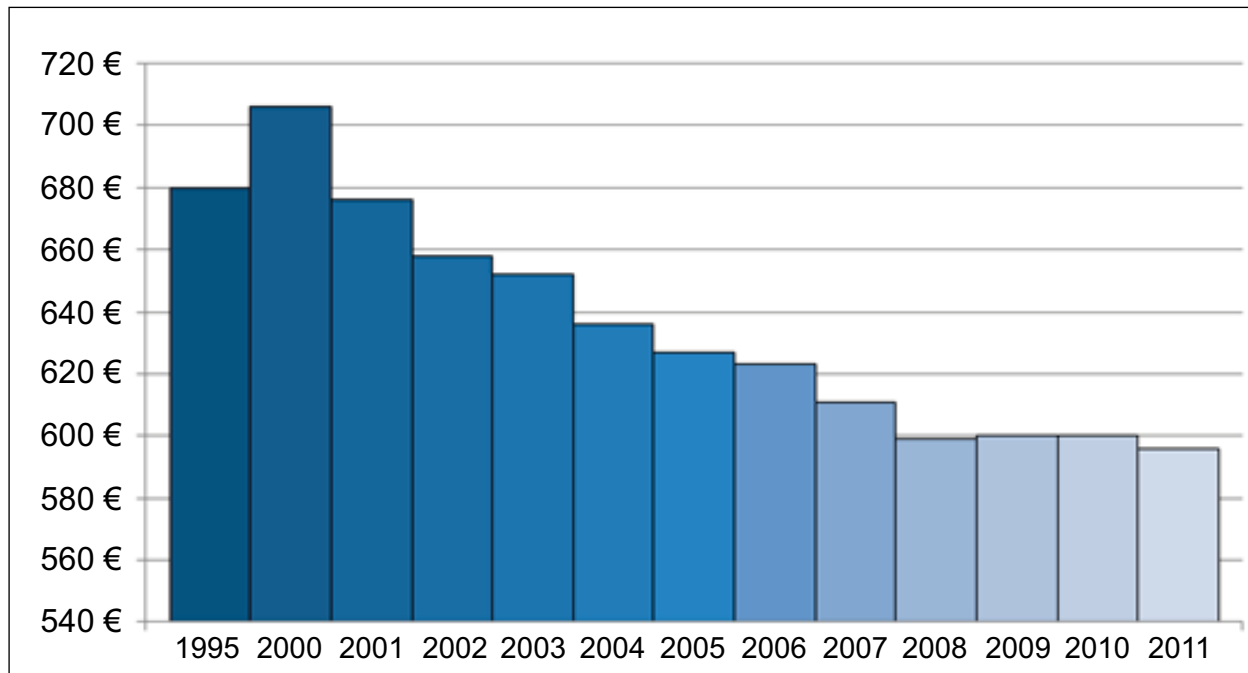
Doch selbst wer einen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente hat, läuft Gefahr, keine für eine angemessene Lebensführung ausreichende Rente zu erhalten. Einer der Gründe hierfür ist, dass Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner Rentenabschläge hinnehmen müssen, obwohl sie aus gesundheitlichen Gründen keine andere Wahl haben als in Rente zu gehen. Sie werden so von der Absenkung des Rentenniveaus besonders hart getroffen.

Wer dauerhaft bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze voll erwerbsgemindert bleibt, hat außerdem keine Möglichkeit mehr, privat für das Alter vorzusorgen. Deshalb setzt sich die Armutproblematik erwerbsgeminderter Personen auch im regulären Rentenalter fort.

Wie sich die Erwerbsminderungsrente in dem Zeitraum von 1995 bis 2011 entwickelt und welche Brisanz diese Entwicklung mit Blick auf das Thema Altersarmut hat, zeigt die nachfolgende Grafik.

¹⁸⁵ Vgl. Köppe, Olaf (2010): „Vorboten“ der Altersarmut? Zur aktuellen Einkommenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und sozialpolitische Alternativen. In: Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Systemanalyse als politische Reformstrategie. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 251

52 Entwicklung der Zahlbeträge von Erwerbsminderungsrenten



Quelle: DRV Bund, Rentenversicherung in Zeitreihen 2012

Nach Geschlechtern betrachtet hat der Rentenzahlbetrag der Männer von 2002 an drastisch abgenommen, wohingegen der Zahlbetrag der Frauen von 1992 bis 2002 stetig gestiegen ist. Die Gründe hierfür könnten bei den Männern in der Einführung von Abschlägen für die vorzeitige Inanspruchnahme der Rente im Jahr 2001 und in erhöhten Arbeitslosigkeitszeiten liegen. Aber auch sozioökonomische Faktoren spielen eine Rolle: So werden seit einer Rechtsänderung im Jahr 2005 auch Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld II im Rahmen der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente berücksichtigt. Dadurch bekommen mehr Arbeitslosengeld II-Empfänger eine Erwerbsminderungsrente. Da dieser Personenkreis aber in der Regel eher niedrige Rentenanwartschaften hat, wirkt sich dies in einem sinkenden durchschnittlichen Zahlbetrag aus. Der Anstieg bei den Frauen ist in erster Linie auf deren verstärkte Erwerbstätigkeit zurückzuführen.

Es ist aber nicht nur die Erwerbsbiografie, die Einfluss auf die Höhe der Rente hat. Auch die mit dem Alterseinkünftegesetz eingeführte sukzessive Umstellung auf die nachgelagerte Besteuerung von Renten – soweit sie nicht unter dem Freibetrag liegen – sorgt dafür, dass den Rentnerinnen und Rentnern zunehmend weniger Netto von ihrer Bruttorente bleibt.

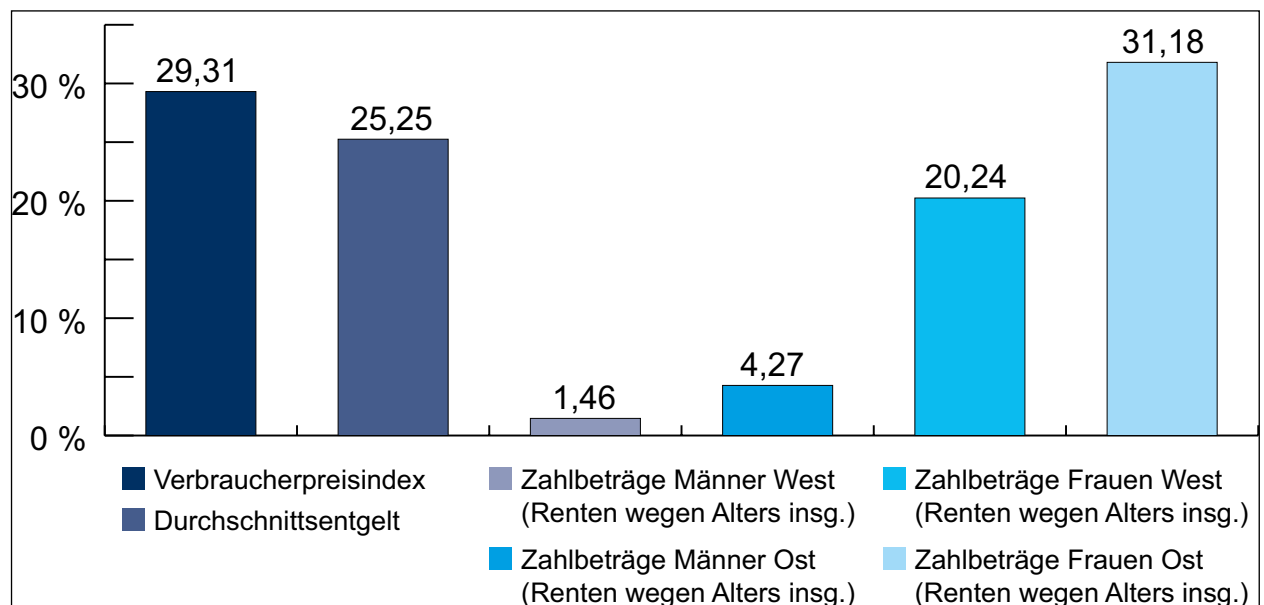
Deshalb muss bei Diskussionen über die zukünftige Höhe der Rente die Besteuerung berücksichtigt werden. Angaben zur Höhe der Renten müssen in dem Bewusstsein betrachtet werden, dass es sich dabei nicht um tatsächlich ausgezahlte Beträge handelt, sondern dass in den nächsten Jahren ein immer größerer Teil der Rente versteuert werden muss, bis 2040 die volle Besteuerung erreicht ist.

Versicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner müssen außerdem Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zahlen. Der von ihnen zu tragende Beitragsanteil in der Krankenversicherung liegt zum 1. Januar 2013 bei 8,2 % des Gesamteinkommens zuzüglich eventueller von der jeweiligen Krankenkasse erhobener Zusatzbeiträge. Für die Pflegeversicherung haben Kinderlose 2,3 % und Rentenbezieherinnen bzw. Renten-

bezieher, die Kinder erzogen haben, 2,05 % zu zahlen. Schließlich ist noch die Inflation als ein weiterer mittelbar rentenmindernder Faktor zu nennen. Durch die Entwertung des Geldes sinkt die Kaufkraft der Renten. Selbst wenn der Zahlbetrag gleich bleibt, kann es also sein, dass die Rentenbezieherin bzw. der Rentenbezieher sich von ihrer bzw. seiner Rente weniger leisten kann.

Die nachfolgende Grafik stellt die Entwicklung der Rentenzahlbeträge und die Lohn- und Preisentwicklung der Jahre 1993 bis 2010 gegenüber.

53 Entwicklung der Rentenhöhe (Zugang) zum Durchschnittslohn und Verbraucherpreisanstieg von 1995 bis 2012



7.2.3.3.2 Endogene Faktoren

Der demografische Wandel mit sich verändernden Bevölkerungsstrukturen, eine längere Lebenserwartung und Verschiebungen im Verhältnis zwischen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern sowie Rentenbezieherinnen und Rentenbezieher werden die im Umlageverfahren finanzierte gesetzliche Rentenversicherung zukünftig belasten. Der Gesetzgeber hat hierauf reagiert, indem er in den letzten 30 Jahren Reformen im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung vorgenommen hat, deren vorrangiges Ziel es war, den Beitragssatz auf maximal 20 % im Jahre 2020, beziehungsweise 22 % bis 2030 zu begrenzen.¹⁸⁶ Die Maßnahmen reichen von Veränderungen der Rentenanpassungsformel bis hin zu einer geringeren Bewertung bestimmter rentenrechtlicher Zeiten, wie beispielsweise Pflege- oder Kindererziehungszeiten. In der Folge wird das Rentenniveau von heute noch 48,9 % auf voraussichtlich 44,4 % im Jahr 2028 sinken.¹⁸⁷

Die jährliche Rentenanpassung orientiert sich in erster Linie an der Lohnentwicklung. Steigt die Höhe der durchschnittlichen beitragspflichtigen Entgelte, steigen auch die

¹⁸⁶ Das rapide Sinken des Rentenniveaus oder ein massiv ansteigender Beitragssatz zur Rentenversicherung werden häufig als zwingende Folge des demografischen Wandels dargestellt. Dabei wird der zu erwartende Produktivitätsfortschritt allerdings außer Acht gelassen. Unter der Voraussetzung, dass die Arbeitnehmer adäquat am Wachstum der Arbeitsproduktivität und der Wertschöpfung partizipieren, können immer weniger jüngere Menschen die Altersversorgung von immer mehr älteren Menschen finanzieren.

¹⁸⁷ Vgl. Rentenversicherungsbericht 2014 der Bundesregierung

Renten. Da der Rentenwertberechnung nur die beitragspflichtigen Entgelte zu Grunde gelegt werden, wirkt sich die zur Förderung der betrieblichen Altersversorgung eingeführte beitragsfreie Entgeltumwandlung negativ auf die Rentenanpassungen aus: Wenn das Volumen der beitragsfrei umgewandelten Entgelte steigt, mindert dies die Lohnzuwachsrate und damit auch den Rentenwert. Die betriebliche Altersvorsorge eines Teils der Versicherten hat also rentenmindernde Auswirkungen auch auf Versicherte, die keine Entgeltumwandlung betreiben (können).

Zum anderen werden für einen Teil des Bruttolohns keine Rentenversicherungsbeiträge gezahlt, weil Entgelt in Altersversorgungsansprüche umgewandelt wird. Dies schmälert die Anwartschaften der bzw. des jeweiligen Beitragszahlenden aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Ein Ausgleich erfolgt ggf. durch Ansprüche aus der betrieblichen Altersversorgung.

Aufgrund der Modifizierung der Rentenanpassungsformel werden die Renten ein Stück weit von der Lohnentwicklung abgekoppelt, sodass sie weniger stark steigen und das Rentenniveau sinken wird: Die Rentenhöhe mindernd wirkt sich dabei der Faktor für den Altersvorsorgeanteil aus.

Seiner Einführung liegt die Annahme zugrunde, dass die Erwerbstätigen zunehmend mehr Geld in zusätzliche Altersvorsorge investieren, um die Absenkung des Niveaus ihrer späteren gesetzlichen Rente auszugleichen. Dieser Betrag – seit 2013 4 % des Gesamteinkommens – wird bei der Rentenanpassung zum Abzug gebracht.

Der Nachhaltigkeitsfaktor, der ebenfalls Bestandteil der Rentenanpassungsformel ist, berücksichtigt das Verhältnis von Rentenbezieherinnen und -bezieher zu Beitragszahlerinnen bzw. Beitragszahlern und dämpft den Rentenanstieg, wenn sich dieses Verhältnis in Richtung der Rentenbezieherin bzw. des Rentenbeziehers verschiebt. Da die Zahl der Erwerbstätigen derzeit steigt, wirkt sich dieser Faktor aber momentan positiv auf die Renten aus. Dadurch schlagen sich zum einen Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt in der Höhe der Renten nieder, da nicht etwa die Zahl der Erwerbsfähigen, sondern die der tatsächlich Erwerbstätigen Eingang in die Formel findet. Zum anderen wird auch dem demografischen Wandel Rechnung getragen, der aufgrund des umlagefinanzierten Systems der gesetzlichen Rentenversicherung künftig dazu führen wird, dass immer weniger Beitragszahlerinnen und Beitragszahler immer mehr Rentenempfängerinnen und -empfänger finanzieren müssen.

Neben den Variablen der Rentenformel wirken sich auch noch andere im System der gesetzlichen Rentenversicherung angelegte Faktoren – sowohl mindernd als auch steigend – auf die Höhe der Renten aus:

Die Regelaltersgrenze und die Altersgrenzen für den vorzeitigen Bezug einer Altersrente werden stufenweise angehoben. Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit wirkt damit aber nicht nur einer weiteren Absenkung des Rentenniveaus entgegen, sondern führt durch die zusätzlichen Beitragszeiten auch zu individuell höheren Rentenansprüchen. Die so zusätzlich erworbenen Entgeltpunkte können knapp zwei Drittel der Absenkung des Nettorentenniveaus kompensieren.¹⁸⁸ Das setzt allerdings altersgerechte Beschäftigungsmöglichkeiten voraus. Fehlt es an geeigneten Arbeitsplätzen und muss deshalb eine Rente vorzeitig in Anspruch genommen werden, entstehen dauerhafte Rentenabschläge von 0,3 % für jeden Monat des vorzeitigen Rentenbezugs.

188 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: Altersarmut (2012)

Die Höhe der Rente richtet sich in erster Linie nach der Anzahl der Versicherungsjahre und den eingezahlten Beiträgen. Es gibt jedoch Zeiten, in denen Versicherte daran gehindert sind, eigene Beiträge zu zahlen. Hier greifen die in der gesetzlichen Rentenversicherung angelegten Elemente des sozialen Ausgleichs. Beispielsweise profitieren Versicherte, die mindestens 35 Jahre der Rentenversicherung angehört und dabei im Mittel ein Einkommen von weniger als 75 % des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten erzielt haben, derzeit außerdem noch von der Rentenberechnung nach Mindesteinkommen.

Dabei wird die Summe der Entgeltpunkte um das 1,5-Fache des tatsächlichen Durchschnittswertes, höchstens aber auf 0,75 Entgeltpunkte pro Jahr erhöht, wodurch der Versicherte so gestellt wird, als ob er 75 % des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten erzielt hätte. Diese Anhebung erfolgt jedoch nur noch für Zeiten vor 1992 und verliert daher sukzessive an Wirkung.

Es werden auch bestimmte Zeiten, in denen niedrige oder gar keine Beiträge gezahlt werden, im Rahmen der Rentenberechnung aufgewertet: Kindererziehungszeiten werden bei der Rentenberechnung so berücksichtigt, als wäre ein Durchschnittsentgelt versichert worden. Für die Erziehung eines Kindes, das vor dem 31. Dezember 1991 geboren wurde, werden 24 Monate und für Kinder, die nach dem 1. Januar 1992 geboren sind, 36 Monate als Pflichtbeitragszeit angerechnet. Dies wirkt sich besonders positiv aus bei Personen, die vor Unterbrechung ihrer Erwerbstätigkeit zugunsten der Kindererziehung ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt haben.

Weiterhin gibt es für alle Kinder zehn Jahre Kinderberücksichtigungszeiten. Sie wirken sich u. a. durch eine bessere Bewertung von Einkommen während der Zeit der Kindererziehung auf die Rentenhöhe aus.

Auch Zeiten der Schul- und Berufsausbildung und des Studiums werden berücksichtigt, wobei deren Anrechnung in den letzten Jahren jedoch schrittweise immer weiter reduziert wurde.

7.2.3.3 Grundsicherung im Alter

Die zum 1. Januar 2003 eingeführte Grundsicherung im Alter (und bei Erwerbsminderung) nach dem 4. Kapitel SGB XII ist eine Mindestsicherungsleistung zur Gewährleistung des soziokulturellen Existenzminimums einer Person im Alter.¹⁸⁹

Grundsicherung im Alter wird unter Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögenssituation der Antragstellenden sowie des Ehe- bzw. Lebenspartners oder der Ehe- und Lebenspartnerin gewährt, d. h. diese Leistung wird in der Regel in Ergänzung zu Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung oder anderen Einkommensquellen bezogen.

Als rechtlich fixierte Hilfe zum Lebensunterhalt sieht der Gesetzgeber das Erfordernis eines Antrags auf Grundsicherung z. B. dann gegeben, wenn das Einkommen einer Person unterhalb des Bedarfsniveaus liegt und aufgestockt werden müsste, um ein würdiges Leben im Altern zu ermöglichen.¹⁹⁰

¹⁸⁹ Die Leistung der Grundsicherung im Alter umfasst unter Anrechnung von laufenden Einkünften und Vermögen die Zahlung eines monatlichen Regelsatzes, die Übernahme der Kosten der Unterkunft und der Krankenkassen- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie evtl. Mehrbedarfe z. B. bei Vorliegen einer Schwerbehinderung.

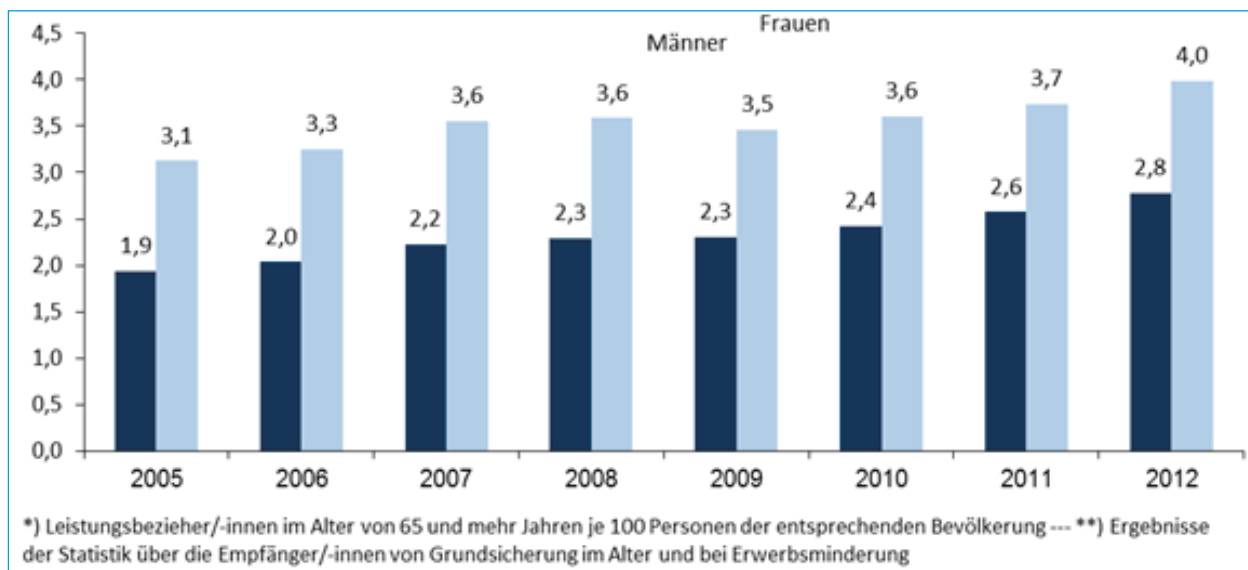
¹⁹⁰ Vgl. Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofemann, K./Neubauer, J. (2010): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 1: Grundlagen, Arbeit, Einkommen und Finanzierung. 5., durchgesehene Aufl., VS Verlag. S. 357ff.

Betroffen hiervon sind dementsprechend besonders diejenigen, die auf Grund von Langzeitarbeitslosigkeit, Niedriglöhnen oder einer dauerhaften Erwerbsminderung keine existenzsichernde Rente aufbauen konnten.¹⁹¹

Potenzielle Empfängerinnen und Empfänger unterlassen allerdings häufig aus Scham, Unkenntnis oder Angst vor Stigmatisierung eine Beantragung. Mit dem Ziel eine „verschämte“ oder verdeckte Altersarmut einzudämmen, die besonders häufig unter älteren alleinlebenden Frauen auszumachen ist, wurden Maßnahmen wie z. B. eine verbesserte Informationspolitik, ein erleichterter Zugang zu Hilfetägern und ein möglicher Verzicht auf das Heranziehen von Eltern und Kindern zur Unterhaltssicherung eingerichtet. Dennoch wird im Allgemeinen von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen, die von einer Antragstellung absehen.

Ende 2013 bezogen in Nordrhein-Westfalen mehr als 136.000 Personen im Alter von 65 und mehr Jahren Leistungen der Grundsicherung im Alter, davon 47.898 Männer und mit 88.698 nahezu doppelt so viele Frauen. Damit bezogen 4,3% der älteren Frauen und 3,1 % der älteren Männer Leistungen der Grundsicherung im Alter.¹⁹²

54 Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter^{*)} in NRW 2005 bis 2012 jeweils am Jahresende nach Geschlecht^{**)}



2005 lag diese Empfängerquote bei den Frauen bei 3,1 % und bei den Männern bei 1,9 %. Seither sind die Empfängerquoten sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern angestiegen.

Unter den Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung im Alter ist die ältere Bevölkerung mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit überrepräsentiert.

¹⁹¹ Vgl. Sozialverband Deutschland e. V. (Hrsg.) (August 2012): Für einen solidarischen und verteilungsgerechten Sozialstaat. Kernforderungen des SoVD. Berlin.

¹⁹² Ein Überblick über die Quote der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter in den nordrhein-westfälischen Kreisen und kreisfreien Städten wird in Sozialberichte NRW online zur Verfügung gestellt. Vgl. Sozialberichte NRW online (www.mais.nrw.de/sozber/sozialindikatoren_NRW/indikatoren/7_einkommensarmut/indikator7_8/index.php)

Die Quote¹⁹³ liegt im Jahr 2012 bei dieser Gruppe mit 12,9 % deutlich höher als bei den älteren Deutschen (2,8 %). Dies ergibt sich aus der Logik des deutschen Sozialversicherungssystems, in dem sich aus Beschäftigungssituation und -dauer weitere Ausgrenzungstatbestände im Sozialfall ableiten lassen. So können die niedrige Erwerbsbeteiligung, die unregelmäßigen Erwerbsverläufe, die niedrigen Einkommen und die längere Phasen von Arbeitslosigkeit bei Personen mit Migrationshintergrund dazu führen, dass diese Personenkreise überdurchschnittlich stark auf Mindestsicherungsleistungen angewiesen sind. Des Weiteren beziehen Menschen mit Migrationshintergrund weitaus seltener Betriebsrente und sind seltener über eine private Alterssicherung abgesichert.¹⁹⁴

Da die Familienzusammenstellung im Grundsicherungsbezug im Alter einen wichtigen Faktor darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass noch mehr Menschen mit Migrationshintergrund deren Leistungen in Anspruch nehmen könnten, würden sie in kleinen oder Single-Haushalten leben. Familiäre Strukturen, die finanzielle und pflegerische Unterstützung leisten, sowie sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede können demnach dazu führen, dass Ansprüche auf Grundsicherung gar nicht erst geltend gemacht werden.¹⁹⁵

7.2.3.3.4 Besonders betroffene Personengruppen

Den meisten der besonders armutsgefährdeten Personengruppen ist gemein, dass sie aufgrund verschiedener Lebensumstände und Bedingungen keiner oder nur bedingt einer Erwerbsarbeit nachgehen (können).

Meist aufgrund fehlender oder sehr geringer Entgelte sind ihre Rentenanwartschaften im deutschen dreisäuligen Alterssicherungssystem sehr eingeschränkt. Sollten sie eigenständig dazu in der Lage sein, Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen zu können, fallen diese Beträge meist eher gering aus. Eine zusätzliche private Vorsorge ist ihnen in der Regel nicht möglich, da sie selbst schlicht nicht über die finanziellen Voraussetzungen für eine nachhaltige Altersvorsorge verfügen. Auch ist für sie eine betriebliche Altersvorsorge z. T. unwirtschaftlich (Entgeltumwandlung erfolgt auf Kosten der Rentenanwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung) oder sogar ausgeschlossen (bei Arbeitslosigkeit).

Besonders armutsgefährdet sind Menschen in sogenannten prekären Beschäftigungsverhältnissen. Diese reichen von Leiharbeit in Zeitarbeitsfirmen, Übernahme von geringfügigen Beschäftigungen (also Minijobs und Teilzeitarbeit) bis hin zu Tätigkeiten im Niedriglohnsektor. Die Erwerbsbiografien dieser Personengruppen sind meist zusätzlich gekennzeichnet von Unterbrechungen, z. B. auch infolge befristeter Arbeitsverträge. Am Ende führen diese auch als atypisch bezeichneten Beschäftigungsverhältnisse zu – wenn überhaupt – niedrigen Beiträgen in der Rentenversicherung, zu niedrigen Renten und damit zu einem erhöhten Armutsrisiko.

193 Für die Jahre 2003 und 2004 werden keine Quoten ausgewiesen, da diese Zahlen im Zusammenhang mit der Einführung der Grundsicherung im Alter im Jahr 2003 und einer Übergangsphase bis zur vollständigen Etablierung dieser neuen Mindestsicherungsleistung zu sehen sind. Die Vergleichbarkeit mit den Folgejahren ist daher eingeschränkt.

194 Vgl. Köppe, Olaf (2010): „Vorboten“ der Altersarmut? Zur aktuellen Einkommenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und sozialpolitische Alternativen. In: Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Systemanalyse als politische Reformstrategie. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 251

195 Vgl. ebd., S. 248

Auch Frauen haben im Vergleich zu Männern ein höheres Risiko, von Altersarmut betroffen zu sein: Die Durchschnittsrente eines Mannes in Westdeutschland lag im Jahre 2013 bei 1.152 Euro, die der Frauen im Schnitt nur bei 499 Euro¹⁹⁶. Grund hierfür ist, dass bei Frauen mehrere aus rentenrechtlicher Sicht ungünstige Faktoren zusammen kommen: Frauen erreichen durchschnittlich 17 Versicherungsjahre weniger als Männer, da viele von ihnen durch Geburt und Erziehung von Kindern ihre Berufstätigkeit für gewisse Zeit unterbrechen (müssen). Dies wird durch die Anerkennung von Kindererziehungszeiten und Kinderberücksichtigungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zumindest ein Stück weit ausgeglichen. Auch bei der Pflege alter oder kranker Angehöriger sind es in der Regel die Frauen, die während dieser Zeit beruflich kürzer treten und dadurch oft Einbußen bei der Rente hinnehmen müssen. Viele Frauen entscheiden sich aber auch, zugunsten der Erziehungsarbeit ihren Beruf ganz aufzugeben oder dauerhaft in Teilzeit zu arbeiten. Frauen verdienen außerdem noch immer etwa 25 % weniger Geld als Männer.

Bei der Beurteilung der Einkommenssituation von Frauen muss allerdings das gesamte Haushaltseinkommen betrachtet werden, das in der Regel durch derzeit noch relativ hohe Alterseinkünfte des Ehemannes geprägt ist.

In vielen Fällen wurde der Großteil des Lebensunterhaltes durch den Ehepartner erwirtschaftet und durch den geringeren Verdienst der Ehefrau lediglich aufgestockt. Ihre Position war weitestgehend durch die Erziehung der Kinder geprägt. Diese Einkommensverteilung nach Geschlecht setzt sich dann auch im Rentenalter fort. Sind die Frauen aber nicht über ihren Ehepartner finanziell abgesichert, kann die Kumulation rentenmindernder Faktoren zu Altersarmut führen.

Eine weitere Personengruppe mit besonders hohem Armutsrisiko stellen die Migranten und Migrantinnen dar. Ihre Einkommenssituation kann durch mehrere Faktoren negativ beeinflusst werden. Neben schlechteren beruflichen Qualifikationen oder nicht anerkannten Abschlüssen, führen vor allem Sprachbarrieren und Branchenabhängigkeiten zu Einkommensarmut.¹⁹⁷ Ein erhöhtes Armutsrisiko für Personen mit Migrationshintergrund ergibt sich des Weiteren durch die durchschnittlich niedrigen Einkommen¹⁹⁸.

Auch Langzeitarbeitslose sind überdurchschnittlich von Armut im Alter bedroht. Da für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, seit dem 1. Januar 2011 keine Rentenversicherungsbeiträge mehr gezahlt werden, werden für sie in der Zeit der Arbeitslosigkeit keine Rentenanwartschaften aufgebaut. Dies wirkt sich mindernd auf die spätere Altersrente aus. Auch Anwartschaften auf Erwerbsminderungsrente können so nicht erworben oder wiederhergestellt werden.

Erhalten Versicherte keine Erwerbsminderungsrente, weil sie die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllen, sind sie auf Grundsicherungsleistungen angewiesen, obwohl sie – unter Umständen bereits lange Jahre – in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt haben.

196 Vgl. DRV Bund: Deutsche Rentenversicherung in Zeitreihen 10/2014

197 Vgl. Köppe, Olaf (2010): „Vorboten“ der Altersarmut? Zur aktuellen Einkommenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und sozialpolitische Alternativen. In: Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Systemanalyse als politische Reformstrategie. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 243

198 So erzielen lediglich 14 % der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund ein Einkommen über 2.000 Euro, während Personen mit Migrationshintergrund gleichzeitig 45 % der Einkommensgruppe bis 1.100 Euro ausmachen. Geschlechterspezifisch zeigt sich außerdem, dass 67 % der Migrantinnen ein Einkommen unter 1.100 Euro erhalten (Vgl. Köppe 2010).

Doch auch wer eine Erwerbsminderungsrente erhält, muss bei vorzeitiger Inanspruchnahme der Rente dauerhafte Abschläge in Höhe von 0,3 % in Kauf nehmen, obwohl er aus gesundheitlichen Gründen keine andere Wahl hat.

Auch Selbstständige ohne obligatorische Altersversorgung haben in vielen Fällen weder eine hinreichende finanzielle Absicherung im Alter noch einen ausreichenden Schutz vor Erwerbsminderung. Die oft eher geringen Einkommen dieser Gruppe (besonders häufig bei Solo-Selbstständigen) schließen eine private Vorsorge in der Regel aus.

Ein besonderes Armutsrisiko tragen außerdem geringqualifizierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, da sie häufig in prekären Beschäftigungsverhältnissen tätig sind, die einerseits zu geringen Entgelten führen und andererseits vielfach keine weitere Qualifizierung ermöglichen.

Gemeinsam ist allen diesen Personengruppen, dass bei ihnen im System der gesetzlichen Rentenversicherung angelegte rentenmindernde Faktoren und von außen wirkende Einflüsse zusammentreffen und ihre jeweils nachteiligen Effekte dadurch schließlich potenziert werden.

7.2.3.4 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Eine Einkommensarmut während des Erwerbslebens wirkt sich, wie bereits beschrieben, maßgeblich auf die Altersabsicherung aus, woran immer auch ein Verlust von Lebensqualität gekoppelt ist,¹⁹⁹ der sich nicht ausschließlich auf materielle, sondern auch auf soziale Teilhabeaspekte niederschlägt.

Aufgrund der oben genannten exogenen und endogenen Einflüsse wird voraussichtlich das Risiko von Altersarmut allgemein ansteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung werden weiter zurückgehen. Der Ausgleich durch höhere Leistungen der betrieblichen oder privaten Altersvorsorge wird aufgrund der bisher zu geringen Verbreitung und der zu niedrigen Renditen der Vorsorgeprodukte einer steigenden Zahl von Menschen nicht gelingen.

Den Grund für eine unzureichende zusätzliche Altersvorsorge allein in mangelnder Eigenverantwortung zu suchen, ist, unter Berücksichtigung des Lebenslagenansatzes, der das Zusammenwirken von unterschiedlichen Lebensverhältnissen von Individuen und sozialen Gruppen fokussiert,²⁰⁰ zu kurz gegriffen. Vielmehr spielt, neben dem zur Verfügung stehenden Einkommen, auch das Vorliegen konkreter Vorsorgeangebote eine maßgebliche Rolle.

Es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass Personen mit geringem Einkommen nur in sehr begrenztem Umfang Angebote der privaten Altersvorsorge in Anspruch nehmen. So haben derzeit nur etwa 45 % der Berechtigten einen Vertrag über eine Riester-Rente. Dieser Anteil ist höher bei Einkommensstarken (ca. 55 % im obersten Einkommensfünftel) und Kinderreichen (ca. 70 % bei Familien mit drei oder mehr Kindern), jedoch deutlich weniger bei den unteren Einkommensschichten (25 % im untersten Einkommensfünftel).²⁰¹ Für die letztgenannte Gruppe ist die finanzielle Sicherstellung der Grundversorgung im laufenden Monat vorrangig. Die Altersvorsorge ist insofern gezwungenermaßen sekundär.

199 Vgl. Vogel, C./Motel-Klingebl, A. (Hrsg.): Die Rückkehr der Altersarmut? Alter(n) und Gesellschaft, Springer Fachmedien Wiesbaden.

200 Vgl. Sellach (2008)

201 Vgl. Bundesagentur für Arbeit bzw. Rentenzugangstatistik der DRV Bund

Des Weiteren gibt es gerade im Bereich niedriger Einkommen Berufsgruppen, die kaum Zugang zu betrieblicher Altersvorsorge bekommen. Niedrige Löhne bedingen zwar nicht zwingend das Fehlen betrieblicher Altersvorsorge, diese Umstände fallen jedoch recht häufig zusammen. Betroffen sind beispielsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Callcentern, im Friseurhandwerk, in Leiharbeit bei Zeitarbeitsfirmen oder im Wach- und Reinigungsdienst.²⁰²

Für Personen mit niedrigem Einkommen und ohne Zugang zu betrieblicher Altersvorsorge ist es daher häufig doppelt schwer, das Absinken des gesetzlichen Rentenniveaus auszugleichen. Dieses Problem verstärkt sich weiterhin dadurch, dass Menschen mit geringem Einkommen aufgrund der niedrigen Beiträge zur Rentenversicherung ohnehin nur geringe Rentenanwartschaften erwerben.

Die durch die Reformen im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung angelegte Absenkung des Rentenniveaus und die damit verbundene Notwendigkeit zusätzlicher Altersvorsorge betreffen jeden gesetzlich Rentenversicherten.

Es gibt jedoch einige Personengruppen, die darüber hinaus noch aus anderen Gründen in besonderem Maße von Altersarmut bedroht sind und es auch zukünftig verstärkt sein werden.

7.2.4 Arbeit, Wirtschaft und Alter

Das Zusammenwirken von rückblickend z. T. sehr hoher²⁰³ und gegenwärtig eher niedriger Geburtenraten und ein allgemeiner Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung sorgen für eine Verschiebung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung in Deutschland (siehe dazu Kap. 6.1 „Altersstruktur der Bevölkerung“).

Das führt dazu, dass auch in Nordrhein-Westfalen immer mehr ältere Menschen – auch über das reguläre Renteneintrittsalter hinaus – leben, arbeiten und wirtschaften (werden):

Im Jahr 2012 sind in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen 1,26 Millionen erwerbstätig, bei den 65- bis unter 75-Jährigen sind es 124.000.

Bei den 55- bis unter 65-Jährigen ist die Erwerbsbeteiligung seit dem Jahr 2002 deutlich gestiegen. Lag die Erwerbsquote 2002 bei 40,5 %, war sie mit 62,1 % im Jahr 2012 um die Hälfte höher. Die Erwerbsbeteiligung der Frauen dieser Altersgruppe lag bei 53,2 % und die der Männer bei 71,7 %. Zwischen 2002 und 2012 ist die hier ein deutliche Aufwärtsbewegung zu erkennen (um 23,2 Prozentpunkte), die deutlich über dem Anstieg bei den Männern (+20,6 Prozentpunkte) liegt.

Die Erwerbstätigenquote der 55- bis unter 65-Jährigen ist zwischen 2002 und 2012 deutlich von 36,7 % auf 58,6 % gestiegen, bei den Frauen stärker als bei den Männern. Beschäftigte der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen unterscheiden sich hinsichtlich der Besetzung in Berufsgruppen und der Größe der Betriebe nicht von den jüngeren Beschäftigten. Frauen arbeiten nach wie vor eher in sozialen und verwaltungsnahen Berufen und in kleinen Betrieben, während Männer stärker in den Fertigungsberufen und größeren Betrieben vertreten sind.

²⁰² Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst, S. 39

²⁰³ Ab Mitte der 1950er- bis 1960er-Jahre kann in Deutschland ein sogenannter Babyboom als Folge der guten wirtschaftlichen Lage verzeichnet werden. Der geburtenstärkste Jahrgang ist 1964 auszumachen.

Die Erwerbstätigenquote der Personen im Rentenalter (65- bis unter 75 Jahre) lag im Jahr 2002 bei 3,7 %, 2012 bei 6,6 %. In Vollzeit sind 29,5 % noch erwerbstätig, 28,3 % sind Teilzeiterwerbstätige und 42,2 % geringfügig Beschäftigte.

Erwerbstätige im Rentenalter sind weit überdurchschnittlich oft als Selbstständige tätig: 44,5 % der 65- bis unter 75-Jährigen sind Selbstständige. Auch bei den 55- bis unter 65-Jährigen ist der Anteil der Selbstständigen mit 14,2 % höher als bei den Erwerbstätigen insgesamt (11,1 %). Die Anteile der Angestellten (40,6 %) und der Arbeiterinnen und Arbeiter (13,5 %) bei den 65- bis unter 75-jährigen Erwerbstätigen sind dagegen unterdurchschnittlich.

Die 65- bis unter 75-Jährigen sind mit 62,3 % weit überdurchschnittlich in Kleinbetrieben mit maximal zehn Beschäftigten tätig, während dies bei den Erwerbstätigen insgesamt auf rund ein Viertel (25,4 %) zutrifft.

Das durchschnittliche Renteneintrittsalter (nur bezogen auf Altersrenten) lag im Jahr 2012 bei Frauen bei 64,0 Jahren und bei Männern mit 63,9 Jahren ähnlich hoch. Seit dem Jahr 2002 ist das Renteneintrittsalter kontinuierlich gestiegen, bei Männern um durchschnittlich 1,5 Jahre und bei Frauen um 0,7 Jahre.

War der Fokus der öffentlichen Diskussion zu sozioökonomischen Implikationen der sogenannten alternden Gesellschaft in den vergangenen Jahren im Schwerpunkt auf die Belastung durch die „Alten“ und die Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme gerichtet, rücken zunehmend auch die Entwicklungsbedarfe und -chancen für Beschäftigung und wirtschaftliches Wachstum in das Blickfeld.

Die Europäische Union sieht in der Förderung eines aktiven Alterns einen Prozess, „in dem es um die Optimierung der Gesundheit, der Integration und der Partizipation von Individuen, Gruppen und Populationen geht“.²⁰⁴ Dabei wird zunehmend erkannt, dass die Erhaltung gesellschaftlicher Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit nur gelingen kann, wenn der mögliche Beitrag älterer Menschen zur Wertschöpfung ebenso wie ihre spezifischen Interessenlagen systematisch mitberücksichtigt werden.

Eine alter(n)sgerechte (Erwerbs)Arbeit spielt dabei eine zentrale Rolle, wenn sie Arbeitsbedingungen berücksichtigt, „die über die gesamte Erwerbsbiografie so gestaltet sind, dass keine Spätfolgen auftreten und die Beschäftigten gesund, motiviert und produktiv das Rentenalter erreichen und auch danach noch ihren Ruhestand gesund erleben!“²⁰⁵ Eine zentrale Bedeutung zur Ausgestaltung der (Arbeits)Gesellschaft kommt dem grundlegenden Ausbau der (Gelegenheits-)Strukturen rund um Gesundheit und Bildung ebenso zu, wie der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Besonders zu berücksichtigen ist die gesellschaftlich erforderliche Neuorganisation der bisher überwiegend von Frauen übernommenen verwandtschaftlichen Care-Arbeit. Als unsichtbar und unentgeltlich ist sie unvereinbar mit der wohlfahrtsstaatlichen Aktivierungspolitik, die sich derzeit konkret in Form des normativen Übergangs vom männlichen „Familienernährermodells“ in das sogenannte Adult Worker Model, also der Vollerwerbstätigkeit von Frauen und Männern, zeigt.

Im Gegensatz zu der lange Zeit vorherrschenden Betonung von individuellen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belastungen wendet sich die Diskussion seit Ende der 1990er-

204 Tesch-Römer, C. (2012): „Aktives Altern und Lebensqualität im Alter“. Informationsdienst Altersfragen. Heft 01, Januar/ Februar 2012 39. Jahrgang. Deutsches Zentrum für Altersfragen

205 Kistler, E. (2008): Altersgerechte Erwerbsarbeit. Ein Überblick über den Stand von Wissenschaft und Praxis. Hans-Böckler Stiftung, S. 40.

Jahre verstärkt den „Bedürfnissen, Interessen und wirtschaftlichen Potenzialen“ Älterer zu.²⁰⁶ Das Memorandum „Wirtschaftskraft Alter“²⁰⁷ nahm erstmals einen Perspektivwechsel für die Bewertung des demografischen Wandels als Chance und Entwicklungspotenzial vor und ist für NRW als Ausgangspunkt für die „Entdeckung“ neuer Potenziale anzusehen.²⁰⁸ Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen dem „Produktionsfaktor Alter“ (ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Produktion von Gütern und Dienstleistungen sowie Ältere als Produzentinnen und Produzenten meist sozialer Dienstleistungen im freiwilligen bürgerschaftlichen/ehrenamtlichen Engagement) und dem „Nachfragefaktor Alter“ (private und öffentliche Nachfrage Älterer nach Gütern- und Dienstleistungen).²⁰⁹ Darüber hinaus existieren bisher unberücksichtigte eher weiblich konnotierte Arbeitsfelder der Älteren (und Jüngeren), die mit dem Begriff Care-Arbeit (Haus-, Betreuungs-, Pflege- und Erziehungsarbeit) gefasst werden. Laut Alterssurvey haben im Jahr 2002 gut 30 % der 60- bis 64-jährigen west- und ostdeutschen Frauen (Enkel-)Kinder betreut, während dies nur 23 % (West) bzw. 15 % (Ost) der gleichaltrigen Männer taten.²¹⁰ In Westdeutschland hat diese Care-Arbeit der Großeltern sogar Auswirkungen auf das Fertilitätsverhalten. Auch in der Pflege älterer und hilfebedürftiger Menschen sind viele Frauen und Ältere aktiv (vgl. Kapitel 7.4, insbesondere Kapitel 7.4.9). Mit einem steigenden Anteil erwerbstätiger Frauen und der Veränderung von Lebensformen, ist der Bereich der privaten Arbeit nicht nur innerfamiliär sondern auch gesellschafts- und sozialpolitisch neu zu überdenken. Dabei ist auch einzubeziehen, wie verwandtschaftliche Care-Arbeit finanziell und sozialpolitisch anerkannt wird. Einem weiten Begriffsverständnis von „wirtschaftlichen Potenzialen“ folgend, werden in diesem Beitrag Produktions- und Nachfragefaktoren²¹¹ adressiert und in diesem Sinne zunächst die Erwerbsbeteiligung älterer Menschen in NRW dargestellt.

7.2.4.1 Erwerbsbeteiligung älterer Menschen

Nach derzeitigem Recht werden die Menschen der geburtenstarken Jahrgänge 1961 bis 1966 in den Jahren 2027 bis 2033 das gesetzliche Renteneintrittsalter erreichen. Voraussichtlich werden sich die derzeitigen Entwicklungen, wie die Finanzierungsprobleme des umlagefinanzierten Rentensystems, der Anstieg des Armutrisikos (vgl. dazu Kapitel 7.2.3 Armut und Alter) und der derzeit konstatierte und prognostizierte Fachkräftemangel, voraussichtlich stärker bemerkbar machen bzw. noch verstärken. Im Folgenden werden zwei Gruppen älterer Erwerbstätiger verglichen. Um insbesondere die Besonderheiten der Erwerbstätigen im Rentenalter aufzuzeigen, werden diese mit Erwerbstätigen im Alter von 55 bis unter 65 Jahren verglichen, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben.

206 Barkholdt, C., Frerichs, F., Hilbert, J., Naegele, G./Scharfenroth, K. (1999). Memorandum „Wirtschaftskraft Alter“. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut Arbeit und Technik. Dortmund/Gelsenkirchen.

207 Vgl. ebd.

208 Vgl. Gerling, V. (i.E.). Seniorenwirtschaft als neuer Absatzmarkt: Potenziale und Chancen für kleine und mittlere Unternehmen. In: T. Walter (Hg.): Betriebliche und unternehmerische Dimensionen des demografischen Wandels. Frankfurt am Main: Peter Lang.

209 Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K.(2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Kohlhammer.

210 Vgl. Auth, D. (2009): Die „neuen Alten“ im Visier des aktivierenden Wohlfahrtsstaates: Geschlechtsspezifische Implikationen des produktiven Alter(n)s. In: van Dyk, S./Lessenich, S. (Hg.): Die jungen Alten. Analyse einer neuen Sozialfigur. Frankfurt am Main: Campus, S. 296-315, hier 304.

211 Vgl. Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K.(2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Kohlhammer.

Da es derzeit kaum Erwerbstätige im Alter von über 75 Jahren gibt,²¹² werden die Analysen zur Arbeitsmarktbeteiligung lediglich auf zwei Altersgruppen bezogen: die 55- bis unter 65-Jährigen sowie die 65- bis unter 75-Jährigen. Als erwerbstätig gelten hier nach dem ILO-Konzept²¹³ alle Personen, die mindestens eine Stunde pro Woche gegen Entgelt gearbeitet haben. Im Jahr 2012 sind in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen 1,261 Millionen Menschen erwerbstätig, bei den 65- bis unter 75-Jährigen sind es 124.000.

Das durchschnittliche Renteneintrittsalter (nur bezogen auf Altersrenten) lag im Jahr 2012 bei Frauen bei 64,0 Jahren und bei Männern mit 63,9 Jahren ähnlich hoch. Seit dem Jahr 2002 ist das Renteneintrittsalter kontinuierlich gestiegen und zwar bei Männern um durchschnittlich 1,5 Jahre und bei Frauen um 0,7 Jahre. Bundesweit treten rund 40 % mit 65 Jahren in den Ruhestand. Besonders gestiegen ist der Anteil derer, die aus stabiler Beschäftigung in den Ruhestand übergehen.²¹⁴

7.2.4.1.1 Gesellschaftliche und individuelle Rahmenbedingungen

Eine hohe Erwerbsquote älterer Männer und Frauen kann positive Effekte auf das soziale Sicherungssysteme sowie durch ein höheres verfügbares Einkommen auf die Binnennachfrage haben. Bei adäquater und nachhaltiger beruflicher Förderung eines altersgerechten und Sorgetätigkeiten ermöglichenden Arbeitens könnte der Fachkräftemangel durch erfahrene und qualifizierte ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verringert werden.

Auf der Individualebene erhöht Erwerbstätigkeit in den meisten Fällen das persönliche Wohlbefinden, das verfügbare Einkommen und den Erhalt mentaler Fitness.²¹⁵ Ob die Effekte auf Wohlbefinden und Gesundheit im Einzelfall positiv oder negativ sind, hängt auch von den ökonomischen Rahmenbedingungen der Erwerbstätigkeit und ihrer Einbindung in den Lebens- Sorge- und Regenerationszusammenhang ab. Weil die erwerbsbiografisch geprägten Arbeits- und Lebensbedingungen sich nachhaltig auf die Nacherwerbsphase auswirken, verkörpert die Gruppe der erwerbstätigen Älteren evident, was sich als erhöhtes Armutsrisiko bereits in der jeweiligen Erwerbsbiografie von Alleinerziehenden, Langzeitarbeitslosen, gering Qualifizierten, Frauen und Migrantinnen und Migranten abgezeichnet hat (vgl. Kapitel 7.2.3 Armut und Alter).

Die Erwerbstätigkeit Älterer ist in den letzten Jahren angestiegen, hängt jedoch von zahlreichen Faktoren ab, dazu gehören insbesondere Bildung und Gesundheit. Bestimmte Beschäftigtengruppen, z. B. manuell ausführende und Dienstleistungsberufe mit niedrigem Qualifikationsprofil sowie Berufe mit hohen psychischen Anforderungen, sind in besonderem Maße betroffen.

Grundsätzlich konnte die Hoffnung auf gesündere Arbeit durch den zunehmenden Anteil an Dienstleistungsberufen nicht erfüllt werden: 85 % der Frauen im Dienstleistungssektor haben in ihrem Beruf eigenen Angaben zufolge hohe psychische und physische

212 Vgl. Maxin/Deller (2011)

213 Siehe Abkürzungsverzeichnis

214 Vgl. Brüssig, M. (2012), Internet-Dokument. Gelsenkirchen, Düsseldorf: Institut. Arbeit und Qualifikation, Hans-Böckler-Stiftung. Altersübergangs-Report, Nr. 2012-02.

215 Rohwedder, S./Willis, R.J. (2010) Mental Retirement. *Journal of Economic Perspectives.* (24), S. 119-138; Falckenstein, Michael/Wild-Wall, Nele (2009): Einfluss arbeits- und lebensstilbezogener Faktoren auf die kognitive Leistungsfähigkeit. In: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Ed.), Förderung und Erhalt intellektueller Fähigkeiten für ältere Arbeitnehmer. Abschlussbericht des Projekts „PFIFF“. Dortmund: Initiative Neue Qualität der Arbeit, S. 13-29.

Belastungen.²¹⁶ Allgemein klagen Beschäftigte inzwischen mehr über psychische als über physische Belastungen.²¹⁷

Die Zeit, die Ältere für ihre Erwerbstätigkeit aufbringen können, hängt von ihren familialen Verpflichtungen (vgl. Kapitel 7.4.9) und finanziellen Implikationen von Erwerbstätigkeit und Nichterwerbstätigkeit ab²¹⁸. Es ist davon auszugehen, dass das generelle Absinken des Rentenniveaus in den folgenden Jahrzehnten Erwerbstätige zu einem späteren Renteneintritt motivieren oder auch zwingen kann.²¹⁹

Die Verbindung von Aktivierungs- und Rentenpolitik kann die Möglichkeit von längerer Beschäftigung eröffnen. Aufgrund drohender Altersarmut kann sie Berufsgruppen mit niedrigem Durchschnittseinkommen jedoch auch die Notwendigkeit eines längeren Erwerbslebens abverlangen.

Der Beschluss der Bundesregierung, in der gesetzlichen Rentenversicherung die Regelaltersgrenze der Altersrente schrittweise von 65 auf 67 Jahre anzuheben und die in den letzten Jahren erfolgten erheblichen Einschränkungen bei den Vorruhestandsregelungen werden die Erwerbsbeteiligung Älterer weiter steigen lassen.²²⁰ Welche Effekte von dem am 29. Januar 2014 vom Bundeskabinett verabschiedeten Gesetzentwurf zur Rente mit 63 für langjährig Versicherte zu erwarten sind, ist derzeit noch nicht absehbar. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass die Einführung des Arbeitslosengeldes II zu einem niedrigeren Reservationslohn und stärkeren Suchbemühungen von Arbeitssuchenden geführt hat²²¹ und zu einem verringerten Anreiz, Arbeitslosengeld als Frührente zu verwenden.²²²

Neben finanziellen Gesichtspunkten wird die Motivation im Erwerbsleben zu verbleiben, auch von subjektiver Wertschätzung und wahrgenommener Altersdiskriminierung (altersdiskriminierende Personalpolitik, Vorurteile durch stereotype Altersbilder usw.) beeinflusst. Im Allgemeinen fühlen sich Beschäftigte über 54 und unter 25 Jahren am meisten aufgrund ihres Alters benachteiligt²²³ und es kann davon ausgegangen werden, dass nur in manchen Fällen der Arbeitgeberinnen- bzw. Arbeitgeberwechsel der Beendigung des Erwerbslebens vorgezogen wird.

Letztlich sind persönliche Biografien für das Verbleiben in Beschäftigung bedeutsam. Der starke positive Zusammenhang zwischen Erwerbsquoten von Frauen zwischen 25 und 49 einerseits und Frauen zwischen 50 und 64 andererseits (untersucht in 30 Ländern) weist darauf hin, dass für Frauen die Phase der eigenen Familiengründung und die damit verbundene (Nicht-)Erwerbstätigkeit einen wesentlichen Einfluss auf ihre Erwerbstätigkeit im höheren Alter hat. Für Männer wurde kein solcher Zusam-

216 Vgl. Zimmer, B./Leve, V./Naegele, G. (2010): „Rente mit 67“ – Befunde zur Erwerbssituation ältere Arbeitnehmerinnen. In: *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, Jg. 35, 4 (2010), S. 709-738.

217 Vgl. Schneider, J./Beblo, M. (2010): *Health at work: Indicators and determinants. A revised literature and data review for Germany*. IAB Discussion paper, No. 17/2010.

218 Vgl. OECD (2007) *Overcoming Labour Market Segmentation*. OECD Economic Surveys: Austria 2007. OECD Publishing.

219 Vgl. Schils, T. (2008): *Early Retirement in Germany, the Netherlands, and the United Kingdom: A Longitudinal Analysis of Individual Factors and Institutional Regimes*. In: *European Sociological Review* Vol. 24 Nr. 3 (2008), S. 315–329.

220 Vgl. Brenke/Zimmermann (2011); Schirbaum/Seifert (2011)

221 Vgl. Dietz, M./Walwei, U. (2011) *Rente mit 67. Zur Beschäftigungslage Älterer*. IAB- Stellungnahme 1/2011.

222 Duell, N./Vogler-Ludwig, K. (2012) *Germany*. European Employment Observatory. EEO Review: Employment policies to promote active ageing.

223 Vgl. Villosio, C./Di Pierro, D./Giordanengo, A./Pasqua, P./Richiardi, M. (2008) *Working conditions of an ageing workforce*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

menhang festgestellt.²²⁴ Auf der Nachfrageseite ist zunächst der generelle Bedarf an Arbeitskräften in den Bereichen bedeutsam, in denen Ältere arbeiten oder arbeiten könnten. Dazu kommen branchen- oder firmenspezifische Einstellungs-, Kündigungs- und Verrentungspräferenzen.

Zudem spielen auch auf Arbeitgeberinnen- und Arbeitgeberseite unterschiedliche Einschätzungen bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft, Lernfähigkeit, sozialer Kompetenz oder der Häufigkeit und Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten eine besondere Rolle. Dazu kommen Präferenzen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern für oder gegen altersgemischte Teams.

Die Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter wird in Verbindung mit den für sie anfallenden Kosten betrachtet, wobei eine höhere Entlohnung für die Seite der Arbeitgebenden problematisch sein kann.

Dies gilt weniger für stärkeren Kündigungsschutz, da dieser sich aus der Betriebszugehörigkeit ergibt²²⁵ und nicht aus dem Alter. Er stellt folglich keine Flexibilitätseinbuße für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dar, wenn diese ältere Bewerberinnen und Bewerber einstellen. Jedoch kann die Motivation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, den Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin zu wechseln, aufgrund des betriebszugehörigkeitsbasierten Kündigungsschutzes verringert werden (da sie lange im gleichen Betrieb sind).²²⁶

7.2.4.1.2 Erwerbsquote, Erwerbstätigenquote, Erwerbslosenquote

Die Erwerbsquote kennzeichnet den Anteil der Erwerbstätigen und Erwerbslosen an den Personen im erwerbsfähigen Alter. Sie lässt sich sinnvoll nur für die unter 65-Jährigen berechnen, da per Definition im Rentenalter niemand erwerbslos sein kann. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen ist die Erwerbsquote seit dem Jahr 2002 deutlich gestiegen. Damals lag die Erwerbsquote noch bei 40,5 %, im Jahr 2012 war sie mit 62,1 % um die Hälfte höher.

Die Erwerbsquote der Frauen dieser Altersgruppe lag bei 53,2 % und die der Männer bei 71,7 %. Zwischen 2002 und 2012 ist die Erwerbsbeteiligung bei den Frauen um 23,2 Prozentpunkte und bei den Männern um 20,6 Prozentpunkte gestiegen (s. Abbildung 55).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass ältere Frauen wesentlich häufiger in Teilzeit arbeiten als ältere Männer.²²⁷ Hier zeigt sich beispielsweise die Problematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die nach wie vor nicht ausreichend gelöst ist. Sie ist der Grund, aus dem Frauen jeden Alters traditionell die eigene Altersabsicherung vernachlässigen, um (Enkel-)Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige zu betreuen.

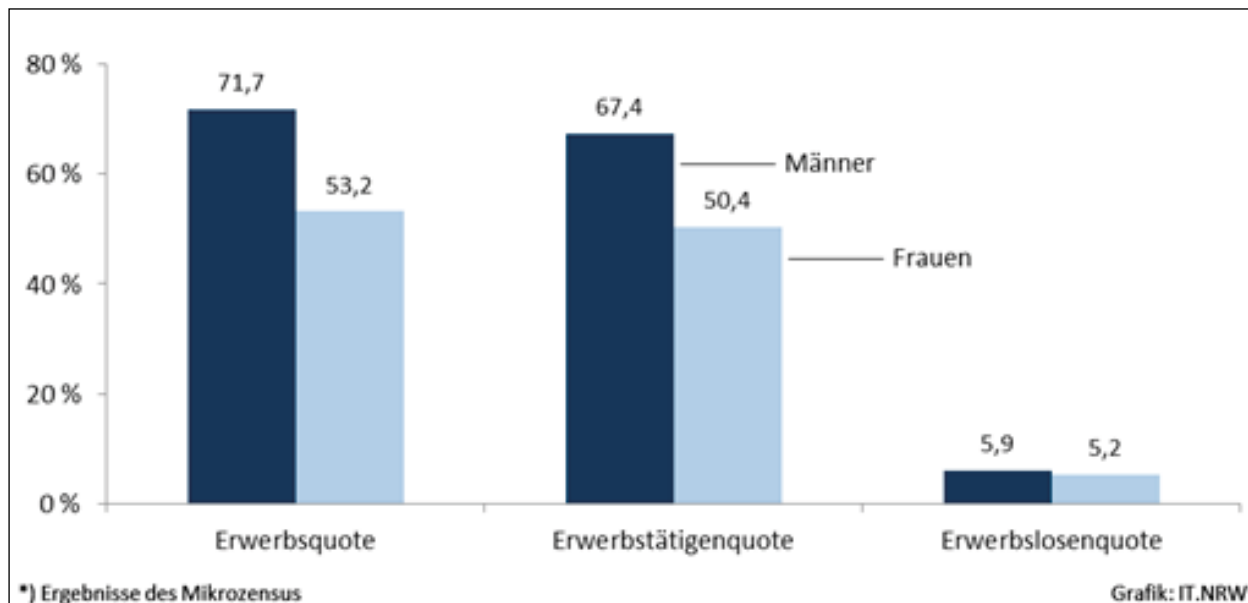
224 Vgl. Keese M./Hirsch, D./Bednarzik, R. (2006) Live longer, work longer. Paris, OECD, 2006.

225 Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales BMAS (2013): Kündigungsschutz. Alles was Sie wissen sollten. Januar 2013.

226 Vgl. Keese M./Hirsch, D./Bednarzik, R. (2006) Live longer, work longer. Paris, OECD, 2006. Die Autoren beziehen sich auf den ähnlich gelagerten französischen Fall der Delalande-Regelung

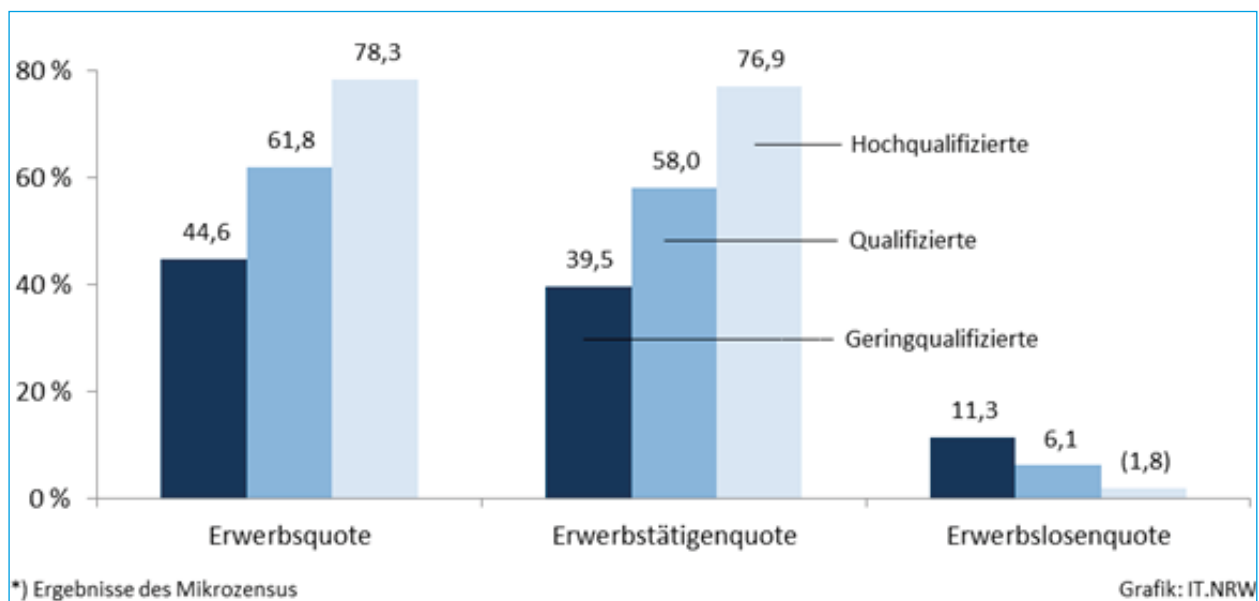
227 Vgl. Nowossadeck, S./Vogel C. (2013) Aktives Altern: Erwerbsarbeit und freiwilliges Engagement. In DZA Deutsches Zentrum für Altersfragen, report altersdaten, Heft 2/2013.

55 Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Jahr 2012 im Alter von 55 bis unter 65 Jahren nach Geschlecht^{*)}



Erhebliche Unterschiede bestehen im Hinblick auf die Qualifikation: Die Erwerbsquote der Geringqualifizierten liegt bei 44,6 %, die der Qualifizierten bei 61,8 %. Die Hochqualifizierten weisen mit 78,3 % die höchste Erwerbsquote auf (Mikrozensus; s. Abbildung 56).

56 Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Alter von 55 bis unter 65 Jahren 2012 nach Qualifikation



Dies legt den Schluss nahe, dass ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wahrscheinlicher wird, wenn das Qualifikationsniveau niedrig ist. Dies trifft gleichermaßen auf Frauen und Männer zu. Dabei darf nicht vernachlässigt werden, dass niedrig Qualifizierte häufig in Berufen tätig sind, die mit chronischer Fehlbelastung und psychischem Stress

verbunden sind.²²⁸ Eine weitere berufliche Beschäftigung nach Erreichen des Rentenalters kann ggf. auch aus ökonomischer Notwendigkeit heraus, zu einer erheblichen Herausforderung für die Betroffenen werden insbesondere auf Kosten der Lebensqualität und Gesundheit. Sie kann zu zusätzlichem Leistungs- und auch Rechtfertigungsdruck jenseits eines wohlverdienten Ruhestands führen.²²⁹

Die Erwerbstätigenquote kennzeichnet den Anteil der Erwerbstätigen an den Personen im erwerbsfähigen Alter. Die Erwerbstätigenquote der 55- bis unter 65-Jährigen ist zwischen 2002 und 2012 deutlich gestiegen. Im Jahr 2002 waren lediglich 36,7 % dieser Altersgruppe erwerbstätig. Im Jahr 2012 ist dieser Wert bereits auf 58,6 % gestiegen (s. Abbildung 57).

Wie bereits in Abbildung 55 dargestellt, waren von den Frauen in dieser Altersgruppe in 2012 rund die Hälfte (50,4 %) erwerbstätig, von den Männern mehr als zwei Drittel (67,4 %). Auch die Erwerbstätigenquote ist bei Frauen stärker gestiegen (+23,1 Prozentpunkte) als bei Männern (+21,2 Prozentpunkte).

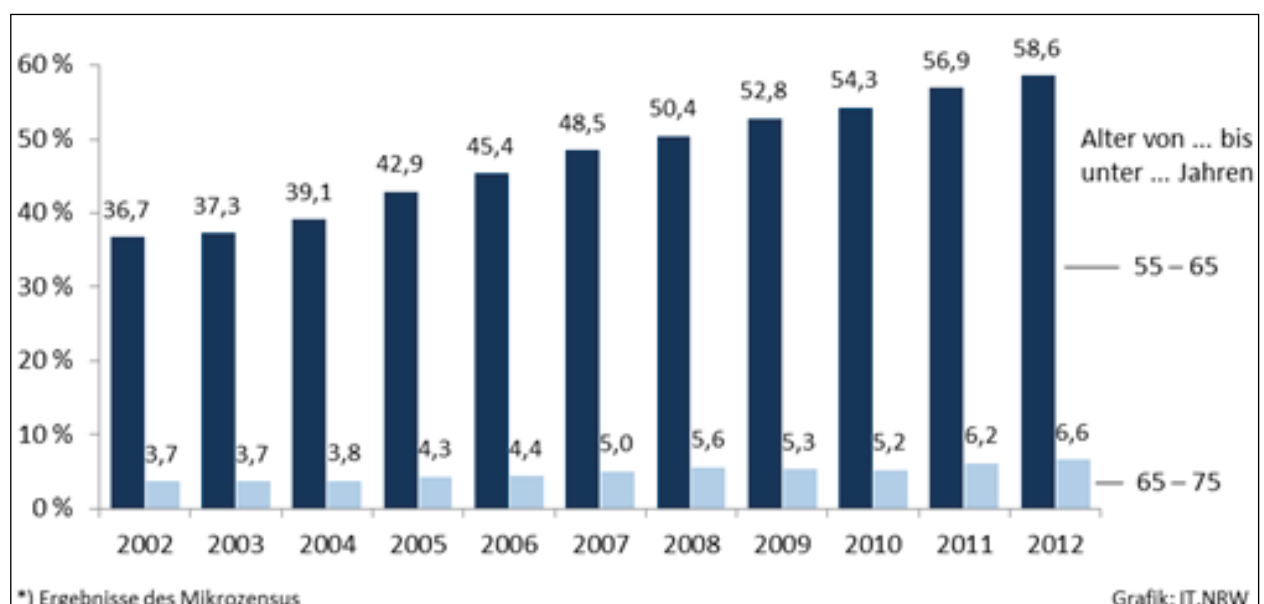
Von den Geringqualifizierten sind 39,5 %, von den Qualifizierten sind es 58,0 % und von den Hochqualifizierten 76,9 % erwerbstätig (s. Abbildung 56).

Die Erwerbstätigenquote wird auf die 65- bis unter 75-Jährigen bezogen, weil in den darüber liegenden Altersgruppen Erwerbstätigkeit äußerst selten vorkommt. Insgesamt sind im Alter zwischen 65 und 75 nur noch wenige Menschen erwerbstätig. Die Erwerbstätigenquote liegt im Jahr 2012 bei 6,6 %. Damit ist sie im Vergleich zum Jahr 2002 (3,7 %) gestiegen.

Frauen sind mit einem Anteil von 5,0 % seltener erwerbstätig als Männer mit 8,4 %.

Auch bei den Erwerbstätigen im Rentenalter zeigen sich erhebliche Unterschiede nach der Qualifikation: Von den Geringqualifizierten sind 3,7 % erwerbstätig, von den Qualifizierten sind es 6,2 % und von den Hochqualifizierten 12,3 %.

57 Erwerbstätigenquote der Bevölkerung im Alter von 55 bis unter 75 Jahren 2002 bis 2012 nach Altersgruppen



228 Vgl. Nowossadeck, S./Vogel C. (2013) Aktives Altern: Erwerbsarbeit und freiwilliges Engagement. In DZA Deutsches Zentrum für Altersfragen, report altersdaten, Heft 2/2013

229 Vgl. Denninger, T./van Dyk, S./Lessenich, St./Richter, A. (2014): Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft. Transcript Verlag, Bielefeld.

Die Erwerbslosenquote kennzeichnet den Anteil der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen der 55- bis unter 65-Jährigen. Sie liegt mit 5,6 % etwas niedriger als für die Erwerbsbevölkerung insgesamt (6,5%). Zwischen 2002 und 2006 ist die Erwerbslosenquote gestiegen und erreichte 2005 mit 12,5 % ihren Höchststand. Bis 2012 reduzierte sie sich dann auf weniger als die Hälfte (5,6 %). Männer sind mit einem Anteil von 5,9% etwas häufiger erwerbslos als Frauen (5,2 %; s. Abbildung 55). Bei den Geringqualifizierten liegt die Erwerbslosenquote mit 11,3 % fast doppelt so hoch wie bei den Qualifizierten mit 6,1 %. Bei den Hochqualifizierten spielt Erwerbslosigkeit kaum eine Rolle (s. Abbildung 56). Hier zeigt sich deutlich, dass der Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit im Alter u. a. eng mit einer höheren Qualifikation verbunden ist. Folgen von früherer Bildungsbenachteiligung, die heute besonders ältere Frauen betreffen, könnten so ggf. mit beruflicher Weiterbildung ausgeglichen werden.²³⁰

Zum Rückgang der Erwerbslosenquote nach 2005 werden verschiedene Faktoren beitragen: Die Arbeitsmarktreformen, die stabile Wirtschaftslage, ein zunehmender Mangel an Fachkräften in bestimmten Branchen sowie das Eintreten einer anderen Kohorte in die Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen.

Grundsätzlich sind Chancen auf erneute Beschäftigung nach einem Arbeitsplatzverlust im Alter von über 55 Jahren gering.²³¹ Dies kann u. a. darauf zurückzuführen sein, dass die Kategorie „Alter“ als soziales Konstrukt besonders im Bereich der Beschäftigung nach wie vor mit negativen Altersbildern verknüpft ist.²³²

7.2.4.1.3 Erwerbstätigkeit und Beruf

Nach ihrer Stellung im Beruf sind ältere Erwerbstätige weit überdurchschnittlich oft als Selbstständige tätig.

Der Anteil der Selbstständigen in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen liegt mit 14,2 % höher als bei den Erwerbstätigen insgesamt (11,1 %; s. Abbildung 58)

55- bis unter 65-jährige Frauen sind deutlich seltener als Selbstständige tätig als Männer. Die Selbstständigenquote der Frauen liegt mit 9,2% ungefähr halb so hoch wie die der Männer mit 18,3 %. Frauen sind auch seltener in Arbeiterberufen tätig (17,2 %) als Männer (28,4 %) und deutlich häufiger (65,8 %) als Angestellte tätig als Männer (44,1 %). Im Vergleich zum Jahr 2002 ist bei Frauen der Anteil der Angestellten um 7,3 Prozentpunkte deutlich gestiegen, während der Anteil der Arbeiterinnen um 5,3 Prozentpunkte zurückging.

Zwar war unter den 65- bis unter 75-Jährigen der Anteil unter den Selbstständigen im Betrachtungszeitraum von 2002 bis 2012 rückläufig (von 50,4 % auf 44,5 %), damit ist in dieser Altersgruppe im Vergleich zu allen Altersgruppen dennoch ein sehr hoher Anteil an den Erwerbstätigen immer noch selbstständig. In der Förderung von selbstständiger Arbeit eine Möglichkeit für ein verlängertes Erwerbsleben zu sehen, ist einerseits richtig²³³, da Selbstständige dazu tendieren, länger im Erwerbsleben zu bleiben als andere Gruppen.²³⁴

230 Vgl. Ehlers, A. (2010): Bildung im Alter – (k)ein politisches Problem. In: Naegele, G. (Hrsg.) Soziale Lebenslaufpolitik. VS- Verlag für Sozialwissenschaften. S. 604.

231 Vgl. Frosch, K. (2006) Reemployment rates over the life course: Is there still hope after late career job loss? Thünen-series of applied economic theory. (64).

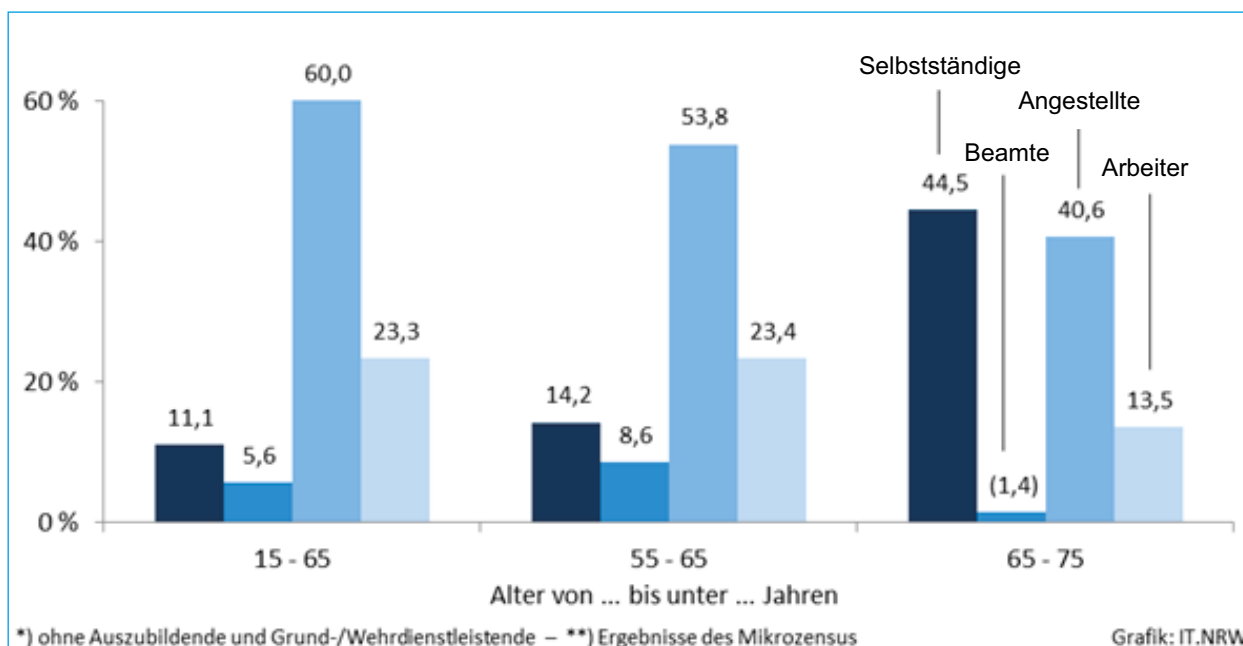
232 Vgl. Brauer, K./Clemens, W. (Hrsg.) (2010): Zu alt? „Agism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten. VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

233 Vgl. Contreras, N., E. Martellucci/Thum, A. (2013) National Report Belgium. MoPAAct WP3.

234 Vgl. Vidovičová, L. (2013): National Report Czech Republic. MoPAAct WP3.

Im Vergleich zum hohen Anteil an Selbstständigen sind die Anteile der Angestellten (40,6 % im Jahr 2012, jedoch stark ansteigend von 26,7 % im Jahr 2002) und der Arbeiterinnen und Arbeiter (13,5 % im Jahr 2012, rückläufig von 21,6 % im Jahr 2002) bei den 65- bis unter 75-jährigen Erwerbstätigen unterdurchschnittlich. Die Entwicklungen zeigen, dass sich „silver work“ in der vergangenen Dekade vom Industrie- zum Dienstleistungssektor verschoben hat. In der Tendenz lässt sich diese Entwicklung auch bei den 55- bis unter 65-Jährigen erkennen, allerdings weniger stark ausgeprägt. 55- bis unter 65-jährige Frauen sind deutlich seltener als Selbstständige tätig als Männer. Die Selbstständigenquote der Frauen liegt mit 9,2 % ungefähr halb so hoch wie die der Männer mit 18,3 %. Frauen sind auch seltener in Arbeiterberufen tätig (17,2 %) als Männer (28,4 %). Frauen sind mit einem Anteil von 65,8 % deutlich häufiger als Angestellte tätig als Männer (44,1 %). Im Vergleich zum Jahr 2002 ist bei Frauen der Anteil der Angestellten um 7,3 Prozentpunkte deutlich gestiegen, während der Anteil der Arbeiterinnen um 5,3 Prozentpunkte zurückging.

58 Erwerbstätige*) 2012 nach Stellung im Beruf und Altersgruppen**)



Berufsgruppen

Die Betrachtung der Berufsgruppen zeigt, dass die 65- bis unter 75-jährigen Erwerbstätigen mit einem Anteil von 17,1 % deutlich seltener in den Fertigungs- und technischen Berufen tätig sind als die Erwerbstätigen insgesamt (27,3 %). Auch die Gesundheits-, Sozial- und erzieherischen Berufe (12,5 %) sowie die Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufe (19,9 %) sind von geringerer Bedeutung als bei den Erwerbstätigen insgesamt.

Deutlich überdurchschnittlich sind die 65- bis unter 75-jährigen Erwerbstätigen in den sonstigen Dienstleistungsberufen vertreten (22,3 %). Auch als Waren- und Dienstleistungskaufleute sowie in den Verkehrsberufen (24,2 %) sind sie häufiger tätig als Erwerbstätige insgesamt. Die Berufsstruktur der 55- bis unter 65-Jährigen unterscheidet sich hingegen kaum von der Berufsstruktur der Erwerbstätigen insgesamt.

Differenziert nach dem Geschlecht fällt auf, dass Frauen mit einem Anteil von 26,2 % in den Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufen zu einem deutlich höheren Anteil vertreten sind als Männer (10,5 %). Auch in den Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufen sind Frauen mit einem Anteil 27,0 % häufiger tätig als Männer (17,9 %). In den Fertigungsberufen sind Frauen mit einem Anteil von 9,9 % deutlich unterrepräsentiert, von den Männern sind hier 39,2 % tätig. Im Vergleich zum Jahr 2002 haben bei Frauen die Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufe an Bedeutung gewonnen (+7,2 Prozentpunkte). Die nach Geschlecht sehr unterschiedlich ausfallenden Werte machen die geschlechtsspezifische Verteilung von Frauen und Männern auf unterschiedliche Branchen und Berufen deutlich. Nicht zuletzt weist das auch auf unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zu den Tätigkeitsfeldern hin. Eng verbunden damit sind Einkommensunterschiede, die mit 22 % Verdienstdifferenz zwischen den Geschlechtern zur Benachteiligung der erwerbstätigen Frauen führen (Gender Pay Gap). Während der Bruttostundenverdienst im Jahr 2013 im Durchschnitt 15,56 Euro bei Frauen betrug, verdienten Männer 19,84 Euro (Statistisches Bundesamt²³⁵). Interessant darüber hinaus ist, dass Männer auf dem Arbeitsmarkt deutlich häufiger als Frauen in Führungspositionen anzutreffen sind („vertikale Segregation“). Schlussfolgernd stellt sich die Erwerbsbeteiligung trotz Gleichstellungs- und Aktivierungspolitik und trotz Implementierung des AWM als ungleich dar, was auch mit Blick auf die Rente auf eine deutliche Benachteiligung der Frauen auf dem Arbeitsmarkt hinweist.

Deutlich überdurchschnittlich sind die 65- bis unter 75-jährigen Erwerbstätigen in den sonstigen Dienstleistungsberufen vertreten (22,3 %). Auch als Waren- und Dienstleistungskaufleute sowie in den Verkehrsberufen (24,2 %) sind sie häufiger tätig als Erwerbstätige insgesamt. Die 55- bis unter 65-Jährigen weichen in ihrer Verteilung auf die drei Wirtschaftssektoren kaum von den Erwerbstätigen insgesamt ab.

Die Betrachtung der Berufsgruppen zeigt, dass die 65- bis unter 75-jährigen Erwerbstätigen mit einem Anteil von 17,1 % deutlich seltener in den Fertigungs- und technischen Berufen tätig sind als die Erwerbstätigen insgesamt (27,3 %). Auch die Gesundheits-, Sozial- und erzieherischen Berufe (12,5 %) sowie die Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufe (19,9 %) sind von geringerer Bedeutung als bei den Erwerbstätigen insgesamt.

7.2.4.1.4 Arbeitszeitumfang

Erwerbstätige im Alter von 55 bis unter 65 Jahren unterscheiden sich hinsichtlich des Umfangs der Erwerbstätigkeit kaum von den Erwerbstätigen insgesamt. Im Jahr 2012 sind 70,5 % vollzeiterwerbstätig, 18,5 % sind teilzeiterwerbstätig und 11,0 % sind geringfügig beschäftigt. Seit 2002 haben Vollzeitverhältnisse abgenommen während Teilzeit- und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse an Bedeutung gewonnen haben. Frauen im Alter von 55- bis unter 65 Jahren²³⁶ sind deutlich häufiger in Teilzeit und geringfügiger Beschäftigung als Männer. 35,1 % der Frauen üben eine Teilzeittätigkeit aus im Vergleich zu 5,2 % der Männer. Eine geringfügige Beschäftigung üben 18,4 % der Frauen und 5,2 % der Männer aus.

²³⁵ Vgl. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VerdiensteArbeitskosten/Verdienste-Verdienstunterschiede/Aktuell_GenderPayGap.htmlv (letzter Zugriff: 14.05.2014)

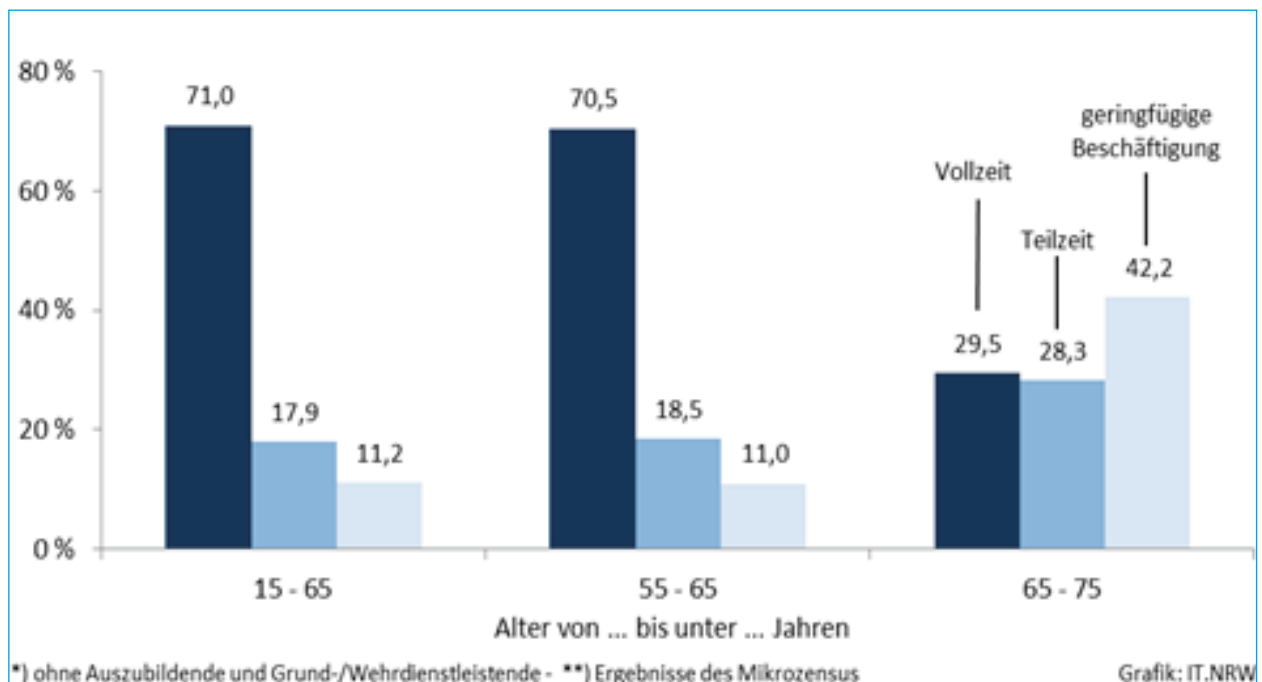
²³⁶ Bei der Gruppe der 65- bis unter 75-Jährigen reichen die Fallzahlen für eine Differenzierung nach Geschlecht nicht aus

Der Anteil der Frauen in geringfügiger Beschäftigung ist im Vergleich zum Jahr 2002 leicht zurückgegangen, während der in regulärer Teilzeit leicht gestiegen ist. Bei Männern ist sowohl der Anteil der Teilzeitbeschäftigten als auch der der geringfügig Beschäftigten im Zeitverlauf leicht gestiegen.

Bei den Erwerbstätigen im Rentenalter (65- bis unter 75 Jahre) ist das Erwerbsvolumen hingegen deutlich niedriger. Die meisten 65-jährigen und Älteren sind geringfügig beschäftigt (42,2 %), jeweils weniger als ein Drittel ist in dieser Altersgruppe in Vollzeit (29,5 %), oder Teilzeit (28,3 %) erwerbstätig.

Es ist unklar, welche Effekte die Möglichkeit der Teilzeitarbeit auf den Gesamtarbeitsumfang hat. Einerseits besteht die Annahme, dass ohne die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit betroffene Personen sich vollständig aus dem Erwerbsleben zurückziehen²³⁷, insbesondere im Falle von familiären Pflegeverpflichtungen.

59 Erwerbstätige^{*)} 2012 nach Art des Beschäftigungsverhältnis und Altersgruppen



237 Schils, T. (2008): Early Retirement in Germany, the Netherlands, and the United Kingdom: A Longitudinal Analysis of Individual Factors and Institutional Regimes. In: European Sociological Review Vol. 24 Nr. 3 (2008), pp. S. 315-329.

Dies zeigt sich mitunter darin, dass die Erwerbsquote Älterer positiv mit dem Ausmaß an Teilzeitarbeit zusammenhängt.²³⁸ Andererseits führt die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung auch dazu, dass Personen sie in Anspruch nehmen, die ansonsten in Vollzeit gearbeitet hätten, so dass es sein kann, dass dadurch weniger Arbeitsstunden vor dem Hintergrund einer höheren Erwerbsquote verrichtet werden.

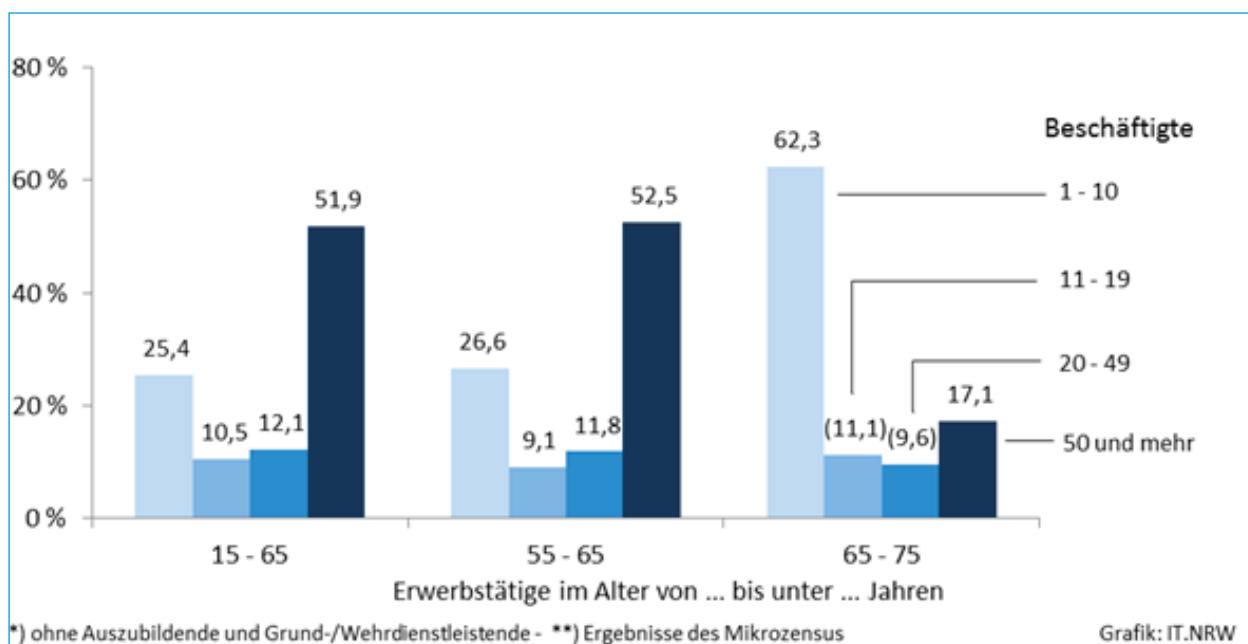
7.2.4.1.5 Betriebsgröße

Die 65- bis unter 75-Jährigen sind weit überdurchschnittlich in Kleinbetrieben mit maximal zehn Beschäftigten tätig. 62,3 % sind in einem Kleinbetrieb tätig, während dies bei den Erwerbstätigen insgesamt auf rund ein Viertel (25,4 %) zutrifft. Entsprechend seltener sind Erwerbstätige im Rentenalter in Großbetrieben tätig. Während etwas mehr als die Hälfte (51,9 %) der Erwerbstätigen insgesamt in einem Betrieb mit 50 und mehr Beschäftigten tätig ist, trifft dies auf lediglich 17,1 % der 65- bis unter 75-jährigen Erwerbstätigen zu. Im Vergleich zum Jahr 2002 hat sich jedoch der Anteil derer, die in einem Großbetrieb tätig sind, erhöht.

Die Struktur der Betriebsgröße bei den 55- bis unter 65-Jährigen unterscheidet sich nur unwesentlich von der der Erwerbstätigen insgesamt.

Innerhalb der Gruppe der Erwerbstätigen im Alter von 55 bis unter 65-Jährigen bestehen mit Blick auf die Betriebsgröße jedoch Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Frauen sind mit einem Anteil von 46,7 % deutlich seltener in Großbetrieben mit 50 und mehr Beschäftigten tätig als Männer (57,1 %). Frauen sind mit einem Anteil von 30,0 % häufiger in kleinen Betrieben mit höchstens 10 Beschäftigten tätig als Männern (23,9 %). Im Vergleich zum Jahr 2002 hat sich bei Frauen der Anteil der Beschäftigten in kleinen Betrieben verringert (5,8 Prozentpunkte), dagegen in Großbetrieben erhöht.

60 Erwerbstätige*) 2012 nach Betriebsgröße und Altersgruppen



238 Wadensjö, E. (2006) Part-Time Pensions and Part-Time Work in Sweden. SOFI, Stockholm University and IZA Bonn, Discussion Paper No. 2273, August 2006; Koske, I. (2009) Improving the Functioning of the Slovenian Labour Market. OECD Economics Department Working Papers. (719). OECD Publishing; Gielen, A. C. (2009) Working hours flexibility and older workers' labor supply. Oxford Economic Papers. (61), pp. 240-274.

7.2.4.2 Arbeit alternsgerecht gestalten

Die Analysen der Erwerbsbeteiligung Älterer in Kapitel 7.2.4.1 zeigen die zunehmende Bedeutung der älteren Beschäftigten für die gegenwärtige Wirtschafts- und Arbeitswelt. Angesichts des demografisch bedingten gesellschaftlichen Wandels und im Hinblick auf die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen in NRW wird es entscheidend sein, dieses vorhandene Arbeitskräftepotenzial optimal zu nutzen.

Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit bauen aufeinander auf. Unter Arbeitsfähigkeit wird die Summe der Faktoren verstanden, die einen Menschen in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die ihm gestellten Aufgaben erfolgreich zu bewältigen. Unter Beschäftigungsfähigkeit wird ein aktives, gesundes und kompetentes Tätigsein-Können verstanden.²³⁹ Das heißt, eine gute Arbeitsfähigkeit im Alter ist zwar eine notwendige Kernvoraussetzung, aber nicht hinreichende Bedingung, um den Verbleib im Erwerbsleben bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter sicherzustellen.²⁴⁰

Auch in der Nacherwerbsphase zeigt sich (Erwerbs-)Arbeit als zentrale Form der Vergesellschaftung.²⁴¹ So ist sie für die meisten Menschen mit einer materiellen Existenzgrundlage ebenso verbunden wie mit einer institutionellen, räumlichen und zeitlichen Rahmung für soziale Beziehungen auch außerhalb familialer Strukturen.²⁴²

Materielle, gesellschaftliche, soziale und auch physische Aspekte der Veränderung des individuellen Status' der Menschen im Alter liefern unterschiedliche Begründungen dafür, auch in der Phase des Ruhestands weiterhin einer Tätigkeit nachzugehen. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass die Zugangsmöglichkeiten sehr heterogen und durch die Arbeits- und Lebensbedingungen der gesamten Lebensspanne individuell geprägt sind.

Neben der Erwerbsarbeit im Alter wird dem Bereich der Freiwilligenarbeit zusehends mehr Aufmerksamkeit gewidmet (siehe auch Kapitel 7.6). Argumente wie „eine sinnvolle Aufgabe zu haben“, „Freude an der Tätigkeit“ und das „Zusammenkommen mit anderen Menschen“²⁴³ spielen hierbei für beide Geschlechter im Alter eine zentrale Rolle.

Festhalten lässt sich an dieser Stelle, dass Frauen mit 32 % im Jahr 2009²⁴⁴ etwas weniger freiwillig engagiert sind als Männer mit 40 %, was zurückzuführen ist auf die Tatsache, dass ihnen traditionell die Enkelkinderbetreuung und Pflege von Angehörigen zukommt, die sie auch im Alter stark häuslich bindet. Auch hier stellt sich für sie die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Ehrenamt. Die Bereiche, in denen Frauen und Männer tätig sind, zeichnen sich nach Muster des geschlechtersegregierten Erwerbsarbeitsmarkts auch im freiwilligen Engagement ab.

239 Vgl. Seiler, K. (2008). Beschäftigungsfähigkeit als Indikator für unternehmerische Flexibilität. In: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Berlin: Springer, S. 1-11

240 Vgl. Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Kohlhammer.

241 Vgl. Backes, G. M./Clemens, W. (2013): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. überarb. und erw. Aufl., Beltz Juventa, S. 220.

242 Vgl. ebd.

243 Nowossadeck, S./Vogel, C. (2013): Aktives Altern: Erwerbsarbeit und freiwilliges Engagement. report altersdaten Heft 2/2013. DZA, S. 17.

244 Daten aus Hauptbericht des Freiwilligen surveys 2009, S. 168.

7.2.4.2.1 Beschäftigungsfähigkeit erhalten und fördern

Die Gestaltung eines positiven Miteinanders der Generationen und Kulturen ist für die Unternehmen in Nordrhein-Westfalen eine zentrale Zukunftsaufgabe. Alternde und zunehmend multi-ethnische Belegschaften stellen besondere Anforderungen an insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen, bei denen sich ein Diversity Management noch nicht hinreichend etablieren konnte.

Diese verfügen häufig nicht über die personellen und strukturellen Innovations- und Führungsressourcen für diese Aufgabe. Besonders in den Bereichen der Qualifizierung und der Gesundheitsförderung besteht erhebliches Potenzial, das die Betriebe nutzen können, um den Verbleib ihrer älteren Beschäftigten im Unternehmen zu sichern.

Angesichts dieser Herausforderungen hat die Landesregierung die Initiative „Arbeit gestalten NRW“ im Koalitionsvertrag verankert und im November 2012 einen „Landesbeirat Arbeit gestalten NRW“ gegründet. Ein Ziel ist es, den Verbleib älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Beschäftigungssystem zu fördern. Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) und deren Beschäftigte sollen dabei unterstützt werden, ihre Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit unter anderem durch die langfristige Einbindung von älteren Beschäftigten zu verbessern.

Hierzu sollen erfolgversprechende Handlungsansätze aus den bereits laufenden Maßnahmen der Partner im Beirat (Sozialpartner, Sozialversicherungsträger, MAIS) identifiziert und den Unternehmen und deren Beschäftigten durch die Entwicklung von neuen Transfer- und Kommunikationswegen zur Verfügung gestellt werden.

Grundlage der zu identifizierenden Maßnahmen in Unternehmen ist ein ganzheitlicher und integrierter Beratungsansatz, der nicht nur die Potenziale Älterer im Betrieb durch die Entwicklung einer alterns- und altersgerechten Arbeitsorganisation fördern will, sondern auch umsetzbare Personal- und Organisationsentwicklungsstrategien offeriert. Damit sollen diese Unternehmen in die Lage versetzt werden, diese Prozesse eigenständig umzusetzen und weiterzuentwickeln.

Als erste konkrete Maßnahme wurde die von der Landesregierung, der Landesvereinigung der Unternehmensverbände Nordrhein-Westfalen und dem DGB NRW getragene Initiative „Demografie aktiv“ in das Landesprogramm eingebunden.

Ziel dieser Initiative ist es, vorrangig kleine und mittelständische Unternehmen dabei zu unterstützen, ihre Organisation durch die „demografische Brille“ zu betrachten und die demografischen Veränderungen im Betrieb produktiv zu nutzen.²⁴⁵

Sowohl für Unternehmen als auch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kann es vorteilhaft sein, wenn die Übergänge in den Ruhestand neu gestaltet werden. Unternehmer können Fachkräfte sichern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihre Erwerbstätigkeit stärker ihren Bedürfnissen anpassen.

Neben bisherigen Übergangsmodellen einer abrupten Verrentung zum gesetzlichen Renteneintrittsalter (oder vorher) oder einer reduzierten Wochenarbeitszeit in den letzten Erwerbsjahren, treten bereits, und voraussichtlich in Zukunft immer stärker, flexiblere Lösungen wie Zeitkonten und auch die freiberufliche Tätigkeit für das bisherige Unternehmen während des Rentenbezugs in Erscheinung. Insgesamt wird es für Beschäftigte und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen verstärkt in einem Alter zu Veränderungen kommen, in dem bisher der vorzeitige Austritt aus dem Erwerbsleben stattfand.

245 Für mehr Informationen: www.demografie-aktiv.de

Die Gestaltung des Übergangs in die Nacherwerbsphase beeinflusst die Lebenssituation und -zufriedenheit Betroffener. Verfrühte Austritte oder Teilaustritte aus dem Erwerbsleben können ein niedrigeres Einkommen vor und nach dem Überschreiten des gesetzlichen Renteneintrittsalters mit sich bringen. Dies ist vor allem in Fällen problematisch, in denen die verfrühte Beendigung oder Verringerung der Beschäftigung gegen den Willen des bzw. der Betroffenen eintrat, z. B. in Fällen von Arbeitslosigkeit und/oder gesundheitlichen Problemen.

Ältere Beschäftigte sind von unterschiedlichen Formen der Benachteiligung betroffen. Mit Blick auf Arbeitnehmerinnen verweisen die Wissenschaftlerin und die Wissenschaftler Leve, Naegele und Sporket auf drei Risikogruppen, die sie als ursächlich für die Benachteiligung ansehen.²⁴⁶ Ein arbeitsbedingtes Krankheitsrisiko zeigt sich klar in einer ungünstigen Arbeitsbelastung. Beschäftigungen beispielsweise in Pflegeberufen fordern die Arbeitnehmerinnen nicht nur emotional, physisch und psychisch heraus, auch ungünstige Arbeitszeiten mit Nacht- und Schichtbetrieb erhöhen ein Krankheitsrisiko. Ein Qualifikationsrisiko ist besonders bei Frauen gegeben, die bereits zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit gering ausgebildet waren.²⁴⁷

Dies trifft vielfach auf heute ältere Frauen zu, die nicht von der Bildungsexpansion profitieren konnten. Auch Frauen, die nach dem Modell der Versorgerehe ganz oder teilweise auf eine berufliche Laufbahn verzichtet haben, um die familiären Betreuungs- und Erziehungsarbeiten zu übernehmen, sind nur selten in der beruflichen Weiterbildung vertreten. Im sich ausdehnenden und oft prekären Teilzeitbeschäftigungsbereich werden diese häufig zudem nicht angeboten. Das bestehende Problem der Vereinbarkeit von Familien und Beruf sowie ein geschlechtersegregierter Arbeitsmarkt bei gleichzeitig bestehenden Lohnlücken (Gender Pay Gap) zum Nachteil der Frauen, veranschaulichen die Herausforderungen, vor denen insbesondere erwerbsfähige Frauen stehen. Zudem ist das Leben älterer Frauen vielfach stark geprägt von der Pflege angehöriger Familienmitglieder, die meist in privaten Haushalten stattfindet und nicht selten den Verlust der Erwerbstätigkeit nach sich zieht.

7.2.4.2 Gesundheitsförderung

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis zum Eintritt in das reguläre Rentenalter zu erhalten und die Wahrscheinlichkeit, vorzeitig wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus dem Erwerbsleben auszuschneiden, zu verringern. In einem zeitlichen Überblick stellt Abbildung 61 den prozentualen Anteil der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der jeweiligen Altersgruppen dar.

Etwa zwei Drittel der Personen, die vorzeitig und dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausscheiden und Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten, sind älter als 50 Jahre. Mehr als die Hälfte aller neu vermindert Erwerbsfähigen sind im Alter zwischen 50 und 59 Jahren. Dazu sind bis zu einem Fünftel aller Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit älter als 60 Jahre. Einen vergleichsweise geringeren Anteil an diesen Rentenzugängen haben mit knapp einem Drittel die Jüngeren bis 39-Jährigen

²⁴⁶ Leve, V./Naegele, G./Sporket, M. (2009): Die Rente mit 67 – Beschäftigungspolitische Hintergründe und geschlechterspezifische Risiken bei alternden Arbeitnehmerinnen. In: *Doing Age – Weibliche Perspektiven des Alterns*. Nomos, S. 172.

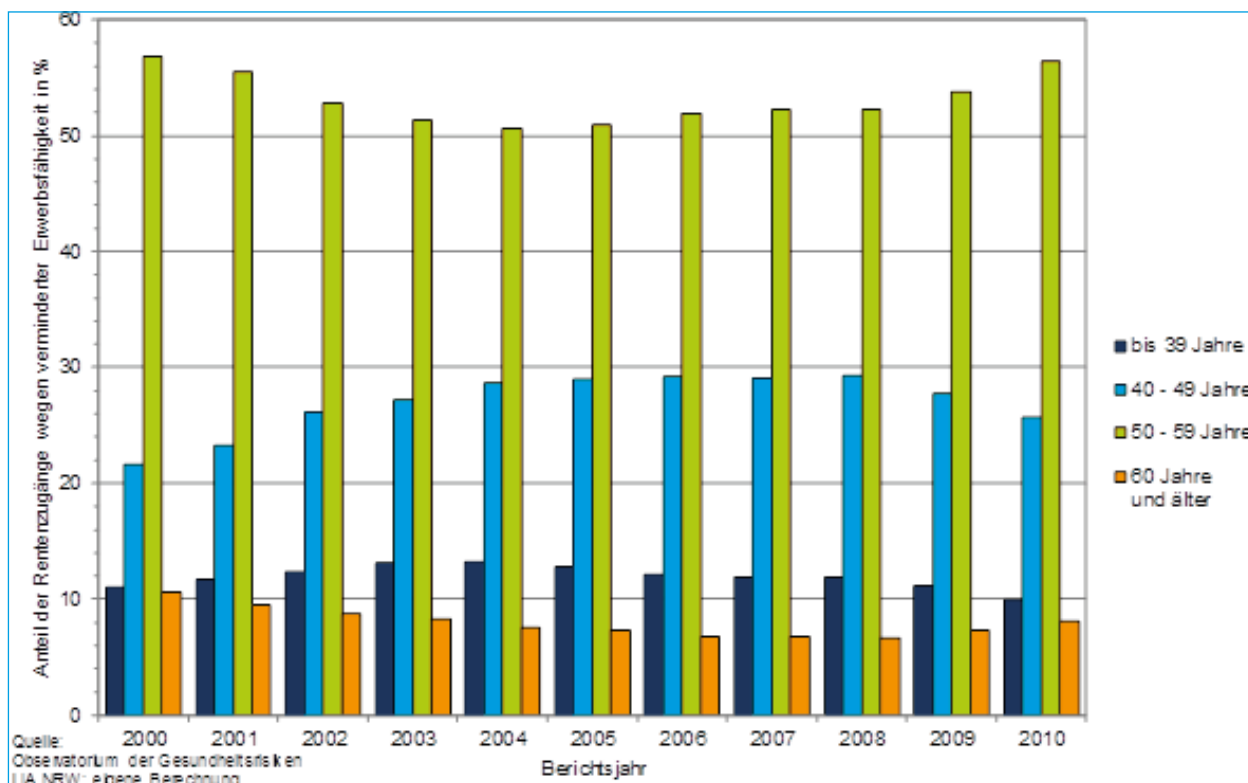
²⁴⁷ Vgl. ebd.

und die 40- bis 49-Jährigen. Im Zeitraum zwischen 2000 bis 2010 ist dieses Bild mit geringfügigen Abweichungen stabil geblieben.

Dies verdeutlicht, dass präventive Arbeitsgestaltung früh beginnen sollte bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen allen Erwerbstätigen frühzeitig zugänglich gemacht werden sollten. Über den Teilbereich Gesundheit wird so die Beschäftigungsfähigkeit verbessert, was die Teilnahme am Erwerbsleben auch mit mehr als 50 Jahren wahrscheinlicher macht. Wie in anderen Fällen gilt auch hier, dass die genannten Maßnahmen die Betroffenen im Durchschnitt gesünder machen.

Da es viele bekannte und unbekannte außerberufliche Gesundheitsrisiken²⁴⁸ gibt, kann ein gesunder Arbeitsplatz lediglich einen Beitrag dazu leisten, dass Menschen lange gesund bleiben.

61 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in NRW nach Altersgruppen



Die Arbeitsfähigkeit wird stärker von aktuellen und vergangenen Arbeitsbelastungen beeinflusst als durch das Alter.²⁴⁹ Dabei sind bei älteren Beschäftigten psychische Arbeitsbelastungen deutlich stärker als bei jüngeren Beschäftigten ausgeprägt, wie die Studie „Gesunde Arbeit NRW 2014“²⁵⁰ verdeutlicht. Die Belastungseinschätzungen der verschiedenen

248 Vgl. z. B. Zimmer, B./Leve, V./Naegele, G.(2010): „Rente mit 67“ – Befunde zur Erwerbssituation ältere Arbeitnehmerinnen. In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 35, 4 (2010), S. 709-738.

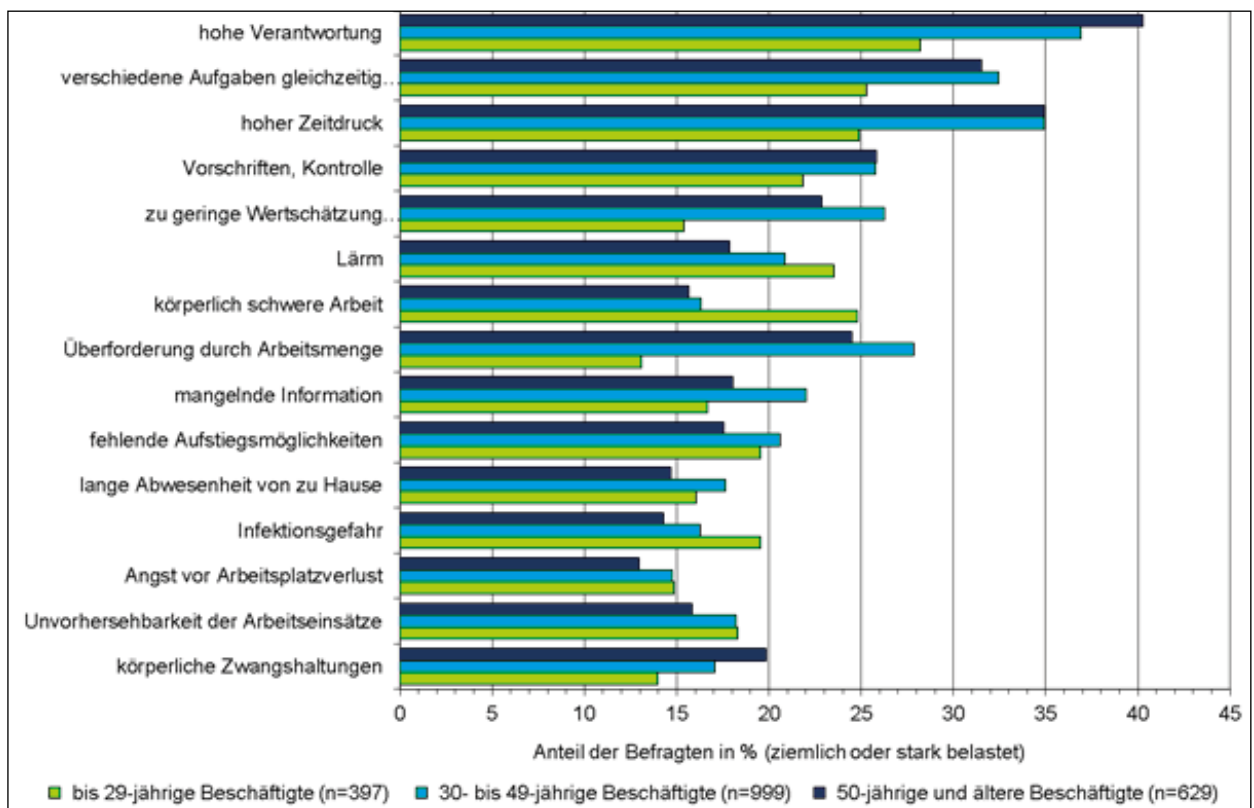
249 Vgl. Maintz, 2003

250 Polzer, C./Figgen, M./Seiler, K./Beerheide, E./Evers, G./Van Loocke-Scholz, A./Mayer, S./Müller, A./Roese, L. (2014). Gesunde Arbeit NRW 2014. Belastung – Auswirkung – Gestaltung – Bewältigung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in NRW. transfer 5. Düsseldorf: Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen

Altersgruppen werden in Abbildung 62 veranschaulicht. In einem Überblick werden dabei die 15 bedeutsamsten Belastungsfaktoren und der prozentuale Anteil der Personen dargestellt, der angegeben hat, dass der jeweilige Faktor ziemlich oder stark belastend wirkt. Die älteren Beschäftigten über 50 Jahre unterscheiden sich dabei nur leicht von den 40- bis 49-Jährigen. Auffällig ist, dass insbesondere hohe Verantwortung, hoher Zeitdruck und verschiedene Aufgaben gleichzeitig erledigen zu müssen von 40 %, 35 % und 31 % der über 50-Jährigen als ziemlich oder stark belastend empfunden werden. Immer etwa ein Viertel der älteren Beschäftigten fühlt sich durch Vorschriften, Kontrolle, mangelnde Handlungsspielräume (26 %), Überforderung durch die Arbeitsmenge (24 %) und einer zu geringen Wertschätzung der eigenen Arbeitsleistung (23 %) ziemlich oder stark belastet.

Erkennbar ist ferner, dass sich wesentlich mehr ältere Beschäftigte im Vergleich zu jüngeren Beschäftigten ziemlich oder stark durch mehrere Faktoren belastet fühlen: hohe Verantwortung (40 % vs. 28 %), verschiedene Aufgaben gleichzeitig erledigen müssen (31% vs. 25%), hoher Zeitdruck (35 % vs. 25 %), zu geringer Wertschätzung der Arbeitsleistung (23 % vs. 15 %), Überforderung durch die Arbeitsmenge (24 % vs. 13 %) und körperliche Zwangshaltungen (20 % vs. 14 %).

62 Belastungseinschätzungen und Alter



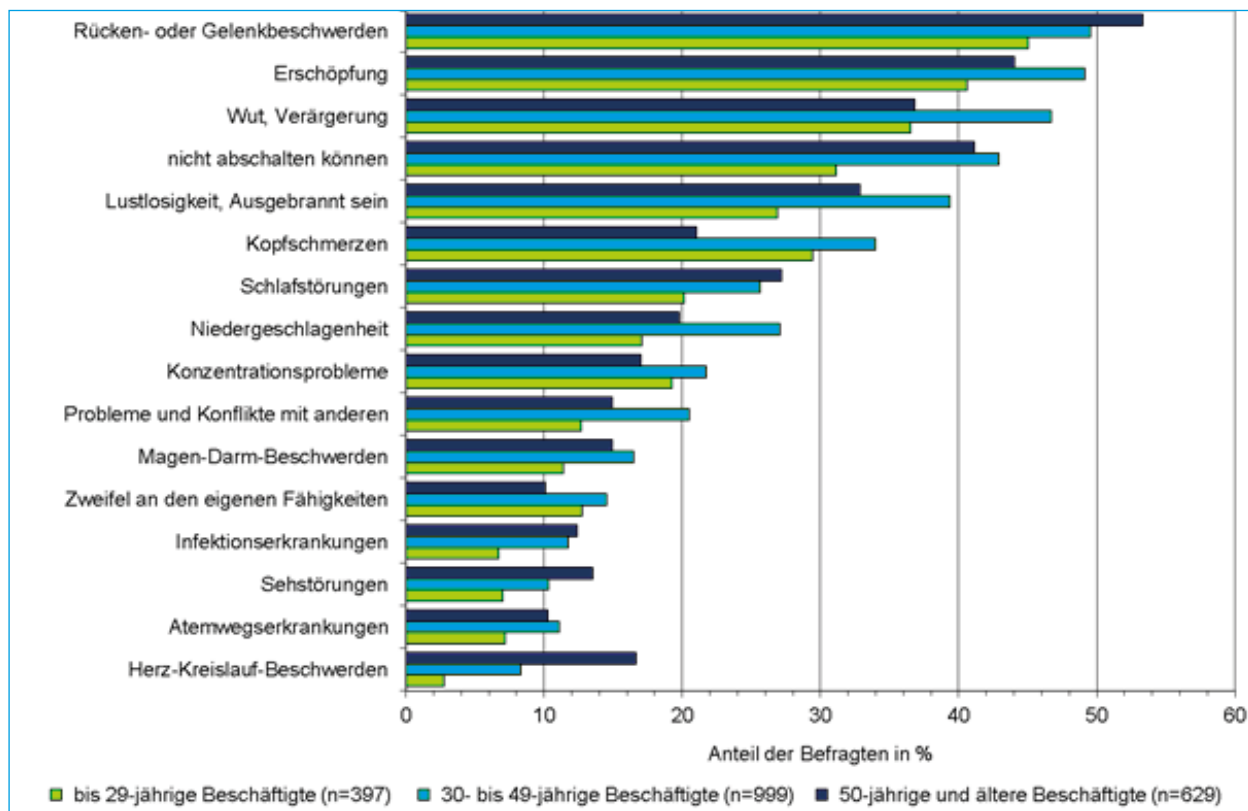
Quelle: Polzer et al., 2014 – Gesunde Arbeit NRW 2014

In der oben genannten Studie wurden ebenfalls die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeit erfasst. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ältere Beschäftigte stärker von psychischen und körperlichen Auswirkungen der Arbeit betroffen sind als jüngere Beschäftigte. Abbildung 63 zeigt auf, dass 53 % der älteren Beschäftigten vor allem von Rücken- oder Gelenksbeschwerden berichten. Weiterhin geben die Befragten an, dass

ihr emotionales Empfinden stärker beeinträchtigt sei: So sagen etwa zwei Fünftel der älteren Beschäftigten aus, nicht abschalten zu können, erschöpft, wütend und verärgert zu sein, während etwa ein Drittel angibt lustlos und ausgebrannt zu sein und etwa ein Viertel von Schlafstörungen berichtet. Es wird erkennbar, dass das aktuelle emotionale Befinden ein wesentlicher Belastungsfaktor ist.

Betriebe, die auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter achten, erhöhen auf diese Weise nicht nur deren Lebensqualität sondern auch die Produktivität im Unternehmen. Daher spielt das betriebliche Gesundheitsmanagement besonders mit Blick auf die älteren Beschäftigten eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang sollten insbesondere die Erholungsvorlieben der älteren Beschäftigten berücksichtigt werden.

63 Gesundheitliche Auswirkungen der Arbeit und Alter



Quelle: Polzer et al., 2014 – Gesunde Arbeit NRW 2014

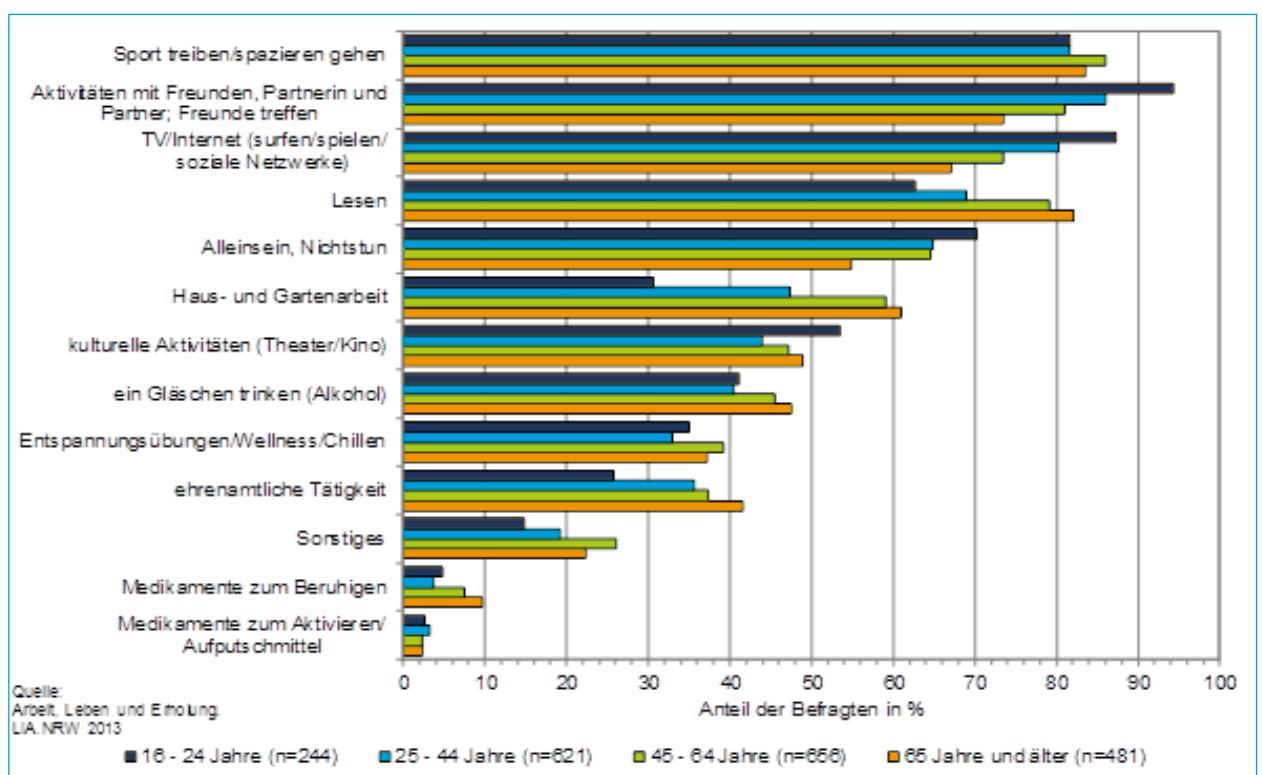
Ältere unterscheiden sich in der Wahl ihrer Erholungsaktivitäten nicht merklich von Jüngeren. So zeigte sich in der Repräsentativbefragung „Arbeit, Leben und Erholung“²⁵¹, dass sich die meisten älteren Menschen – genauso wie jüngere – vor allem aktiv durch Sport, Spaziergänge sowie bei Aktivitäten mit Freunden oder Treffen mit Partnerin und Partner, erholen.

Danach folgen bei je etwa drei Viertel der Befragten ruhigere Aktivitäten wie Lesen, TV und Internet und bei je zwei Dritteln etwa Alleinsein und Nichtstun sowie Haus- und Gartenarbeit. Lediglich die Haus- und Gartenarbeit sowie ehrenamtliche Tätigkeiten geben

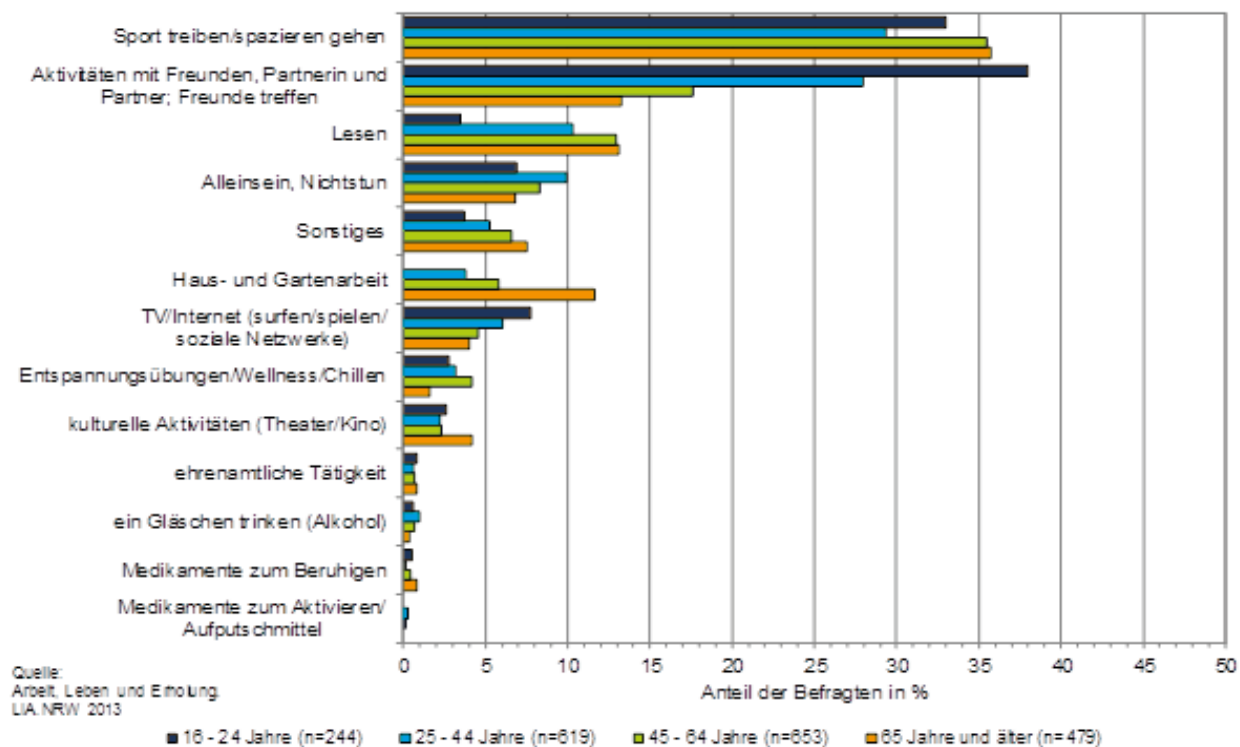
ältere Menschen deutlich häufiger als Erholungsaktivität an als jüngere Menschen. Die Ergebnisse sind Abbildung 64 zu entnehmen.

Im Alter verschieben sich die Präferenzen für Aktivitäten, die zur Erholung beitragen. Abbildung 65 zeigt daher die Wichtigkeit der gewählten Erholungsaktivitäten. Am wichtigsten ist Personen in der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren mit Abstand die Bewegung, gefolgt von gemeinsamen Aktivitäten mit Freunden, Partnerin und Partner sowie Lesen. Jedoch scheinen die gemeinsamen Aktivitäten für ältere Beschäftigte deutlich weniger relevant zu sein als für jüngere zwischen 16 und 24 Jahren. Währenddessen empfinden ab 65-Jährige Lesen und Hausarbeit als ebenso wichtig für ihren Erholungserfolg wie gemeinsame Aktivitäten.

64 Erholungsaktivitäten nach Alter



65 Wichtigkeit der Erholungsaktivitäten nach Alter



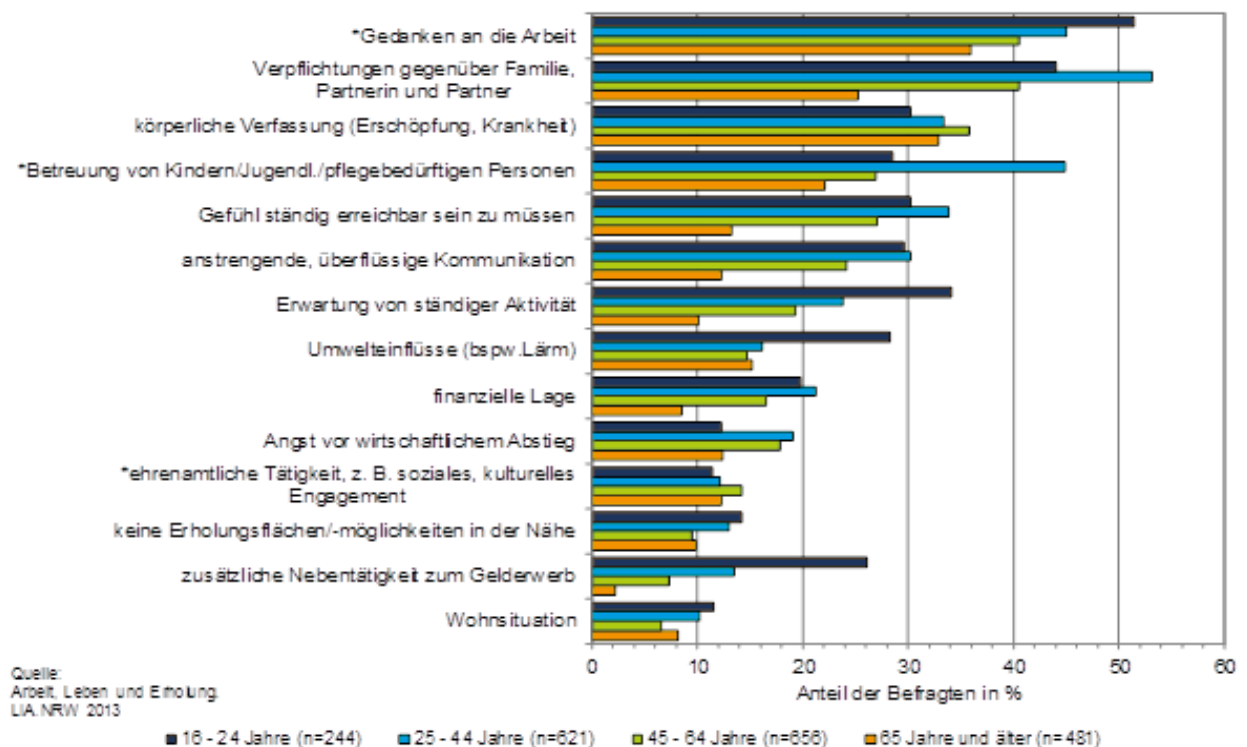
Die Möglichkeit zur Regeneration kann jedoch durch veränderte Anforderungen der modernen Arbeitswelt, soziale und ökonomische Rahmenbedingungen und gestiegene Ansprüche an sich selbst eingeschränkt sein. Um diese hemmenden Einflüsse zu erfassen, wurden 2.002 Befragten 14 Antwortmöglichkeiten zur Mehrfachauswahl vorgegeben. Dabei wurde Rentnerinnen und Rentnern (in der Gruppe der über 65-Jährigen standen noch 28 Personen im Erwerbsleben) die Option „Gedanken an die Arbeit“ vorgegeben, während Personen, die keine Angehörigen (Kinder, Jugendliche oder Pflegebedürftige) betreuen, und Personen, die nicht ehrenamtlich tätig waren, die entsprechende Option nicht vorgegeben wurde. Diese Antwortmöglichkeiten sind in Abbildung 66 mit einem Stern (*) gekennzeichnet. Jeweils 40 % der 45- bis 64-Jährigen berichten, dass Gedanken an die Arbeit und Verpflichtungen gegenüber der Familie, Partnerin und Partner sich hemmend auf ihre Erholung auswirken. Ältere schätzen beide Aspekte damit als weniger stark hemmend ein als Jüngere.

Betont werden sollte darüber hinaus auch, dass ein Viertel der befragten über 65-Jährigen deutlich seltener als die anderen Altersgruppen Verpflichtungen gegenüber Familie, Partnerin und Partner als Erholungshemmnis angeben. Dennoch muss festgehalten werden, dass insbesondere ältere Frauen in Sorge- und Haushaltsarbeiten für die (Enkel)Kindergeneration integriert sind. Für Westdeutschland weist Auth²⁵² darauf hin, dass das Fertilitätsverhalten davon beeinflusst wird, inwieweit über die Arbeitskraft der älteren Generation, vor allem der älteren Frauen, verfügt werden kann. Damit ist durchaus davon auszugehen, dass diese Verpflichtungen sich als Erholungs- und Erwerbsarbeits-hemmnisse erweisen. Zudem berichtet je ein Drittel der Befragten der Altersgruppen der 45- bis 64-Jährigen und der ab 65-Jährigen durch die körperliche Verfassung (Erschöp-

252 Vgl. Auth (2009)

fung, Krankheit) in ihren Erholungsbemühungen beeinträchtigt zu sein. Damit geben ältere Befragte an, dass die körperliche Verfassung die Erholung genauso bedeutsam einschränkt, wie Gedanken an die Arbeit und Verpflichtungen gegenüber der Familie. Dagegen werden von den jüngeren Altersgruppen letztere als deutlich hemmender empfunden als die körperliche Verfassung.

66 Erholungshemmnisse nach Alter



Aus diesen Ergebnissen können speziell für ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Maßnahmen abgeleitet werden, um deren Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und zu fördern. Ein vielversprechender Ansatz zur betrieblichen Gesundheitsförderung kann daher sein, Angebote zu unterbreiten, die aktivierend und förderlich auf die körperliche Verfassung wirken sowie gemeinsam mit anderen durchgeführt werden können. Durch altersgerechte Sportangebote kann neben allgemeiner Fitness zudem eine Möglichkeit geschaffen werden, Techniken zum Entspannen und Stressmanagement zu erlernen, sodass die (älteren) Beschäftigten abschalten können und sich in ihrer Freizeit weniger Gedanken über die Arbeit machen. Auch Älteren sollte weiterhin die Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung gegeben werden und sie sollten bei betrieblichen Entscheidungsprozessen beteiligt werden, da sie über reiche Erfahrungsschätze verfügen. Wertschätzung ist nicht nur in beruflichen Kontexten ohnehin ein entscheidender Motivationsfaktor, gewinnt im Alter aber noch zunehmend an Bedeutung – insbesondere dort, wo Vorurteile über ältere Beschäftigte verbreitet sind. Darüber hinaus können Maßnahmen zur Unterstützung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Betreuung Angehöriger angeboten werden, wie z. B. flexible und mitarbeiterfreundliche Arbeitszeitmodelle.

Zur Entlastung bzw. Verringerung körperlicher Beanspruchung sollten Arbeitsabläufe für ältere Beschäftigte optimiert werden, beispielsweise dadurch, dass die Taktung der

Arbeitsschritte angepasst oder ergonomische Hebehilfen verwendet werden. Wichtig für Unternehmen ist es in jedem Fall, im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung bei der Ableitung von Gestaltungsmaßnahmen die demografisch bedingten unterschiedlichen Bedürfnisse mit zu berücksichtigen.

Besondere Herausforderungen und Handlungsbedarf zeichnen sich allerdings für Branchen ab, die jetzt schon eine ältere Beschäftigtenstruktur haben und über eine hohe Arbeitsbelastung sowie Nachwuchsprobleme (z. B. Pflege, Erziehung und Unterricht) verfügen. Ein funktionierender Arbeitsschutz, zielgruppengerechte Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Maßnahmen zur weiteren Erhöhung der Attraktivität der Berufe sind hier gefragt.

Es wird angenommen, dass sich mit dem Älterwerden die persönlichen Motive und Bedürfnisse ändern – weg von der Aufrechterhaltung des Selbst und zukunftsorientierten Zielen (Lernen, Karriere machen, Rollen finden) hin zur Zunahme der Bedeutung kurzfristig erfüllbarer, emotionaler Motive und Bedürfnisse.²⁵³ Viele Studien belegen, dass insbesondere im zunehmenden Alter sich entsprechende Werteorientierungen verschieben und z. B. Sinnstiftung, die Möglichkeiten, etwas Nützliches zu leisten, sowie soziale Aspekte der Arbeit in den Vordergrund rücken.

Im Rahmen des Programms „Arbeit gestalten NRW“ werden daher Maßnahmen identifiziert, die den Unternehmen auf ihre Ausgangssituation angepasste Verfahren, Methoden und Konzepte anbieten, um das Thema einer gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung in die betrieblichen Ablauf- und Managementprozesse zu integrieren. Ziel ist es, die körperlichen und psychischen Belastungen von (älteren) Beschäftigten zu vermeiden bzw. zu reduzieren, betriebliche und individuelle Ressourcen zu stärken und damit der Ausweitung von Fehlzeiten oder einer Frühberentung dieser Zielgruppe vorzubeugen. Die Wirkung und Tragweite von Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung wird entscheidend von der Unternehmens- und Führungskultur in den Betrieben beeinflusst. Begleitende Maßnahmen zur Verbesserung dieser sollen bedarfsorientiert einbezogen werden.

Kleine und mittelständische Unternehmen, die für die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements eine externe Hilfestellung benötigen, können diesen Prozess mit der Potenzialberatung fördern lassen. Informationen über dieses Förderangebot bieten landesweit rund 90 Beratungsstellen, – die z. B. bei Regionalagenturen, Kammern und Einrichtungen der Wirtschaftsförderung angesiedelt sind.²⁵⁴

7.2.4.2.3 Qualifizierung

Die demografischen Entwicklungen fordern die Unternehmen, wenn sie ihre Fachkräfte halten und ihr Innovationspotenzial nicht verlieren wollen. Die berufliche Weiterbildung sollte vor allem auch für Ältere erweitert werden. Denn die berufliche Qualifizierung hört mit der Erstausbildung nicht auf. Lebenslanges Lernen ist unabdingbar für Unternehmen, insbesondere weil das Qualifikationsvermögen die Leistungsfähigkeit der (älteren) Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bestimmt, welche letztlich Innovationen im Unternehmen befördern und somit die Wettbewerbsfähigkeit sichern.

Oftmals ist die Beteiligung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an betrieblichen Fort- und Weiterbildungsangeboten allerdings eher gering bzw. zeigt sich diesbezüglich

253 Vgl. Baltes/Carstensen (1996)

254 Für mehr Informationen: www.potentialberatung.nrw.de

eine gewisse Benachteiligung dieser Gruppe.²⁵⁵ Dem gilt es entgegenzuwirken. Dabei beschränken sich die Möglichkeiten des lebenslangen Lernens nicht auf Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung. Zur Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit bis ins höhere Erwerbsalter ist es beispielsweise möglich, ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer innerhalb des Betriebs von körperlich belastenden Tätigkeiten altersgerecht einzusetzen. Wichtig ist auch, den Wissenstransfer von den Älteren zu den Jüngeren sicherzustellen. So werden betrieblich relevante Wissensbestände gesichert und kontinuierlich auf den neuesten Stand gebracht. Damit bleiben dem Betrieb das gesammelte Fachwissen und die darauf gründende Arbeitskraft erhalten und der Betrieb erhält seine Wettbewerbsfähigkeit.

Auch hier bietet das Land NRW den Unternehmen praktische Unterstützung an. Die Bildungsberatungsstätten bieten Informationen zum Qualifizierungsbedarf für Betriebe. Der Bildungsscheck NRW unterstützt Unternehmen und Beschäftigte bei der Beteiligung an Weiterbildung. Für Personen in beruflichen Veränderungsprozessen bietet das Land NRW mit der „Beratung zur beruflichen Entwicklung“ die Chance, die eigenen Möglichkeiten realistisch einzuschätzen und die weitere berufliche Entwicklung zu planen. Ältere Beschäftigte werden mit diesem Förderangebot besonders angesprochen.²⁵⁶

7.2.4.3 Ältere im Wirtschaftsleben

Ältere Menschen werden zunehmend in der Vielfalt ihrer wirtschaftlichen Betätigung wahrgenommen. Als Unternehmerinnen und Unternehmer, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Konsumentinnen und Konsumenten, Expertinnen und Experten prägen sie zunehmend die Zielgruppen im Wirtschafts- und Arbeitsleben. Sie gelten als Aktivposten für Wachstum und Beschäftigung. Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter sind heute überwiegend leistungsfähiger und kaufkräftiger als je zuvor. Durch die Überlagerung von Vor- und Nachteilen unterscheiden sich Ältere stärker als Jüngere in ihrer Fähigkeit, als ökonomisch bedeutsame Akteurinnen und Akteure am Wirtschaftsleben teilzunehmen, da die Ungleichheiten zwischen sozioökonomischen Schichten in zunehmendem Alter ergänzt werden um Ungleichheiten im Gesundheitszustand und im akkumulierten Kapital.

Ausgehend von unterschiedlichen Einflussfaktoren im Lebensverlauf ist für das Alter – insbesondere vor dem Hintergrund sich (erneut) abzeichnender und zukünftig ansteigender Altersarmut (s. Kapitel 7.2.3 im vorliegenden Bericht) – eine (sich ggf. weiter verschärfende) Scherenentwicklung zu erwarten: Neben finanziell sehr gut situierten älteren Menschen werden gleichzeitig weniger kaufkräftige Gruppen älterer Menschen mit jeweils spezifischen Konsumbedürfnissen und Handlungsspielräumen zu berücksichtigen sein. Je nach Lebenslagen, Generations- und Geschlechtszugehörigkeit, sozioökonomischer und soziokultureller Lage unterscheiden sich die Bedürfnisse der Älteren.

7.2.4.3.1 Ältere als Expertinnen und Experten in der Wirtschaft

Ältere können, auch wenn sie selbst nicht mehr als Selbstständige oder abhängig Beschäftigte tätig sind, ihr Wissen, ihre Erfahrung, ihr Kapital als Expertinnen oder Experten in das Wirtschafts- und Arbeitsleben einbringen.

In allen Regionen Nordrhein-Westfalens werden Existenzgründerinnen und Existenz-

255 Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Kohlhammer.

256 Für mehr Informationen: www.mais.nrw.de und www.weiterbildungsberatung.nrw.de

gründer, ob Freiberuflerinnen bzw. Freiberufler oder Gewerbetreibende, mit Hilfe der STARTERCENTER NRW auf ihrem Weg in die Selbstständigkeit bei allen Fragen rund um die Existenzgründung und die Firmenentwicklung unterstützt. Dieses Angebot der STARTERCENTER NRW wird ergänzt durch ehrenamtliche Seniorexpertinnen und -experten. Rund 700 Seniorexpertinnen und -experten stellen ihr umfangreiches Wissen jungen Unternehmen in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung. Sie beraten bei Unternehmensgründung, Unternehmenssicherung und -expansion, aber auch bei der Unternehmensnachfolge und der Bewältigung von Unternehmenskrisen. Zurzeit gibt es 18 Organisationen im Netzwerk von Senior Coaching NRW.²⁵⁷ Diese sind angebunden an die Kammern, Wirtschaftsförderungseinrichtungen oder haben sich als gemeinnütziger Verein, Initiative und Stiftung organisiert.

Die „Business Angels“-Initiative der NRW.BANK unterstützt junge Unternehmen durch das Kapital und Know-how erfolgreicher Unternehmerinnen bzw. Unternehmer. Sie vermittelt privates Eigenkapital an innovative Wachstumsunternehmen. Das Kapital stammt überwiegend von erfolgreichen Geschäftsleuten, Managerinnen bzw. Managern und Wirtschaftsexpertinnen und -experten. Als „Business Angels“ investieren vor allem ältere Unternehmerinnen und Unternehmer ihr Vermögen und ihre unternehmerische Erfahrung in junge Projekte und Firmen.²⁵⁸

7.2.4.3.2 Ältere als Konsumierende

Die älteren Konsumentinnen und Konsumenten stellen keine homogene Gruppe dar. Sie sind arm oder reich, im Erwerbsleben oder im Ruhestand, leben in der Stadt oder auf dem Land. Nach einer Studie von Roland Berger Strategy Consultants²⁵⁹ lassen sich fünf wertebasierte Konsumententypen unterscheiden:

Preisbewusste Häusliche

Die preisbewussten Häuslichen bilden mit insgesamt 43 % das größte Segment der über 50-jährigen, sind im Schnitt 63 Jahre alt und zu 42 % noch berufstätig. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig zu finden. Knapp 45 % der Preisbewussten Häuslichen wohnen im eigenen Haus. Sie sind deutlich preissensitiv, haben eine geringe Markenorientierung und legen einen Fokus auf Langlebigkeit und Funktionalität bei der Produktwahl. Sie schätzen produktbegleitende Dienstleistungen wie Erklärung, Installation und Wartung von technischen Geräten sowie natürliche Produkte aus lokaler Herstellung.

Qualitätsbewusste Etablierte

Die qualitätsbewussten Etablierten bilden mit 28 % das zweitgrößte Segment. Sie sind mit durchschnittlich 70 Jahren der älteste der fünf Konsumenten-Typen und befinden sich bereits im Ruhestand.

Frauen sind bei den qualitätsbewussten Etablierten mit 61 % deutlich überrepräsentiert und überdurchschnittlich häufig alleinstehend. Sie sind preisbewusst, aber bereit, für

257 Für mehr Informationen: www.startercenter.nrw.de

258 Für mehr Informationen: www.nrwbank.de

259 Roland Berger Strategy Consultants, „Typologie der Wünsche“, 2009; die entwickelten Konsumententypen sind das Resultat einer Segmentierung anhand von 20 Bedürfnissen und Werten von mehr als 9000 befragten über 50-jährigen Konsumentinnen und Konsumenten, entnommen aus der Publikation: „Potenziale nutzen – Die Kundengruppe 50plus“, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie; Berlin, März 2010, S. 9

gute Qualität auch zu bezahlen. Sie haben eine relativ hohe Markenaffinität. Sie gelten als treue Kundinnen mit geringer Wechselbereitschaft.

Anspruchsvolle Genießerinnen und Genießer

Mit 15 % stellen die anspruchsvollen Genießerinnen und Genießer das drittgrößte Segment. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 61 Jahren, etwa die Hälfte von ihnen ist noch berufstätig. Frauen und Männer sind etwa gleich vertreten, knapp 90 % leben in einer Partnerschaft. Qualität, Design und Marke stehen bei Kaufentscheidungen im Vordergrund. Genuss und persönlicher Komfort spielen eine wichtige Rolle.

Kritische Aktive

Mit einem Durchschnittsalter von 69 Jahren sind die kritischen Aktiven bereits pensioniert (8 % der über 50-Jährigen). 61 % sind Frauen, 52 % leben, nicht zuletzt aufgrund des hohen Durchschnittsalters, allein. Sie bevorzugen Bewährtes und Sicheres, sind deutlich preissensibel, aber bereit für persönliche Beratung etwas mehr zu zahlen, sind beim Einkaufen kritisch und wollen die Produkte, die sie kaufen, auch verstehen.

Komfortorientierte Individualisten

Die komfortorientierten Individualisten stellen mit 6 % das kleinste Segment und sind mit durchschnittlich 56 Jahren der jüngste Konsumententyp. Über 90 % von ihnen sind noch berufstätig, gebildet und verfügen über ein überdurchschnittliches Netto-Haushaltseinkommen. Sie sind konsumfreudig und haben eine hohe Technikaffinität. Qualität, Design und Marke stehen gegenüber dem Preis im Vordergrund.

Trotz dieser Differenzierungen innerhalb der Gruppe der Älteren lassen sich folgende allgemeine Aussagen über ihr Konsumverhalten treffen:

Ein immer größerer Anteil der Konsumausgaben wird von Menschen über 50 Jahren getätigt.²⁶⁰

Mittel- bis langfristig werden die Älteren als Konsumenten Wachstumstreiber. Die über 50-Jährigen werden voraussichtlich 2035 u. a. laut der Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 58 % der Gesamtkonsumausgaben tätigen, während die unter 50-Jährigen nur noch auf 42 % kommen.

Die über 65-Jährigen haben ein hohes Wachstumspotenzial als Konsumenten-Gruppe. Ihr Anteil am Gesamtkonsum steigt von knapp 18 % auf etwas über 26 %. Dabei weisen die über 75-Jährigen bis 2035 den höchsten Anstieg des Anteils am Gesamtkonsum auf.²⁶¹

Durch die Zunahme der Zahl der Älteren und die Kaufkraft der Älteren wird die Nachfrage steigen, insbesondere bei Gesundheitsprodukten.

Viele Konsumgüter müssen aber noch an die veränderten Bedürfnisse angepasst werden hinsichtlich Barrierefreiheit, Design und Ergonomie, aber auch an die hohen Anforderungen älterer Konsumentinnen und Konsumenten an Nutzen, Qualität, Service und Sicherheit.

260 Vgl. Roland Berger Strategy Consultants, Studie „Wirtschaftsmotor Alter“ (Juli 2007); Untersuchte Gütergruppen: Essen, Trinken, Bekleidung, Schuhe, Schmuck, Energie, Möbel, Haushaltsgeräte, Gesundheit, Verkehr, Kommunikation, Home Entertainment, aktive Freizeitgestaltung, Reisen, Restaurants und Körperpflege

261 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Wirtschaftsmotor Alter“, Berlin (Juli 2010) S. 2

Das „Design für alle“ spricht die Zielgruppe hingegen an und wird oft auch von den unter 50-Jährigen bevorzugt. Es zeichnet sich aus durch:

- gleichberechtigte Nutzung: Wo immer möglich, sollen alle Altersgruppen das Produkt nutzen können.
- Flexibilität der Nutzung: Wenn unterschiedliche Handhabungsweisen möglich sind, können viele Menschen auf ihre eigene Art ein Produkt bedienen und nutzen.
- intuitive Nutzung: Durch die Vermeidung unnötiger Komplexität und die klare Kennzeichnung von Bedienteilen, kann ein Produkt einfach und intuitiv genutzt werden.
- maximale Wahrnehmbarkeit: Möglichst viele Nutzer sollen Informationen oder Warnungen wahrnehmen, es sollten mehrere Sinne angesprochen werden und Ton oder Bild individuell einstellbar sein.

reduzierter körperlicher Aufwand und vereinfachter Zugang: Unabhängig von Größe, Haltung und Mobilität sollen Gebäude erreichbar und Dinge nutzbar sein.²⁶²

7.2.4.3.3 Unternehmensnachfolge und Unternehmensgründungen im Alter

Eine noch größere Herausforderung als bisher wird es in Zukunft für viele Unternehmerinnen und Unternehmer sein, qualifizierte Frauen und Männer für die Sicherung der Unternehmensnachfolge zu finden. Nicht zuletzt unter dem Aspekt des Erhalts der Arbeitsplätze gewinnt die frühzeitige Planung und Gestaltung der Nachfolge in der alternierenden Gesellschaft zunehmend an Bedeutung.

Die Anzahl der zur Übergabe anstehenden Unternehmen wird bundesweit von 103.600 in 2011 bis auf 123.800 im Jahr 2020 ansteigen. Auf Nordrhein-Westfalen entfallen davon rund 20 %.²⁶³ Von 2011 bis 2014 allein werden nach Berechnungen des Instituts für Mittelstandsforschung Bonn 24.100 Unternehmen in NRW zur Übergabe anstehen.²⁶⁴ Diese als übergabefähig erfassten Unternehmen in NRW beschäftigen circa 355.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

In Nordrhein-Westfalen hat die Landesregierung mit den Industrie- und Handelskammern, den Handwerkskammern, den Steuerberatungskammern, den kommunalen Wirtschaftsförderungen, der NRW.BANK und den beiden Sparkassenverbänden das landesweite „Netzwerk Unternehmensnachfolge NRW“ eingerichtet. Dieses Netzwerk steht abgebenden und übernehmenden Unternehmerinnen und Unternehmern für eine kostenlose Basisberatung vor Ort zur Verfügung, damit eine demografiefeste Übergabe gelingt.

Ob die Gründungszahlen in den kommenden Jahren tatsächlich in diesem Ausmaß zurückgehen werden, hängt jedoch entscheidend von der Frage ab, wie sich das altersspezifische Gründungsverhalten in den kommenden Jahren entwickeln wird. Laut einer Studie des RKW-Kompetenzzentrums²⁶⁵ sehen Gründungsberater weniger das Alter der Gründenden als ausschlaggebend an bei Problemen und Bedarfen, als vielmehr ihre Qualifikation und beruflichen Erfahrungen. Zur Erhöhung der Zahl älterer Gründerinnen und Gründer halten die Expertinnen und Experten vor allem die Verbesserung der Gründungskultur für erforderlich, wie eine Verbesserung der Förder- und Beratungsinst-

262 RKW-Kompetenzzentrum: „Zukunftsmarkt 50plus. Chancen und Herausforderungen für das Verarbeitende Gewerbe“, Eschborn (Juli 2011), S. 15ff.

263 Institut für Mittelstandsforschung Bonn: „Unternehmensnachfolgen in Deutschland 2010 bis 2014“ Bonn (August 2010), S. 24

264 ebd.

265 RKW-Kompetenzzentrum: Studie „Ältere Gründerinnen und Gründer“, Eschborn, August 2010, S. 64

rumente und die Sichtweise von Gründungen. In Selbstständigkeit zu gehen, ist für viele Menschen keine Alternative zur abhängigen Beschäftigung.²⁶⁶ Die Kultur der zweiten Chance ist in Deutschland noch nicht verbreitet.

Eine Änderung dieser Sichtweise würde mehr Menschen motivieren, den Schritt in die Gründung zu wagen. Von diesem Imagewandel und von verbesserten Rahmenbedingungen würden alle Zielgruppen profitieren.²⁶⁷ Darüber hinaus wären speziell für Ältere neue Leitbilder älterer Existenzgründerinnen und Existenzgründer förderlich. Eine gezielte Beratung älterer Gründerinnen und Gründer sollte neben formalen sozialrechtlichen Anforderungen des Statuswechsels in die Selbstständigkeit auch Fragen der Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Selbstständigkeit beinhalten²⁶⁸.

7.2.4.3.4 Märkte und Produkte

Wenn Ältere als Aktivposten im Wirtschaftssystem bezeichnet werden, geht es auch immer um ihren Einfluss als Konsumierende, um ihre Kaufkraft und die auslösenden Innovations- und Wachstumsimpulse auf der Angebotsseite, belegt mit dem Begriff „Seniorenwirtschaft“. Diese Impulse werden allerdings noch nicht in allen Branchen und in der Breite der Unternehmen aufgegriffen. Die Seniorenwirtschaft²⁶⁹ umfasst mittlerweile vielfältige alten- bzw. generationengerechte Produkte und Dienstleistungen, die weit über die „sozialen Marktsegmente“ hinaus reichen²⁷⁰.

Die Seniorenwirtschaft ist somit ein „Querschnittsmarkt“²⁷¹, der verschiedene Sektoren umfasst, die unterschiedlichen Segmenten verschiedener Wirtschaftszweige zuzuordnen sind. Die Eigenschaft als „Querschnittsmarkt“ sowie die gestiegene und noch steigende Bedeutung der Seniorenwirtschaft ist darauf zurückzuführen, dass Ältere immer stärker in Bereichen jenseits des „seniorentypischen“ als bedeutsame Nachfragende auftreten und bei Produkten und Dienstleistungen, die als nicht auf ältere und alte Menschen zugeschnitten gelten, eine immer bedeutsamere Kundinnen- und Kundengruppe sind. Damit einhergehende neue Verknüpfungen aus dem Dienstleistungssektor, dem produzierenden Gewerbe und der Dienstleistungsökonomie können im „Cluster Seniorenwirtschaft“ zusammengefasst werden²⁷².

266 siehe auch Ergebnisse des Global Entrepreneurship Monitors: Sternberg, Rolf/Volderwülbecke, Arne/Brixy, Udo: „Global Entrepreneurship Monitor. Unternehmensgründungen im weltweiten Vergleich. Länderbericht Deutschland“, Hannover/ Nürnberg, April 2013, S. 23

267 RKW-Kompetenzzentrum: Studie „Ältere Gründerinnen und Gründer“, Eschborn, August 2010, S. 70

268 Franke, A. (2011), „Ältere Unternehmensgründer“. In: Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

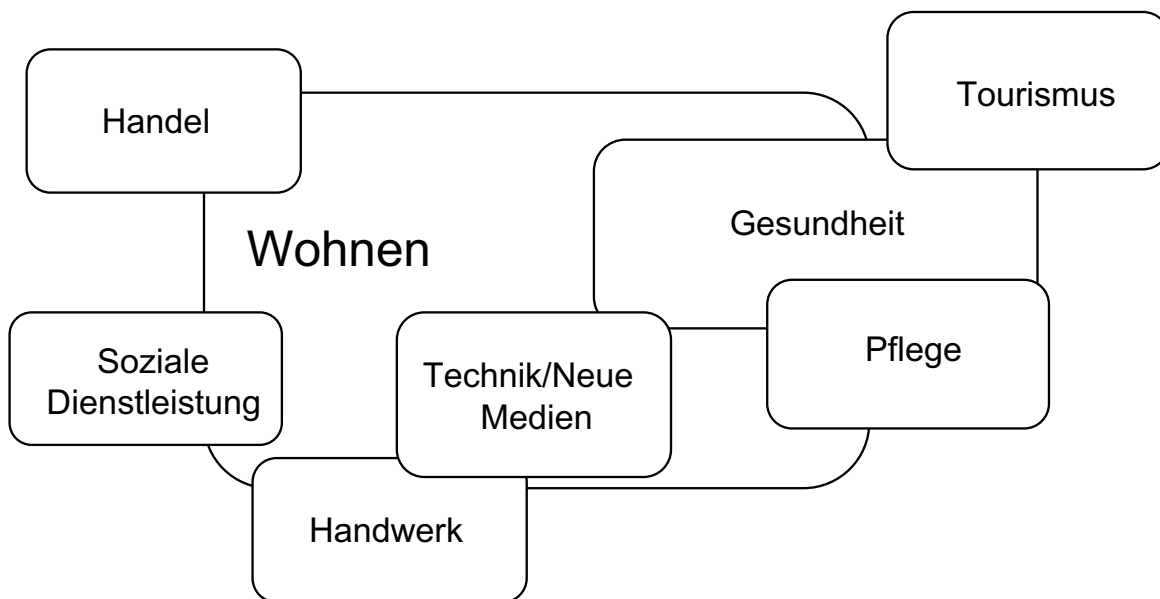
269 Der in Nordrhein-Westfalen etablierte Begriff „Seniorenwirtschaft“ ist aus der Diskussion zu Märkten, Produkten und Konsumenten entstanden und steht für die Vielfalt dieses Wirtschaftsbereichs; für diesen werden z. T. synonym auch andere Begriffe (z. B. Wirtschaftsfaktor Alter, „Silver Economy“ genannt. Aus Gründen der Einheitlichkeit wird hier jedoch ausschließlich der Begriff „Seniorenwirtschaft“ verwendet.

270 Vgl. Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; Gerling, V. (2014). Seniorenwirtschaft als neuer Absatzmarkt: Potenziale und Chancen für kleine und mittlere Unternehmen. In Walter, T. (Hrsg.). Betriebliche und unternehmerische Dimensionen des demografischen Wandels. Frankfurt am Main: Peter Lang.

271 Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 119

272 ebd.

67 Sektoren der Seniorenwirtschaft²⁷³



Dieses Cluster umfasst die Segmente Wohnen, Gesundheit, Pflege, soziale Dienstleistungen sowie Handel, Handwerk, Technik/Neue Medien und Tourismus. Besonders deutliches Wachstum war in der Vergangenheit für die sozialen Dienste und Pflege sowie für die Wohnungswirtschaft (u. a. Wohnraumanpassungen durch das lokale Handwerk; Wohnformen mit intelligenter Technik) zu verzeichnen. Insbesondere für die Gesundheitswirtschaft sind in Kombination mit anderen Segmenten (z. B. Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), Gesundheitstourismus, Fitness/Wellness) deutliche Zuwächse zu erwarten; durch den Einsatz von IKT im Bereich Wohnen gewinnt zudem der Privathaushalt als „dritter Standort der Gesundheitsproduktion“²⁷⁴ an Bedeutung.

Im Folgenden werden exemplarisch drei Felder dargestellt, in denen Ältere wichtige Nachfragende von Gütern und Dienstleistungen sind. Die Gesundheitswirtschaft als traditionelle Domäne der Nachfrage älterer und alter Menschen sowie Tourismus und Einzelhandel als Felder, in denen ältere Nachfragende zunehmend an Bedeutung gewinnen und die sich teilweise mit der Gesundheitswirtschaft überschneiden.

7.2.4.3.4.1 Gesundheitswirtschaft

Vorreiter der wachsenden Bedeutung Älterer als Nachfrager ist die Gesundheitswirtschaft. Die Gesundheitsausgaben steigen mit dem Alter rapide an. Durch die zunehmende Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitssektor findet in diesem Sektor eine positive Beschäftigungsentwicklung statt. Bundesweit waren Ende 2012 laut Statistischem Bundesamt rund 5,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen tätig. Die Beschäftigtenzahlen sind damit seit dem ersten Berechnungsjahr 2000 um 22,6 % gestiegen. Die Zahl der Arbeitsplätze wuchs rund dreimal so stark wie in der Gesamtwirtschaft. Dabei ist das Gesundheitswesen ein weiblich segregiertes Arbeitsfeld: 2012 waren gut drei Viertel der Beschäftigten weiblich (75,8 %). Besonders hoch war

273 Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 119

274 ebd.

der Frauenanteil in den ambulanten und (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen (87,6 % beziehungsweise 85,0 %).²⁷⁵

In NRW ist die weiblich segregierte Gesundheitswirtschaft die bedeutendste Einzelbranche. Rund 1,1 Millionen Menschen sind hier tätig.²⁷⁶ Während in den Jahren 2003 bis 2007 die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen um insgesamt 1,2 % zurückging, nahm die Zahl der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft um 1,9 % zu. 2010 lag der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft bei 15,2 %.

In der stationären/teilstationären Versorgung arbeiten ca. 290.000 Menschen, in der ambulanten Versorgung ca. 277.000. In der stationären/ambulanten Altenhilfe sind ca. 240.000 sozialversicherungspflichtige Beschäftigte ausgewiesen, im Gesundheitshandwerk arbeiten ca. 43.000 Spezialistinnen und Spezialisten (wobei zur Bewertung der Beschäftigungseffekte der Anteil der Teilzeitbeschäftigten berücksichtigt werden muss).²⁷⁷

Das Land Nordrhein-Westfalen hat mit den sechs Gesundheitswirtschaftsregionen Aachen, Köln/Bonn, Münster, Ostwestfalen-Lippe, Metropole Ruhr und Südwestfalen sowie dem Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen landesweit einen starken Standort der Gesundheitswirtschaft aufgebaut.

An dieser Stelle seien zwei herausragende Projekte in den Regionen genannt:

Die Region Köln/Bonn hat die Themenpatenschaft für „Gesundheit für Generationen“.

Die Region entwickelt sich zu einem führenden Standort für die wissensbasierte Gesundheitswirtschaft des Alterns. Ein wichtiges Themenfeld dieser zukunftsweisenden Zusammenarbeit sind neue patientenorientierte Versorgungslösungen für Ältere. Aktionsfelder sind der Gesundheitsstandort zu Hause oder telemedizinische Versorgungsprozesse.

Wie auch andere Regionen ist die Region Südwestfalen mittelfristig von einem Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten bedroht, zudem sind ländliche Krankenhäuser stärker vom zunehmenden Ärzte- und Pflegekräftemangel bedroht als urbane Krankenhäuser. Zwischen 2011 und 2013 wurden vier Krankenhäuser geschlossen, was 8,3 % entspricht.

Der bundesweite Pflegefachkräftemangel, der in Zusammenhang mit der niedrigen Vergütung, Kommerzialisierung und der tayloristischen Arbeitsverdichtung auch in diesem Arbeitsmarktsegment steht²⁷⁸, wird in Südwestfalen zu einer Versorgungslücke führen.²⁷⁹ Im Projekt „StrateGIN“ wird ein „strategisches Konzept (Roadmap) zur nachhaltigen Sicherung einer demografiesensiblen qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Gesundheitsversorgung“ in enger Zusammenarbeit mit Praxispartnern aus dem Gesundheits- und Pflegebereich entworfen.²⁸⁰ Durch seinen Modellcharakter ist das Projekt wegweisend für u. a. zu entwickelnde regionale Strategien zum Umgang mit dem Fachkräftemangel in besagten Bereichen.

275 www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/03/PD14_075_23621.html (Abruf am 09.05.2014)

276 www.gesundheitswirtschaft-nrw.de/startseite.html (Abruf am 04.09.2013)

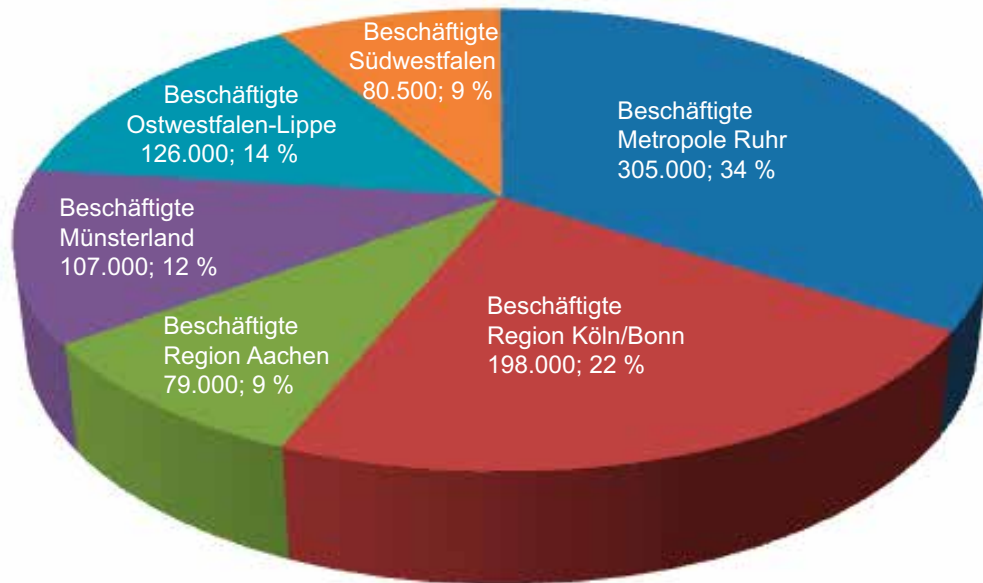
277 Stand 2010, Clustermanagement Gesundheitswirtschaft NRW

278 Vgl. Aulenbacher, Brigitte (2005): Rationalisierung und Geschlecht in soziologischen Gegenwartsanalysen. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 230

279 Vgl. Gerling, V. et al. (2013), S 15ff.

280 Vgl. Gerling, V. (2014): Sicherstellung einer demografiesensiblen Versorgung in Südwestfalen – Konzepte und Handlungsansätze des Projekts „StrateGIN“, Vortrag im Rahmen des Workshops „Regional differenzierte Versorgung – internationale Modelle und lokale Perspektiven“ der Universität Bielefeld am 27. Februar 2014, Bielefeld, S. 1

68 Gesamtbeschäftigte in der Gesundheitswirtschaft



Der Umsatz der Gesundheitswirtschaft in NRW beträgt geschätzt 58 Milliarden Euro.²⁸¹ Im Jahr 2006 wurden in Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern 3,93 Millionen Behandlungsfälle mit einem Budgetvolumen von 13,19 Milliarden Euro ausgewiesen. Die Prognose für 2020 geht von einem Zuwachs der Fälle um 7,4 % aus.²⁸² Die Gesundheitswirtschaft bleibt auch für die Zukunft eine Wachstumsbranche.

Regionen

Kompetenzfelder

Aachen

Medizintechnik/Life Sciences

- Zweiter Gesundheitsmarkt
- Arbeit und Bildung
- Patientenversorgung und Pflege
- Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Köln-Bonn

Medizinische Forschung

- Wissensbasierte Gesundheitswirtschaft des Alterns
- Medizin- und Gesundheitstourismus
- Medizintechnik
- Prävention
- Qualifizierung
- Aus- und Weiterbildung von Fachkräften

²⁸¹ Vgl. Gerling, V. (2014): Sicherstellung einer demografiesensiblen Versorgung in Südwestfalen – Konzepte und Handlungsansätze des Projekts „StrateGIN“, Vortrag im Rahmen des Workshops „Regional differenzierte Versorgung – internationale Modelle und lokale Perspektiven“ der Universität Bielefeld am 27. Februar 2014, Bielefeld, S. 1

²⁸² www.exzellenz.nrw.de/nocl/smartcitiesuniversalhome/clusterinfo/landescluster/gesundheitswirtschaft/ (letzter Abruf am 17.09.2013)

Regionen	Kompetenzfelder
Münsterland	Innovative Versorgungskonzepte <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Prävention und Früherkennung • Nano BioTechnologie und -Analytik • Forschung, Aus- und Fortbildung • Telemedizin, Telematik • Logistik in der Gesundheitswirtschaft
Ostwestfalen-Lippe	Vernetzte Versorgung Geriatrie <ul style="list-style-type: none"> • Spitzenmedizin für Herz und Hirn • Initiative „Telemedizin NRW“ • Rehabilitation und Prävention • Wissenstransfer und Clusterentwicklung
Metropole Ruhr	Klinikwirtschaft und Integrierte Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Prävention und Rehabilitation • Gesundheitsversorgung und Demografie • Lebenswissenschaften und Medizinische Forschung
Südwestfalen	Medizinische und pflegerische Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitation, Prävention und Gesundheitstourismus • Forschung- und Entwicklung / Aus-, Fort- und • Weiterbildung • Angewandte Medizintechnik / Medizintechnische Zulieferindustrie • Lebensqualität / generationengerechte Produkte und Dienstleistungen

Neben dem primären Gesundheitsmarkt mit seinen ausschließlich auf die Gesundheit bezogenen Gütern (z. B. Medikamente) und Dienstleistungen (z. B. durch Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen), die durch die Krankenkassen bezahlt werden, gibt es den sekundären Gesundheitsmarkt, der privat bezahlte Produkte und Dienstleistungen (z. B. in den Bereichen Wellness, Sport und Freizeit, Gesundheitstourismus und gesunde Ernährung) umfasst.²⁸³

Im Vergleich zu bundesdeutschen Durchschnittshaushalten geben ältere Menschen in Privathaushalten durchschnittlich mehr Geld pro Monat für zusätzliche, privat bezahlte Gesundheitsleistungen aus. Im Nutzungsverhalten sind altersspezifische Unterschiede festzustellen: Während Personen unter 40 Jahren vorrangig Wellness-Angebote wahrnehmen, geht diese Orientierung mit zunehmendem Alter zugunsten gesundheitsorientierter Angebote zurück. Gesundheitsorientierte Dienstleistungen werden insbesondere

²⁸³ Gerling, V. (2014). Seniorenwirtschaft als neuer Absatzmarkt: Potenziale und Chancen für kleine und mittlere Unternehmen. In T. Walter (Hrsg.). Betriebliche und unternehmerische Dimensionen des demografischen Wandels. Frankfurt am Main: Peter Lang; Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

in den Altersgruppen von 40 bis 70 Jahren genutzt.²⁸⁴ Hier wächst das Interesse und in Kombination mit der in einigen Teilgruppen der Älteren vorhandenen Zahlungsbe-
reitschaft und Zahlungsfähigkeit, resultiert daraus eine stark wachsende ökonomische
Bedeutung dieses Bereichs. Dabei ist gerade angesichts der Debatte um die verstärkte
Kommerzialisierung von Sorge und Pflege²⁸⁵ darauf hinzuweisen, dass notwendige me-
dizinische und Lebensqualität verbessernde Angebote in Gefahr geraten, nicht mehr für
alle sozialen Gruppen verfügbar zu sein.

7.2.4.3.4.2 Einzelhandel

In Nordrhein-Westfalen erwirtschaftet der Einzelhandel jährlich rund 98 Milliarden Euro,
d. h. fast ein Viertel des gesamten Einzelhandelsumsatzes in Deutschland. Er gilt des-
halb als drittstärkste Wirtschaftskraft in NRW.²⁸⁶

Ältere Menschen stellen auch in diesem Sektor eine relevante Zielgruppe dar. Bislang
wird dieses Potenzial aber noch zu wenig ausgeschöpft. Stattdessen richten sich Mar-
ketingstrategien noch eher an jüngere Konsumentinnen und Konsumenten.²⁸⁷

Eine zentrale Herausforderung besteht deshalb darin, mehr Generationenfreundlich-
keit beim Einkaufen umzusetzen, um Kundinnen und Kunden aller Altersgruppen einen
unbeschwerlichen und barrierearmen Einkauf zu ermöglichen.²⁸⁸ Die IHK Düsseldorf
hat in einer Studie und einem daran anknüpfenden Projekt „Generationen gerechtes
Einkaufsquartier“ diesen Aspekt untersucht.²⁸⁹ Dabei werden sowohl die Produktpalette,
die Produktpräsentation als auch die Gestaltung des Einkaufsraums und des Umfelds
(ÖPNV, Sitzgelegenheiten) betrachtet.

Dieses Projekt kann beispielhaft anderen Städten als Vorbild dienen, ihre Einkaufs-
standorte an die Wünsche und Bedürfnisse der Älteren und weiteren Zielgruppen wie
Familien und Menschen mit Behinderung anzupassen und so den Umsatz bei den an-
gesiedelten Geschäften zu erhöhen.

Ältere geben überdurchschnittlich viel für Gesundheitspflege, Wohnen und Freizeit aus.
Ältere Verbraucherinnen und Verbraucher sind erfahrene Konsumentinnen bzw. Konsu-
menten; sie haben hohe Ansprüche an „Qualität, Handhabbarkeit, Nutzerfreundlichkeit
und Langlebigkeit von Produkten“.²⁹⁰ Im Bereich der Dienstleistungen sind älteren Men-
schen persönliche Beratung ohne Zeitdruck wichtig, sowie die Berücksichtigung ihrer
Bedürfnisse (Komfort, Service, Sicherheit, Individualität).²⁹¹

Es kann im Alter jedoch zu bestimmten Funktionseinbußen kommen (z. B. eine einge-
schränkte Mobilität oder ein nachlassendes Hör- oder Sehvermögen), die das Einkaufs-
verhalten beeinflussen und verändern.

284 Vgl. Gerling, V. (2014): Sicherstellung einer demografiesensiblen Versorgung in Südwestfalen – Konzepte und Handlungsansätze des Projekts „StrateGIN“, Vortrag im Rahmen des Workshops „Regional differenzierte Versorgung – internationale Modelle und lokale Perspektiven“ der Universität Bielefeld am 27. Februar 2014, Bielefeld, S. 1

285 Vgl. van Dyk, S. (2013): In guter Gesellschaft? Wandel in den Randzonen des Sozialen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 63, S. 14-20

286 Vgl. Handelsverband Nordrhein-Westfalen (2014): Konjunktur und Marktdaten. Online abrufbar unter www.handelsverband-nrw.de/presse/konjunktur-und-marktdaten/ (letzter Zugriff 04.04.2014).

287 Vgl. Eitner, Carolin (2011): Einzelhandel. In: Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K.: Wirtschaftliche Potentiale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

288 Vgl. Qualitätszeichen „Generationenfreundliches Einkaufen“, www.generationenfreundliches-einkaufen.de

289 IHK Düsseldorf: IHK- Spezial. Das Generationen gerechte Einkaufsquartier, Düsseldorf (Februar 2010)

290 Gerling (2014), basierend auf BMFSJ und BMWi (2010).

291 Vgl. ebd.

Wie eine Untersuchung von Preißner und Knob²⁹² zeigt, kaufen alte Menschen bevorzugt in ihrem nahen Wohnumfeld ein (insbesondere zur Deckung ihres alltäglichen (Lebensmittel-)Bedarfs), halten sich gerne in den Fußgängerzonen der Innenstädte auf und gehen lieber in kleinere Geschäfte als in große Einkaufszentren. Sie kaufen zudem häufiger ein, dafür aber wenige Artikel, sodass die Konsumausgaben entsprechend gering sind.²⁹³ Besorgungen werden am liebsten während der Woche und am Vormittag erledigt.²⁹⁴

Ab einem Alter von 70 Jahren sinkt die Einkaufshäufigkeit.²⁹⁵ Zu den Kritikpunkten, die ältere und alte Menschen im Zusammenhang mit dem Einkaufen aufzählen und die zugleich einen zutreffenden Blick auf die verschlechterten Arbeits- und Servicebedingungen dieser weiblich segregierten und niedrig bezahlten Branche bieten, gehören eine nicht ausreichende Personalausstattung, fehlende Kundentoiletten und eine mangelnde Beratungskompetenz.²⁹⁶

Zur Marktbearbeitung einer Zielgruppe eignen sich nach Berekoven²⁹⁷ die folgenden absatzpolitischen Instrumente des Handelsmarketing: Ware/Sortiment, Qualität und Preis, Standort, Verkaufsraumgestaltung und Warenpräsentation, Service, Mitarbeiter, Werbung, Verkaufsförderung und Kommunikation. Für die Zielgruppe der älteren Menschen lassen sich verschiedene Empfehlungen ableiten.²⁹⁸ Bei der Sortimentsgestaltung ist zu überlegen, inwieweit sie speziell auf die Gruppe älterer und alter Menschen ausgerichtet sein soll. Da ältere Konsumentinnen und Konsumenten vor altersspezifischen Anspracheformen und Produkten eher zurückschrecken, ist es sinnvoll, die Warenbereiche, in denen besonders hohe Konsumausgaben älterer Menschen zu verzeichnen sind, weiter auszubauen. Hierzu zählen z. B. die Bereiche Gesundheit und Freizeit, Kosmetik, Convenience-Food und Innenausstattung. Einige Hersteller richten ihre Produkte nach dem „Universal Design“ aus, d. h. dass Produkte und Dienstleistungen so gestaltet werden, dass sie von möglichst vielen Altersgruppen genutzt werden können, ohne dass eine weitere Anpassung oder Spezialisierung notwendig ist.

Ältere Menschen verfügen zumindest gegenwärtig über eine beachtliche Kaufkraft und sind bereit, entsprechende Preise für Produkte und Dienstleistungen zu bezahlen, sofern sie ihre Ansprüche im Hinblick auf Qualität, Komfort, Sicherheit und Zuverlässigkeit erfüllen.

Auch wenn ältere Menschen weniger preissensibel sind als jüngere Menschen, achten sie dennoch verstärkt auf ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis. Es sollten deshalb stets Artikel in unterschiedlichen Preislagen angeboten werden, ohne preisaggressiv zu wirken, da billige Produkte oft mit niedriger Qualität gleichgesetzt werden.

Was den Standort betrifft, suchen ältere Menschen gerne kleinere, übersichtlich gestal-

292 Vgl. Preißner, M./Knob, A. (2006): Standortplanung im Einzelhandel vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. In: *Handel im Fokus*, Heft 2: S. 101-113.

293 Vgl. Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (2004): *Verbraucherpanel 2004*. Nürnberg: GfK.

294 Vgl. Burzan, N. (2002): *Zeitgestaltung im Alltag älterer Menschen. Eine Untersuchung im Zusammenhang mit Biografie und sozialer Ungleichheit*. Opladen: Leske + Budrich.

295 Vgl. Preißner, M./Knob, A. (2006)

296 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO) (Hrsg.) (2007): *Supermarkt – gut und bequem einkaufen*; BAGSO-Verbraucherforum. Bonn (2008): *Beratungskompetenz beim Verkauf von Haushaltsgeräten: Wie gut werden Sie beraten?* Bonn.

297 Vgl. Berekoven, L. (1990): *Erfolgreiches Einzelhandelsmarketing. Grundlagen und Entscheidungshilfen*. München: C.H. Beck.

298 Vgl. auch Cirkel, M. (2008): *Seniorenfreundlicher Einzelhandel. Ein Leitfaden für die Praxis*. Hrsg. vom Institut Arbeit und Technik. Gelsenkirchen.

tete Läden in ihrer nahen Wohnumgebung auf, in denen ein umfassender Beratungsservice gewährleistet ist. Neben einer guten Erreichbarkeit (auch mit dem ÖPNV) spielen auch ausreichende Parkmöglichkeiten und Barrierefreiheit eine wichtige Rolle (siehe auch Kapitel 7.5.1).

Für die Ladengestaltung und die Präsentation von Waren sind Sicherheit und Komfort relevante Kriterien. Dazu zählen z. B. eine bequeme Erreichbarkeit von Regalen, rutschfeste Bodenbeläge, eine übersichtliche Wegeführung, der Verzicht auf blendende Lichtquellen und die Verwendung von Orientierungshilfen wie z. B. Beschilderungen und Informationstafeln. Produkte sollten in Griffnähe präsentiert werden und Schilder, Etiketten und andere Informationshinweise gut lesbar sein. Ältere Menschen wünschen sich zudem Ruhezonen mit Sitzgelegenheiten sowie Treffpunkte zum sozialen Austausch. Sie legen viel Wert auf einen umfassenden Service wie z. B. eine ausführliche und kompetente Beratung, einen Einpackservice und einen Transport zum Auto. Das Qualitätszeichen „Generationenfreundliches Einkaufen“ bürgt über 7.500 Mal für die Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Kundinnen und Kunden, vor allem in den Einzelhandelsbranchen Lebensmittel und Mode/Textilien.²⁹⁹ Um das Qualitätszeichen zu bekommen, müssen z. B. rutschfeste Böden, gute Beleuchtungen, breite und unverstellte Gänge, gut lesbare Schriften und Preisauszeichnungen sowie genügend Sitzgelegenheiten zum Ausruhen vorhanden sein.

An das Verkaufspersonal stellen Ältere häufig höhere Anforderungen als dies jüngere Konsumentengruppen tun. Sie erwarten eine umfassende Beratungsleistung, möchten dabei aber ungern als ältere Kunden und Kundinnen angesprochen werden. Hier gelten psychologisches Feingefühl, soziale Kompetenz und eine Kenntnis der Lebenswelt und Bedürfnisse älterer Menschen ebenso wie Freundlichkeit, Ehrlichkeit, Präsenz und Kompetenz.³⁰⁰ Einige Einzelhandelsunternehmen stellen teilweise ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein und erwarten, dass diese besonders gut auf die Bedürfnisse der älteren Kundinnen und Kunden eingehen können.

Bei der Ansprache und Bewerbung ist die Heterogenität innerhalb der Gruppe der Älteren zu beachten.

Für die Verwendung von Kommunikationsmitteln und -kanälen ist es wichtig, auf eine ausreichende Schriftgröße, eine ansprechende Farb- und Bildgestaltung und aussagekräftige Inhalte zu achten. Ältere Menschen interessieren sich auch sehr für verkaufsfördernde Aktionen wie z. B. Verkostungen, Produktvorführungen und Gewinnspiele.

In ländlichen und dünn besiedelten Regionen gewinnen mobile Versorgungsstrukturen wie z. B. rollende Warenhäuser, Dorfläden und Wochenmärkte zunehmend an Bedeutung. Sie werden zumeist durch kommunale und privatwirtschaftliche Initiativen bzw. Bürgerinitiativen getragen. Hinzu kommen verschiedene Versandhandelsunternehmen, die sich auf ältere Menschen als Zielgruppe spezialisiert haben. Zu ihren Produktbereichen zählen Alltagshilfen, Gesundheit, Mobilität und Wohnen, Sicherheit und Technik sowie Freizeit. Im Vordergrund stehen hilfebedürftige Menschen und ihre besonderen Ansprüche. Einige fahren z. B. mit einem Modemobil Bekleidung direkt in Senioreneinrichtungen, in denen dann Modeschauen mit älteren und alten Menschen als Models veranstaltet werden.

299 Vgl. Eitner (2014) und www.generationenfreundliches-einkaufen.de/ueber-das-qualitaetszeichen

300 Vgl. Eitner (2011).

7.2.4.3.4.3 Tourismus

Der Tourismus ist ein zentraler Sektor der Seniorenwirtschaft in Deutschland. In den vergangenen Jahren haben sich sowohl die Zahl der älteren Urlaubsreisenden als auch die Anzahl ihrer Reisen deutlich erhöht.³⁰¹ Fast die Hälfte der 65-Jährigen und Älteren ist im Jahr 2013 für eine Dauer von mindestens fünf Tagen verreist, und von den über 75-Jährigen haben etwa 40 % eine längere Reise unternommen. Die ältere Generation gibt für ihren Urlaub rd. 20 % mehr aus als jüngere Generationen.³⁰² Nach Expertinnen bzw. Expertenschätzungen wird die Zahl der älteren Urlaubsreisenden (60plus) auch noch weiter zunehmen und im Jahr 2020 voraussichtlich bei rd. 15,3 Millionen liegen (2007: 12,3 Millionen).³⁰³ Der Reisemarkt für Ältere gilt daher in der Tourismuswirtschaft als ein Wachstumsmotor. Deutliche Wachstumstendenzen werden vor allem beim Gesundheitstourismus gesehen.³⁰⁴

Die Reisemotive und -präferenzen älterer Menschen sind ebenso vielfältig wie die der jüngeren Reisenden, wenngleich bei den Älteren gesundheitsbezogene Beweggründe, das Bedürfnis nach Naturerlebnissen und Kultur- und Bildungsreisen stärker im Vordergrund stehen.³⁰⁵

Das Reiseverhalten im Alter verändert sich nicht grundlegend. Die Gewohnheiten und Handlungsmuster aus jüngeren Jahren werden häufig beibehalten, allerdings auf die individuelle gesundheitliche Situation abgestimmt.³⁰⁶ Insgesamt ist zu beobachten, dass die Älteren von heute reiseerfahrener und mobiler sind als frühere Generationen dieses Alters.³⁰⁷ Sie verreisen öfter und länger als jüngere Touristen.

Die Reisetätigkeit nimmt aber ab einem Alter von 70 Jahren ab. Ein Teil der Menschen verreist im höheren Alter gar nicht mehr, was möglicherweise darauf hindeutet, dass das Ausmaß an spezifischen Angeboten für z. B. körperlich beeinträchtigte ältere Menschen noch zu gering ist.³⁰⁸

Viele Ältere verbringen ihren Urlaub bevorzugt im Inland (und hier vor allem in den Mittelgebirgen und den Alpen). So waren im Jahr 2010 rd. 37 % der Personen, die ihre Haupturlaubsreise im Inland unternahmen, älter als 60 Jahre.³⁰⁹ Die Saisonalität ist geringer als bei den Jüngeren, d. h. sie verreisen zwar besonders gern im Sommer³¹⁰, unternehmen aber auch sehr häufig Urlaubsreisen im Frühjahr und Herbst. Ältere Reisende legen einen hohen Wert auf Service, Komfort und Sicherheit. Sie schätzen Ur-

301 Vgl. Grimm, B./Lohmann, M./Heinsohn, K./Richter, C./Metzler, D.(2009). Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Tourismus und Schlussfolgerungen für die Tourismuspolitik. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.

302 Vgl. Reinhardt, U. (2014): Tourismusanalyse 2014, Stiftung für Zukunftsfragen (Hrsg.). Hamburg.

303 Vgl. Grimm, B. et al. (2009). Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Tourismus und Schlussfolgerungen für die Tourismuspolitik. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.

304 Vgl. Tröster, H. (2007). Wachstumsmarkt Gesundheitstourismus. In: *medical+wellness* 03/2007: 16-17.

305 Vgl. RKW Kompetenzzentrum (Hrsg.) (2011). *Tourismus 50plus: Anforderungen erkennen – Wünsche erfüllen. Ältere Gäste begeistern mit Service, Qualität und Komfort.* Eschborn.

306 Vgl. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG)/Institut Arbeit und Technik (IAT) (Hrsg.) (2006). *Tourismus & Wellness im Alter.* Dortmund.

307 Vgl. RKW Kompetenzzentrum (Hrsg.) (2011). *Tourismus 50plus: Anforderungen erkennen – Wünsche erfüllen. Ältere Gäste begeistern mit Service, Qualität und Komfort.* Eschborn.

308 Vgl. Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). *Wirtschaftliche Potenziale des Alters,* Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer

309 Vgl. Deutsche Zentrale für Tourismus e. V. (DZT) (Hrsg.) (2013). *Das Reiseverhalten der Deutschen im Inland. Studie.* Frankfurt/Main.

310 Vgl. Petermann, T./Revermann, C./Scherz, C. (2006): *Zukunftstrends im Tourismus.* Berlin: edition sigma.

laubsziele, die diesen Ansprüchen gerecht werden und besuchen sie oft mehrfach.³¹¹ Der Tourismus für ältere Menschen zeichnet sich durch differenzierte Marktanbieter und Angebote aus. Zu den Anbietern zählen neben den klassischen Reiseunternehmen auch nicht primär erwerbswirtschaftlich orientierte Anbieter wie z. B. die Wohlfahrtsverbände, die betreutes Reisen anbieten. Im Folgenden werden die Tourismusangebote für ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen und die besonders relevanten Marktsegmente „Gesundheitstourismus“ und „Betreutes Reisen“ näher beschrieben.

Tourismusstrategie Nordrhein-Westfalen

In den vergangenen Jahren ist das Gäste- und Übernachtungsaufkommen in NRW stetig gestiegen. Im Jahr 2015 wurden rund 22,4 Millionen Gäste und 49 Millionen Übernachtungen gezählt.³¹² Damit zählt NRW nach Bayern und Baden-Württemberg zu den führenden Tourismuszielen deutscher Flächenländer. Dieser Erfolg ist nicht zuletzt auf die aktuelle Tourismusstrategie des Landes zurückzuführen, die der Masterplan „Tourismus Nordrhein-Westfalen“³¹³ mit dem Ziel vorgibt, das Land zu einem pulsierenden und attraktiven Reiseziel mit klarem Profil zu entwickeln.

Im Vordergrund der Strategie steht die konsequente Orientierung an Zielgruppen. Mithilfe einer aufwändigen Zielgruppenanalyse wurden sechs wichtige Fokuszielgruppen ermittelt: „Geschäftsreisende“, „junge Singles und Paare“, „Familien“, „erwachsene Paare“, „aktive Best Ager“ und „bodenständige Best Ager“.

Als „aktive Best Ager“ werden Personen bezeichnet, die über 60 Jahre alt und mehrheitlich im Ruhestand sind (rd. 13% sind noch berufstätig). Ihr durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen liegt pro Kopf bei 1.262 Euro. Sie sind unternehmungslustig, sehr naturverbunden, gesundheitsbewusst, anspruchsvoll hinsichtlich Qualität und Service und bereit, mehr zu zahlen, wenn ihre Ansprüche erfüllt werden. Sie gelten insbesondere als Zielgruppe für Kultur-, Städte- und Aktivreisen.

Bei den „bodenständigen Best Agern“ handelt es sich um Personen, die über 60 Jahre alt und fast alle im Ruhestand sind (der Anteil der Berufstätigen beträgt hier lediglich 4,7%). Ihr durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen liegt pro Kopf bei 1.094 Euro. Sie schätzen das Gewohnte, sind naturverbunden und suchen vor allem Ruhe und Entspannung. Sie legen ebenfalls Wert auf Qualität und Service, sind aber sparsamer als die „aktiven Best Ager“. Für sie sind Gesundheitsangebote von besonderem Interesse. Da laut Expertenaussagen als „Seniorenreisen“ gekennzeichnete Angebote ältere Menschen eher abschrecken, erfolgt die Ansprache der Älteren im Rahmen altersunabhängiger Produktmarken, die ihren Präferenzthemen und Vorlieben entsprechen. Die Marken „NRW Kultur“, „NRW Aktiv“, „NRW Natur“, „NRW Gesund“ und „NRW Genuss“ sind besonders für die „aktiven Best Ager“ attraktiv. Die dazugehörigen touristischen Angebote sind unter der jeweiligen Produktmarke zu finden.³¹⁴

311 Vgl. Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB) (2011). Wirtschaftsfaktor Alter und Tourismus. Dokumentation Nr. 101. Berlin.

312 Vgl. IT.NRW (2014). Tourismus 2013: Erstmals mehr als 20 Millionen Gäste in NRW. Pressemitteilung. Düsseldorf.

313 Online verfügbar unter www.touristiker-nrw.de/masterplan (Stand: 19.2.2014)

314 Vgl. www.nrw-tourismus.de

Gesundheitstourismus

Der Gesundheits- und Medizintourismus gilt als einer der wachstumsstärksten Tourismussegmente. Darunter verstanden werden auf die Gesundheit gerichtete präventive, gesundheitsfördernde, rehabilitative und kurative Angebote einschließlich medizinisch betreuter Reisen (z. B. für Dialysepatientinnen und Dialysepatienten) und Medical-Wellness-Angebote.³¹⁵ Die ältere Bevölkerung zeigt ein besonders großes Interesse an solchen Angeboten. Das Land NRW wird sich künftig auf diesem Markt durch innovative Produkte und Angebote noch besser präsentieren als bisher.

Die Voraussetzungen dafür sind günstig, denn das nordrhein-westfälische Gesundheitssystem genießt dank der guten medizinischen Infrastruktur und dem spezialisierten medizinischen Personal sowohl bei internationalen Gästen als auch bei der hiesigen Bevölkerung einen guten Ruf. Immer mehr Reisende entdecken die zahlreichen Möglichkeiten der über 30 Heilbäder und Kurorte in NRW und nutzen die Gesundheitsarrangements der Wellnesshotels. So kommen bereits rd. 21 % der Gäste für einen Gesundheitsurlaub nach Nordrhein-Westfalen. Mit Unterstützung des Landes hat ein Team aus Expertinnen und Experten der Bereiche Touristik und Medizin die Topangebote des nordrhein-westfälischen Gesundheitstourismus unter der Produktmarke „Dein Nordrhein-Westfalen Gesund“ gebündelt, um interessierten Kundengruppen die Angebote gezielter anbieten zu können.³¹⁶ Zu den Urlaubsangeboten dieser Produktmarke gehören z. B. Vital-Wandern mit dem Herz- und Diabeteszentrum NRW, spezielle Wellness- und Relaxangebote oder Angebote, die auf die Prävention von Altersbeschwerden und chronischen Erkrankungen zielen.

Betreutes Reisen

Das Angebotsspektrum im Bereich des „Betreuten Reisens“ ist vielfältig. Es werden Reisen unterschiedlicher Dauer und Inhalte in die nähere Umgebung aber auch ins Ausland angeboten. Zu den Anbietern zählen neben den Wohlfahrtsverbänden auch gewerbliche Anbieter oder Kooperationsformen, d. h. wohlfahrtsverbandliche Organisationen gemeinsam mit Reiseunternehmen. Die in der Regel als Gruppenreise organisierten Urlaube richten sich an alte Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Zudem werden Spezialangebote z. B. für Menschen mit Behinderung oder demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen vorgehalten. Oftmals nehmen auch alleinstehende und/oder hochbetagte Ältere betreute Reisen in Anspruch.³¹⁷ Besonders wichtig sind den Reisenden dabei die persönliche Betreuung durch die Begleitpersonen und der umfassende, auf die spezifischen Anforderungen der Reisenden abgestimmte Service (z. B. Gepäcktransport, Übersetzungshilfe bei Reisen ins Ausland, Vermittlung ärztlicher Hilfe, medizinische Betreuung vor Ort).³¹⁸ Zum Teil werden auch pflegerische Leistungen angeboten.

Barrierefreiheit im Tourismus

Für viele ältere Reisende ist Barrierefreiheit ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl des Reiseziels. Auch andere Bevölkerungsgruppen wie z. B. Eltern mit ihren Kleinkindern

315 Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). *Wirtschaftliche Potenziale des Alters*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

316 Vgl. www.nrw-tourismus.de/gesund

317 Vgl. Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. (2011). *Wirtschaftliche Potenziale des Alters*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

318 Vgl. BAGSO Verbraucherforum (2007). *Befragung „Reisen im Alter“*. Bonn.

profitieren davon. Gemäß der Erkenntnis, „dass Barrierefreiheit für 10 % der Bevölkerung unentbehrlich, für 30 bis 40 % notwendig und für 100 % komfortabel ist“,³¹⁹ verfolgt die Landesregierung in NRW das Ziel, die touristischen Angebote Nordrhein-Westfalens in Zukunft allen Menschen zugänglich zu machen. Das Land verfügt bereits über eine Reihe guter regionaler Angebote für barrierefreien Tourismus, so z. B. im Rahmen der Initiative „Eifel barrierefrei“ des Naturparks Nordeifel und der Nationalparkverwaltung Eifel, der auch für behinderte Menschen gut aufbereiteten Internetpräsentation der Stadt Düsseldorf oder des „Guide 4 Blind“ des Kreises Soest, der blinde und sehbehinderte Menschen mithilfe mobiler Navigationsgeräte durch die Freizeitregion Soest führt und sie dabei mit personalisierten, standortbezogenen Informationen versorgt.

Zukünftig soll eine landesweite Plattform dafür sorgen, dass die Suche nach speziellen barrierefreien Angeboten in NRW erleichtert wird. Dazu sollen barrierefreie touristische Qualitätsprodukte nach einheitlichen Kriterien erfasst, auf einem Internetportal gebündelt präsentiert und Menschen mit Behinderung bedarfsgerecht zugänglich gemacht werden.

Neben der Barrierefreiheit sind für ältere Reisende auch andere Faktoren bedeutsam. Dazu zählen Sicherheit und Verlässlichkeit, Qualität und Service, Information und Kommunikation. Favorisiert wird eine Art „Rund-um-Paket“: ein pauschales Angebot, das viele Zusatzkomponenten enthält wie z. B. persönliche Ansprechpartner während der Reise, ärztliche Hilfe am Urlaubsort, Berücksichtigung besonderer Lebens- und Ernährungsgewohnheiten u.v.m.³²⁰

7.2.4.4 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Die Datenanalyse zeigt, dass die Erwerbstätigkeit Älterer in den vergangenen Jahren angestiegen ist. Das gilt nicht nur für die Gruppe der Erwerbstätigen bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter.

Aus unterschiedlichen Gründen ist perspektivisch ein weiterer Anstieg zu erwarten: Neben dem Interesse der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber an fachlich gut ausgebildeten Arbeitskräften³²¹ und der Sicherung der betrieblichen Nachfolge ist zu berücksichtigen, dass die Menschen nicht nur immer länger leben werden, sondern auch länger gesund sein werden³²² und somit grundsätzlich auch länger einer Erwerbstätigkeit nachgehen könnten.

Diesen Aspekt fokussiert eine seit den 1990er-Jahren implementierte Aktivierungspolitik, die (europaweit), unter Rekurs auf den demografischen Wandel und das wirtschaftliche Wachstum, eine Weiterbeschäftigung oder auch einen Neueinstieg bereits verrenteter älterer Menschen auf der Ebene der Erwerbsarbeit auszubauen gedenkt. Wissenschaftlich stützt sie sich dabei auf ein Aktivierungskonzept, das dem Verlust der Erwerbsrolle in der Nacherwerbsphase und damit der vermeintlich geminderten gesellschaftlichen Bedeutung und Nützlichkeit der Älteren, den materiellen Einbußen

319 Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (Hrsg.) (2003). Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für alle: eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Kurzfassung der Untersuchungsergebnisse. Berlin. (Dokumentation Nr. 526)

320 Vgl. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG)/Institut Arbeit und Technik (IAT) (Hrsg.) (2006). Tourismus & Wellness im Alter. Dortmund.

321 Vgl. BDA (2010) Fachkräftemangel bekämpfen – Wettbewerbsfähigkeit sichern. Handlungsempfehlungen zur Fachkräftesicherung in Deutschland.

322 Vgl. Schwentker, B./Vaupel, J.W. (2011): Eine neue Kultur des Wandels. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 10-11, S. 3-10.

sowie dem Verlust sozialer Beziehungen außerhalb der Familie entgegenwirken will. Die sogenannten jungen oder aktiven Alten, die zunehmend durchaus die gesetzlichen Regelaltersgrenzen überschreiten, werden durch Zuschreibungen wie „gesund“, „aktiv“, „produktiv“ und „kompetent“ zu Partnern in einer vermeintlichen „win-win“ Situation, bei der das gesellschaftliche Gemeinwohl einerseits sowie die individuelle Lebensqualität andererseits zwei Seiten einer Medaille gestalten³²³ In der Vereinheitlichung der Gruppe der aktivierten Alten bleibt unberücksichtigt, dass dieser Paradigmenwechsel – weg vom etablierten wohlverdienten Ruhestand – nicht von allen getragen werden will und kann. Vor dem Hintergrund eines weiter sinkenden Rentenniveaus³²⁴ sind – je nach sozioökonomischem und gesundheitlichem Status und Qualifikationsniveau der Menschen – unterschiedliche Entwicklungen absehbar.

Obgleich eine höhere Erwerbstätigkeit Älterer somit aus zahlreichen Gründen individuell wie gesellschaftlich wünschenswert ist, müssen ihre Ursachen, Zusammenhänge und Rahmenbedingungen noch genauer untersucht werden:

- Ein Anstieg prekärer Arbeitsverhältnisse sowie sich häufig daraus ableitende finanzielle Notlagen (gegebenenfalls vor dem Hintergrund schlechter Gesundheit), sollten durch frühzeitige Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Qualifizierung und Altersvorsorge verhindert werden, d. h. spätestens bei Erwerbspersonen mittleren Alters.
- Verstärkt sind in der Gruppe der über 65-Jährigen auch Arbeitsverhältnisse in den Blick zu nehmen, die unter dem Stichwort „Arbeit trotz Rente“ zusammengefasst werden können; neben den durchaus positiven Effekten einer fortdauernden Beschäftigung sind auch hier die oftmals zugrundeliegenden prekären finanziellen Verhältnisse zu adressieren und entsprechende Maßnahmen zur Verringerung bzw. Vermeidung von Altersarmut erforderlich.

Unter Einbezug der genderanalytischen Dimension, die sich im vorliegenden Bericht auf das Konzept des Gender-Mainstreamings bezieht, zeigt sich deutlich die Notwendigkeit der Erweiterung des Arbeitsbegriffs, der eben neben der Erwerbsarbeit auch den Bereich der unbezahlten Arbeiten und Tätigkeiten in Form von Care- und Freiwilligen-Arbeit mit erfassen muss. Beide Bereiche zeigen sich wie oben bereits beschrieben deutlich vergeschlechtlicht und benachteiligen vielfach und besonders den gesellschaftlichen wie monetären Status der alten und jungen Frauen.

Veränderungen im Normalarbeitsverhältnis (vom Familienernährermodell zum Adult Worker Model), weitreichende Transformationsprozesse auf dem Arbeitsmarkt (prekäre Beschäftigungsverhältnisse durch beispielsweise Befristung und Teilzeitarbeit) sowie neue Formen der Familien- und Lebensarrangements rücken auch die Position des Mannes in einen erweiterten Fokus geschlechtsperspektivischer Betrachtungen. So wird ein Anstieg der Übernahme von Care-Arbeit zukünftig auch von ihnen zu verzeichnen sein. Dies birgt für die meisten Männer einen Statuswandel, auf den sich individuell und gesellschaftlich eingestellt werden muss.

In Anbetracht einer älter werdenden Bevölkerung und mit Blick auf die Erwerbsarbeit erscheint eine Weiterbeschäftigung bis zum Rentenalter und darüber hinaus bzw. ein Neueinstieg für diejenigen, die eine berufliche Tätigkeit vorübergehend unterbrochen

323 Vgl. Denninger, T./van Dyk, S./Lessenich, St./Richter, A. (2014): Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft. transcript-Verlag.

324 Vgl. Schmähl, W. (2011): Warum ein Abschied von der „neuen deutschen Alterssicherungspolitik“ notwendig ist. ZeS- Arbeitspapier 1.

hatten, aus bereits oben beschriebenen sehr unterschiedlichen Aspekten, attraktiv. Ein angemessener Umgang mit einer alternden Belegschaft bzw. mit älteren erwerbsfähigen Personen kommt nicht umhin, deren heterogene Ausgangs- und Lebenslagen, und damit auch die veränderten Motive zur Aufnahme einer Erwerbsarbeit umfassend zu berücksichtigen.

Die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen hängt derzeit und in Zukunft noch stärker von der Flexibilität, Qualität und Innovationsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab. Wettbewerb in der Zukunft wird in erster Linie ein Wettbewerb um Arbeitskräfte sein. Durch verstärkte alterns- und altersgerechte Arbeitsgestaltung ist es möglich, die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in unterschiedlichen Lebensphasen zu erhalten.

Es ist nicht allein die Aufgabe der Unternehmen und der Älteren sich auf eine altersgerechte Arbeit einzustellen. Ebenso müssen die sozialpolitischen Rahmenbedingungen geschaffen und reformiert werden, damit die besonderen Lagen der älteren Frauen und Männer in abhängiger und selbstständiger Tätigkeit sowie der Unternehmen berücksichtigt werden. Auf der Seite der Erwerbstätigen ist dabei insbesondere die Gruppe derer in den Blick zu nehmen, die über die bisher geltenden Altersregelungen hinaus tätig sein werden.

Weiterhin muss die Möglichkeit bestehen, auch jenseits von Erwerbsarbeit, ein angemessenes Leben im Alter zu führen. Dies wird besonders zukünftig mit Blick auf sich ändernde Wohlfahrtskonstellationen von Bedeutung sein.

Um insbesondere die kleinen und mittleren Unternehmen dabei zu unterstützen, werden die Partner im „Landesbeirat Arbeit gestalten NRW“ weiterhin konkrete Maßnahmen und Lösungsansätze zur Verbesserung der Situation in den Betrieben zusammentragen und gemeinsam den Betrieben nahebringen.³²⁵

Vereint sollen die Betriebe für die beschriebenen Herausforderungen sensibilisiert werden. Ihnen soll systematisch und ohne großen bürokratischen Aufwand eine Unterstützung angeboten werden, die Potenziale guter Arbeitsbedingungen zu erkennen, zu entwickeln und zu nutzen, insbesondere unter genderperspektivischem Blick.

Ferner gilt es, die Möglichkeiten der kleinen und mittleren Unternehmen stärker zu fokussieren: In vielen Fällen ist diesen der „Seniorenmarkt“ als eigenständiger Absatzmarkt noch nicht bewusst.

Durch eine vorausschauende Personalpolitik können qualifizierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den Unternehmen gehalten und gleichzeitig neue Fachkräfte gebunden werden. Dabei spielen besonders ältere Menschen eine entscheidende Rolle. Aufgrund ihres Erfahrungswissens, ihrer Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sind sie ein entscheidender Faktor für ein erfolgreiches Fortbestehen der Unternehmen. Um diese Erfahrungs- und Wissensbestände nachhaltig zu sichern, kommt der Förderung eines systematischen Wissenstransfers, frühzeitiger Nachfolge- und Übergangsregelungen zukünftig eine wesentliche Bedeutung zu.

Darüber hinaus bilden Ältere durch ihre Konsumkraft auch einen herausragenden An-

325 Zu den Mitgliedern des Landesbeirats gehören der DGB Bezirk NRW, die IG Metall Nordrhein-Westfalen, die IGBCE Landesbezirk Nordrhein, ver.di Landesbezirk NRW, der Kommunale Arbeitgeberverband Nordrhein-Westfalen, die Industrie- und Handelskammer Nordrhein-Westfalen, der Westdeutsche Handwerkskammertag, die Landesvereinigung der Unternehmensverbände NRW e. V., der Verband türkischer Unternehmer und Industrieller in Europa e. V. (ATIAD), die Deutsche Rentenversicherung Westfalen, die AOK Nordwest, der Landesverband West der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit.

triebsfaktor für die Wirtschaft. Neue Märkte können erschlossen und ausgebaut werden. Das kommt neben dem Konjunkturzyklus auch dem Arbeitsmarkt zugute. Durch die eingangs erwähnte Scherenentwicklung und die (zunehmende) Ungleichverteilung, gibt es allerdings eine beachtliche Anzahl älterer Konsumentinnen und Konsumenten mit geringen finanziellen Mitteln; möglicherweise wird diese Gruppe absolut und relativ (anteilig unter den Älteren) in Zukunft noch größer.

Grundsätzlich ist es für die Weiterentwicklung der verschiedenen Segmente der Seniorenwirtschaft bedeutsam, die Heterogenität der älteren Zielgruppe und ihre unterschiedlichen Bedarfslagen sowie ihre Konsumpotenziale und -interessen stärker zu berücksichtigen.

Anerkennend, dass sich die Zielgruppe der „Seniorenwirtschaft“ bereits auf Menschen mittleren Alters (50plus) bezieht und eine rein altersspezifische Ansprache auch auf Ablehnung stößt oder mangels Selbstzuordnung ins Leere läuft, gilt es alters- und bedarfsgerechte Angebote im Sinne des „Design for All“ (universelle Nutzbarkeit) zu schaffen.³²⁶ Neben einer angemessenen Ansprache und Bewerbung sollten zudem preisdifferenzierte Angebote geschaffen werden. In allen Wirtschaftssegmenten sind zudem grundlegende sozialrechtliche Kenntnisse und Refinanzierungsmöglichkeiten von Produkten und Dienstleistungen (z. B. Sozialversicherungsträger, öffentliche Hand) von Bedeutung.³²⁷

Um ältere Verbraucherinnen und Verbraucher gezielter ansprechen zu können, bestehen verschiedene Möglichkeiten zur Anpassung der Geschäftsmodelle wie z. B. die Art der Kundenansprache sowie die Gestaltung des Ladengeschäfts und weiterer Vertriebskanäle.³²⁸

Hier besteht weiterer Qualifizierungsbedarf. Darüber hinaus rückt zukünftig die (Weiter-)Entwicklung alternativer Konzepte wie z. B. genossenschaftliche Geschäftsmodelle zur Bereitstellung von nicht oder kaum marktfähigen, alltagsnahen, „kleinen“ Dienstleistungen und Angeboten in den Fokus.³²⁹

Um das Potenzial Älterer als ökonomisch bedeutsame Gruppe weiter zu befördern, ist es wichtig, auf valide Forschungsergebnisse und ein Datengerüst zurückgreifen zu können, das die relevanten Zielgruppen in der geschlechtsspezifischen Differenzierung abbildet. Da es bereits eine Vielzahl an Studien auf diesem Themengebiet gibt, wäre es notwendig, vorhandene (NRW-spezifische) Bestandsaufnahmen und Bedarfsanalysen zu bündeln, um sich hieraus ergebende gute Ansätze zu verbreiten und konzeptionell weiterzuentwickeln.

Unter Einbezug genderanalytischer Betrachtungen ist es unumgänglich die Geschlechterkonstellation der heute älteren (und konsumierenden) Frauen und Männer mit zu berücksichtigen. Die Geschlechterkonstellation zwischen Männern und Frauen im Alter (d. h. im derzeit sogenannten dritten Lebensalter zwischen 60 bis 65 und 65 bis 80 Jahren und im vierten Lebensalter nach dem 80. Lebensjahr) ist geprägt durch die sogenannte

326 Vgl. DstGB 2011: S. 11; Heinze, R. G./Naegle, G./Schneiders, K. (2011). Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

327 Vgl. ebd.

328 Vgl. Gerling, V. (2014). Seniorenwirtschaft als neuer Absatzmarkt: Potenziale und Chancen für kleine und mittlere Unternehmen. In T. Walter (Hrsg.). Betriebliche und unternehmerische Dimensionen des demografischen Wandels. Frankfurt am Main: Peter Lang.

329 Vgl. Lüders, S./Kuhlmann, A. (in Vorbereitung). Senioren- und Bürgergenossenschaften: Herausforderungen und Chancen der gegenseitigen Selbsthilfe. Ein systematischer Überblick.

männliche Versorgungsebene. Damit verbunden zeigt sich eine ausgesprochen geschlechterungleiche Rentensituation von Männern und Frauen in diesem Alter. Für Frauen bedeutet dies häufig eine verstärkte Abhängigkeit vom Partner oder anderen Familienmitgliedern, die sich nicht zuletzt auch im Konsumverhalten niederschlagen wird.

Für Männer (und die von ihnen abhängigen Haushalte) gilt trotz sozialer Ungleichheiten, dass sie auf relativ gut abgesicherten Wohlstandskonstellationen zurückgreifen können, die ganz wesentlich die Bedürfnislagen und das wirtschaftliche Handeln älterer Bevölkerungsgruppen in der Gegenwart prägen. In den wirtschaftlich zunehmend relevanten Gruppen von Älteren haben wir im dritten Lebensalter differenzierte Gruppen von Konsumentinnen und Konsumenten und im vierten Lebensalter stärker das Anwachsen von Versorgungs- und Pflegebedarfen zu verzeichnen.

Zukünftig zu erwarten ist, dass eine soziale Ungewissheit im gesellschaftlichen Raum, die aus der Entsicherung der Erwerbsarbeit ableitbar ist und nach Kerstin Jürgens³³⁰ mit einer Krise der Reproduktion der sozialen Position verbunden sein wird. Für Männer wie Frauen wird die fordistische Wohlstandskonstellation daher unsicher – prekäre Beschäftigungsverhältnisse zeigen sich beispielsweise in der Zunahme von Erwerbsdiskontinuitäten, in gesunkenen Renteneinzahlung(szeit)en und in Niedriglöhnen. Absehbar ist, dass das Risiko zu verarmen im Zeitverlauf auch weitere Personen und Gruppen betreffen wird (vgl. Kapitel 7.2.3).

7.3 Gesundheit und gesundheitliche Versorgung im Alter

Die Anzahl der Lebensjahre, die in guter Gesundheit verbracht werden, hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht. Ältere Menschen werden heute im Vergleich zu früheren Kohorten deutlich gesünder alt.

Ein guter Gesundheitszustand im Alter ermöglicht das Aufrechterhalten von Alltagskompetenzen, die wiederum die Grundlage für eine selbstständige Lebensführung bilden. Nicht zuletzt deshalb wird einer guten Gesundheit im Alter individuell wie gesellschaftlich eine hohe Bedeutung zugeschrieben.³³¹ Gesundes Älterwerden kann dementsprechend verstanden werden als „komplexer, mehrdimensionaler Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten auch die aktive Lebensführung und eine positive Lebenseinstellung umfasst“.³³²

Gesundheit ist im Alter – wie auch in früheren Lebensphasen – nicht nur von Erbfaktoren und einer guten medizinischen Versorgung, sondern ganz wesentlich von sozialen Faktoren bzw. Umweltfaktoren³³³ (sogenannten vertikalen Einflussfaktoren) abhängig. Um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und dem Gesundheitszustand zu definieren, wird in der Gesundheitsforschung der Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ verwendet.³³⁴ Entscheidend dabei ist ein indirektes Einwirken der Merkmale

330 Vgl. Jürgens, K. (2013): Deutschland in der Reproduktionskrise – Nachbetrachtung einer Diagnose. In: Nickel, H. M. / Heilmann, A. (Hrsg.): Krise, Kritik, Allianzen. Arbeits- und geschlechtersoziologische Perspektiven. Beltz Juventa: Weinheim/Basel, S. 70-85.

331 Vgl. Tesch-Römer, C./Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, Robert Koch-Institut. S. 7-20.

332 Kruse et al. 2012, 11 Kruse, A. et al. (2002). Gesundheit im Alter. RKI (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 10). Online verfügbar unter www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=7990&p_sprache=d&p_uid=gasts&p_aid=73684614&p_lfd_nr=1

333 Mit dem Begriff Umwelt sind hier die Lebensbedingungen eines Menschen im weitesten Sinne gemeint: physikalische Umweltbedingungen, Wohnung und Wohnumgebung, soziale Teilhabe, gefühlte Sicherheit usw.

334 Mielck A, (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann/ Kolip (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber Verlag, S. 387.

der sozialen Schicht – definiert über das Bildungsniveau, die berufliche Stellung und das Einkommen des Individuums – auf den Gesundheitszustand.³³⁵ Als einer der bedeutendsten, auch noch im Alter wirksamen, vertikalen Einflussfaktoren auf die Gesundheit gilt der Bildungsstand. Durch ungleiche (Bildungs-)Chancen im Lebenslauf sind auch die Gesundheitschancen im Alter ungleich verteilt.³³⁶ Es bestehen deutliche Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung zwischen Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichem Bildungsstand und Sozialstatus, die sich auch für die fernere Lebenserwartung der 65-Jährigen und Älteren in der Bevölkerung zeigen.³³⁷

Zusätzlich zum Bildungs- bzw. Sozialstatus können sich Geschlecht, Migrationshintergrund und weitere horizontale Faktoren auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken. Der Migrationshintergrund wirkt sich vor allem indirekt über den Sozialstatus aus. Migrantinnen und Migranten mit einem vergleichbaren Sozialstatus unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Gesundheit kaum oder gar nicht von einheimischen Frauen und Männern.³³⁸ Für (ältere) Menschen mit Migrationshintergrund zeigt sich allerdings, dass z. B. der Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund von wechselseitigen Sprachbarrieren, Informationslücken und kulturellen Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverständnis erschwert wird.³³⁹

Mit Blick auf das Geschlecht zeigt sich beispielsweise, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, aber andererseits häufiger unter chronischen Erkrankungen zu leiden scheinen („Gender-Paradox“).³⁴⁰

Eine gendersensible Betrachtungsweise sowohl der gesundheitsfördernden und -gefährdenden Lebensbedingungen als auch der unterschiedlichen Umgangsweisen von Männern und Frauen mit Gesundheit und Krankheit ist von zentraler Bedeutung für die Darstellung eines angemessenen Gesamtbildes der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung im Alter. Das Erfassen spezifischer gesundheitlicher Bedarfe von Frauen und Männern, ergänzt um geschlechtervergleichende Analysen, bildet die Grundvoraussetzung für die systematische Berücksichtigung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden im Rahmen einer angemessenen Versorgung.³⁴¹ Dem Aufdecken geschlechterbezogener Verzerrungen („Gender-Bias“³⁴²) kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu, da das Fehlen einer Geschlechterperspektive zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung sowohl bei Frauen als auch bei Männern führen kann. Lücken in der Gesundheitsforschung und -berichterstattung in Folge einer Orientierung am männlichen Normmodell (Androzentrismus bzw. Übergeneralisierung³⁴³) und die Anwendung eines doppelten Be-

335 Vgl. Wengler, A. (2012): Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Campus-Verlag Frankfurt/New York, S. 17f.

336 Vgl. ebd.

337 Vgl. Lampert, T./Kroll L.E (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Hg. v. RKI (GBE KOMPAKT, 2). Online verfügbar unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf;jsessionid=90B7F1D01943301179E0AE307CC1B9C0.2_cid298?__blob=publicationFile.

338 Vgl. Robert Koch Institut (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 16.

339 Vgl. ebd.

340 Ehlert, G./Funk, H./Stecklina, G. (2011): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Weinheim und München, S. 173.

341 Vgl. Lange, C./Lampert, T. (2003): Stand und Perspektive einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. In: Blickpunkt. Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit. Heft 1, S. 20-25.

342 Eichler, M. / Fuchs, J. / Maschewsky-Schneider, U. (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 8. Jg., S. 293-310.

Vgl. 343 Eichler, M. / Fuchs, J. / Maschewsky-Schneider, U. (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 8. Jg., S. 295.

wertungsmaßstabs³⁴⁴ bei gleicher Sachlage beeinflussen die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und werden den zum Teil unterschiedlichen Bedarfen von Frauen und Männern nicht gerecht. Um die gesundheitliche Ungleichheit bei Frauen und Männern zu reduzieren und damit gleichermaßen eine Qualitätssicherung innerhalb der gesundheitlichen Versorgung der breiten Bevölkerung zu erreichen, bedarf es der Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit.

Die Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen kann dabei als wesentliche politische Strategie begriffen werden, Frauen und Männern gleiche Zugangschancen zu den gesundheitlichen Ressourcen zu sichern.³⁴⁵

In den folgenden Kapiteln wird die gesundheitliche Lage der älteren Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen dargestellt. Neben den zu erwartenden Lebensjahren und gesundheitlicher Ungleichheit werden ausgewählte altersrelevante Erkrankungen beschrieben und Befunde zur Selbsteinschätzung der Gesundheit vorgestellt. Darüber hinaus enthält dieses Kapitel einen Überblick über die gesundheitliche Versorgung der älteren Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Strukturen, die für ein aktives, gesundes Altern bedeutsam sind.

7.3.1 Gesundheit und Krankheit und Alter

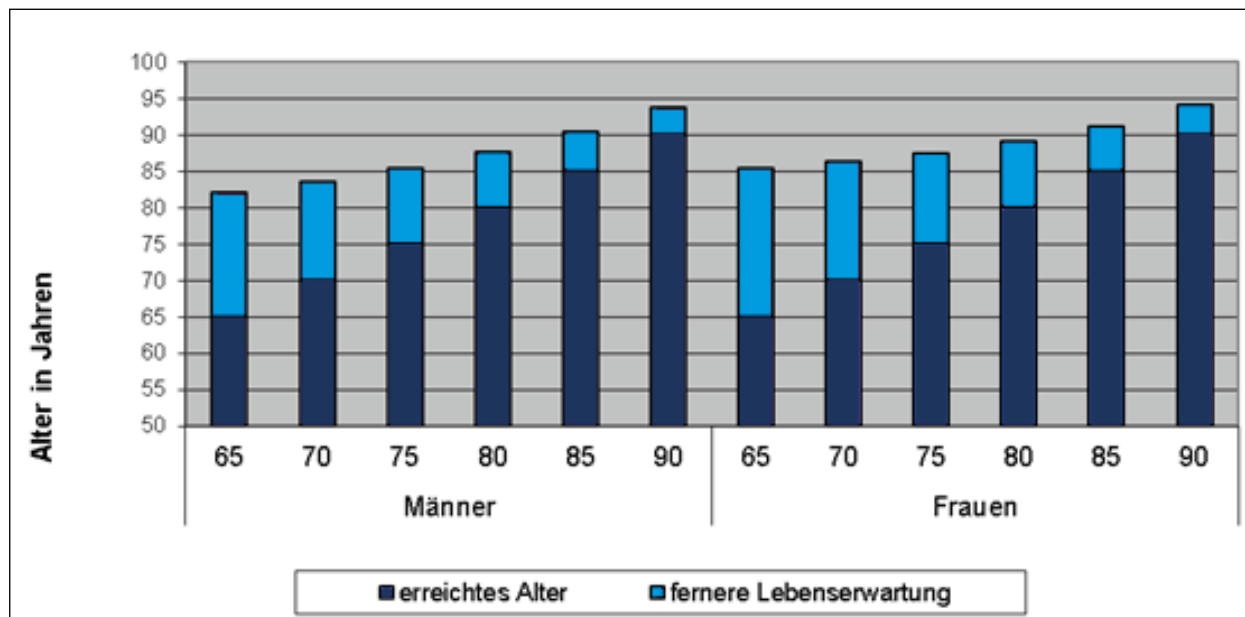
7.3.1.1 Gesunde Lebenserwartung und gesundheitliche Ungleichheit

Die Lebenserwartung ist nach wie vor zentraler Maßstab für die Beurteilung der Gesundheit von Frauen und Männern. Ein neugeborenes Mädchen kann in Nordrhein-Westfalen inzwischen eine mittlere Lebensdauer von 82, ein Junge von knapp 77 Jahren erwarten. Für eine Beurteilung der Gesundheit der älteren Frauen und Männer ist allerdings weniger die Lebenserwartung von Neugeborenen als die der derzeitigen Bevölkerung ab dem Alter von 65 Jahren interessant (fernere Lebenserwartung).

344 Vgl. ebd.

345 Vgl. Lademann, J./Kolip, P. (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, S. 90.

69 Erreichtes Alter 2009/2011 und fernere Lebenserwartung³⁴⁶

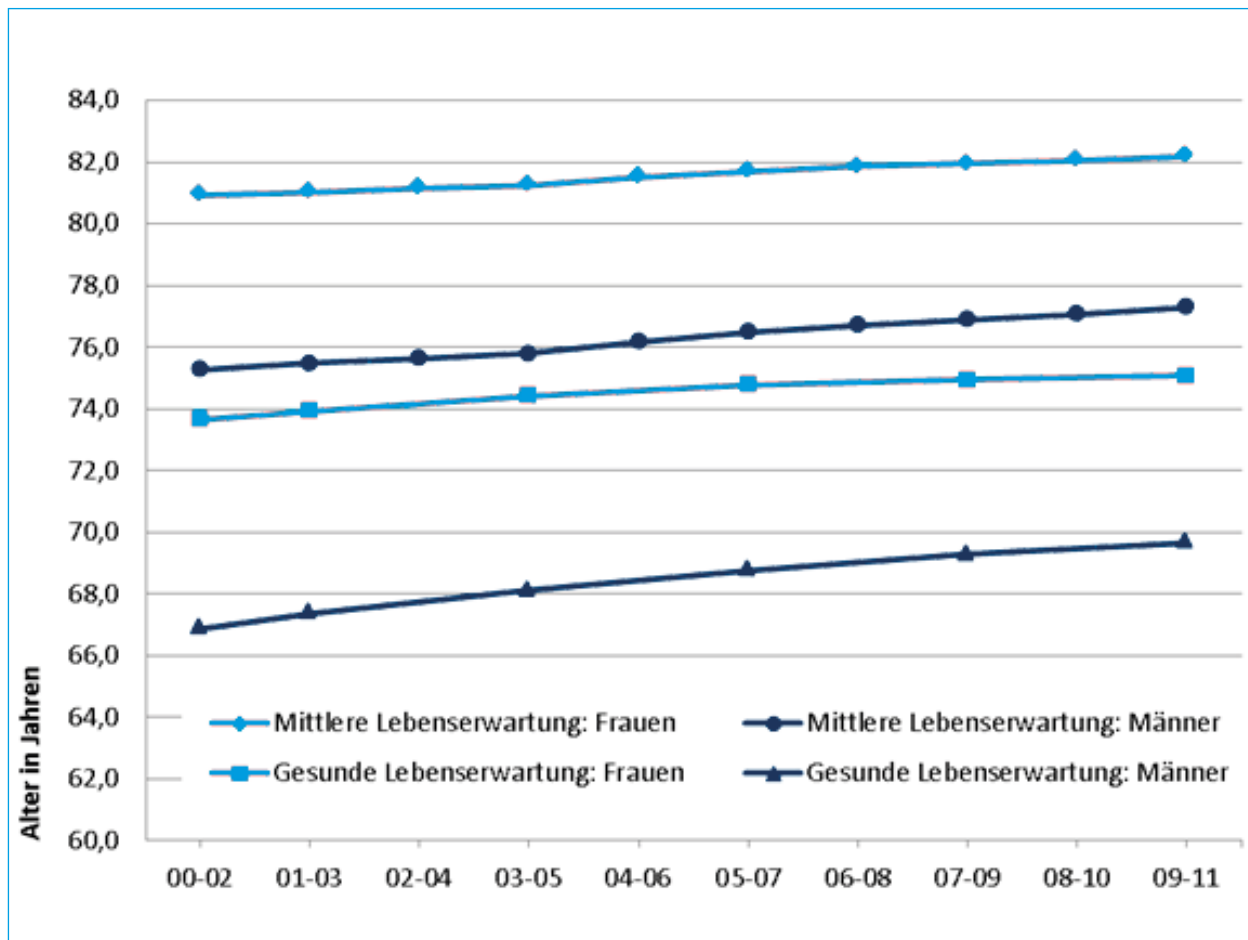


Wer heute bereits das Alter von 65 Jahren erreicht bzw. überschritten hat, kann damit rechnen, mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich über 80 Jahre alt zu werden. Und wer mit 80 oder mehr Jahren schon zu den Hochbetagten zählt, kann darauf hoffen, im Durchschnitt annähernd 90 Jahre oder noch älter zu werden (s. Abbildung 69). Diese Prognosedaten lassen einen kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung erkennen, der auf verschiedene Ursachen (u. a. bessere medizinische Versorgung, Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten) zurückzuführen ist. Während in den Altersgruppen von 65 bis 80 Jahren noch deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bei der ferneren Lebenserwartung zu verzeichnen sind, gleichen sich die Prognosen für Männer und Frauen im sehr hohen Alter (ab 85 Jahren) an.

Vielfach wird befürchtet, dass die Verlängerung des Lebens mit einer unveränderten Dauer der gesunden Lebenszeit und einer Verlängerung der in Krankheit verbrachten Lebensjahre verbunden sei. Dem widersprechen z. B. die Zahlen der Schwerbehinderterstatistik: Zugenommen hat nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die Zahl der gesunden Lebensjahre, hier gemessen an der durchschnittlichen Lebenszeit, die eine Person frei von Behinderungen höheren Grades (Grad der Behinderung ≥ 50) verbringen kann.

Diese Kennziffer lässt für das vergangene Jahrzehnt (2000 bis 2011) bei Männern sogar eine stärkere Zunahme bei der Lebenserwartung erkennen. Infolgedessen hat sich hier der Abstand zwischen den beiden Kennziffern weiter verringert (s. Abbildung 70).

³⁴⁶ Erreichtes Alter 2009/2011 und fernere Lebenserwartung, ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009/11; vgl. IT.NRW, Indikator 3.09: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

70 Mittlere und gesunde Lebenserwartung von 2000/2002 bis 2009/ 2011³⁴⁷

Der Gewinn an Lebensjahren geht also für viele Frauen und Männer mit einem Gewinn an Gesundheit einher und relativiert die Befürchtung, dass mit der Alterung der Bevölkerung mehr oder weniger zwangsläufig auch Krankheiten, Behandlungsbedarf und Kosten im Gesundheitswesen zunehmen werden (Medikalisierungsthese³⁴⁸).

Von einer Abnahme der Morbidität bei steigender Lebenserwartung (Kompressionsthese³⁴⁹) ist allerdings vor allem für die Frauen und Männer auszugehen, die einen mittleren und hohen Sozialstatus aufweisen.

Die Gesundheit der Menschen hängt eng mit ihrer Lebenslage zusammen, dies wirkt sich im Alter in verstärkter Weise aus. Studien zur sozialen Ungleichheit legen nahe,

347 Entwicklung der mittleren und gesunden Lebenserwartung, nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2000 bis 2002 bis 2009 bis 2011 (Drei-Jahres-Mittelwerte); vgl. IT.NRW, Indikatoren 3.09 und 3.11 (eigene Berechnungen); Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheitsberichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laender/themen3_1/index.html

348 Die Verfechter der Medikalisierungsthese gehen davon aus, dass die Morbidität mit dem Alter stark zunimmt. Dies würde bei einer Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung auch bedeuten, dass die Gesundheitskosten stark ansteigen. Vgl. Gruenberg, EM. (1977), The Failure of Success, Milbank Memorial Fund Quarterly 55, S. 3-24

349 Demgegenüber erwarten die Verfechter der Kompressionsthese keine zunehmende Krankheitslast und keine dadurch (stark) ansteigenden Kosten in einer älter werdenden Gesellschaft, da sie davon ausgehen, dass sich chronische Morbidität in spätere Phasen des Alters verschiebt und Menschen bei steigender Lebenserwartung mehr gesunde Lebensjahre erleben. Fries, J.F. (1980), Ageing, natural death, and the compression of morbidity, in The New England Journal of Medicine 303, S. 130-136

dass sich soziale Ungleichheit im Alter nicht reduziert, sondern im Gegenteil verstärkt. Je schlechter die sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind, desto ungünstiger entwickelt sich im Durchschnitt die gesundheitliche Verfassung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität.³⁵⁰ Bedeutsame Merkmale des sozialen Status‘ sind Bildung, beruflicher Status sowie Einkommen und Vermögen. Aber auch Geschlecht, Migrationshintergrund und Herkunftsregion sind Kategorien sozialer Ungleichheit. Personen mit geringer Bildung, geringem beruflichem Status oder geringem Einkommen haben durchschnittlich eine geringere Lebenserwartung als Personen mit hoher Bildung, hohem Berufsstatus oder hohem Einkommen.³⁵¹

Kennzeichnend für Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen ist, dass gesundheitliche Belastungen in Folge von Armut, schwerer körperlicher Arbeit und fehlender Teilhabe im Lebenslauf kumulieren können. Sozial bedingte schlechtere Gesundheitschancen bedeuten für ältere Menschen, dass beispielsweise chronische Erkrankungen und Behinderungen früher eintreten können und sie möglicherweise eher Einschränkungen in ihrer Mobilität erfahren.

Erschwerend kommt hinzu, dass insbesondere einkommensschwache, bildungsferne und mobilitätseingeschränkte Ältere, die von sozioökonomischen Benachteiligungen bedroht oder betroffen sind sowie ältere Migrantinnen und Migranten, seltener Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen finden und dementsprechend hoher Bedarf für eine niedrigschwellige zielgruppenspezifische Ansprache und Angebote besteht.³⁵²

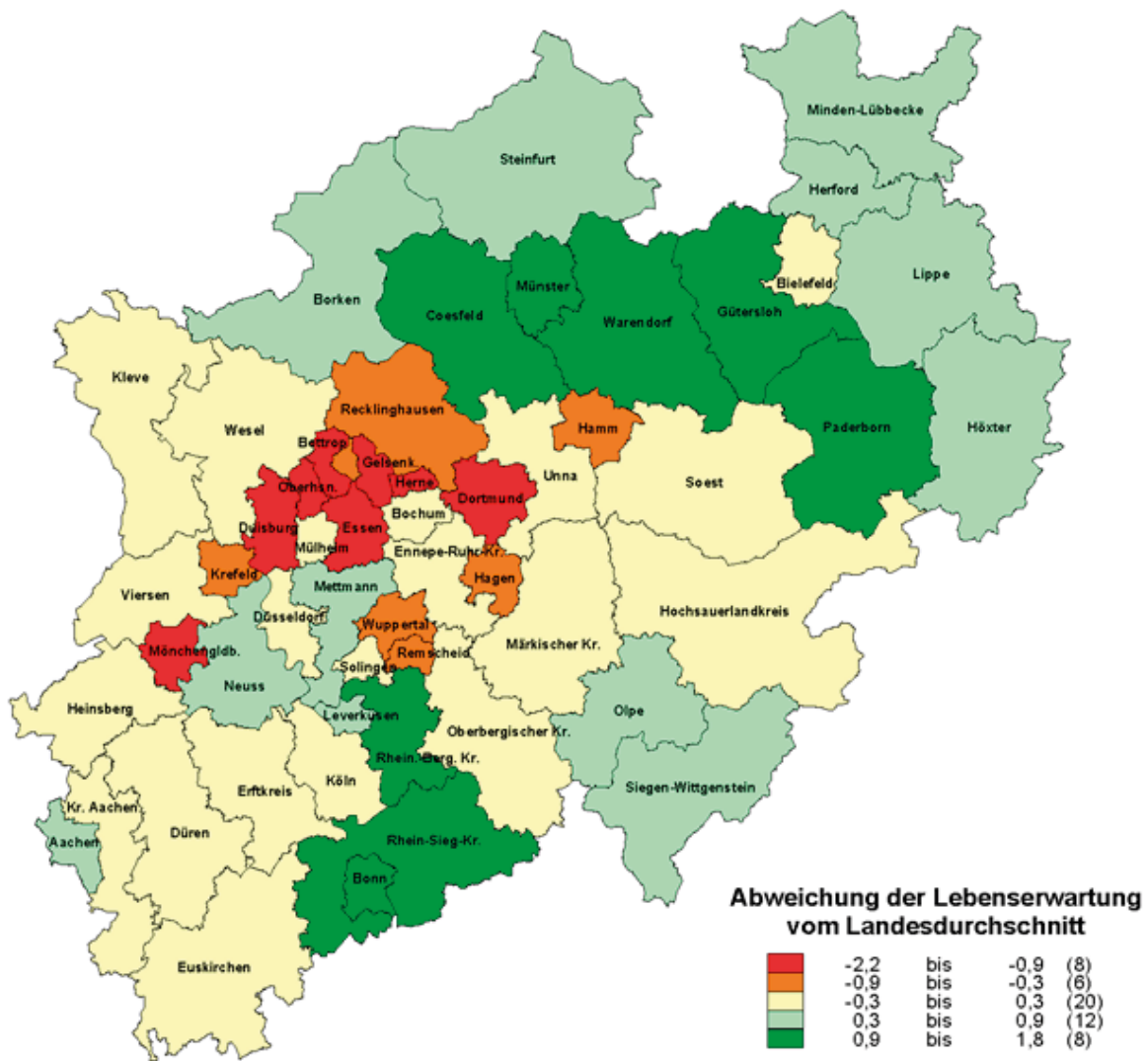
In Nordrhein-Westfalen zeigen sich die Auswirkungen sozialer und wirtschaftlicher Unterschiede auch auf regionaler Ebene. So liegt z. B. die mittlere Lebenserwartung von Frauen in Gelsenkirchen vier Jahre unter der mittleren Lebenserwartung von Frauen in Bonn. Für Männer liegt dieser Unterschied bei knapp fünf Jahren. Andere arme Städte, die einem Strukturwandel unterliegen, weisen ebenfalls eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung auf (s. Abbildungen 71 und 72).

350 Motel-Klingebiel A./Wagner M: Die Lage älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS), 2013.

351 Lampert, T./Kroll L.E (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. RKI (Hrsg.). GBE Kompakt, 2.

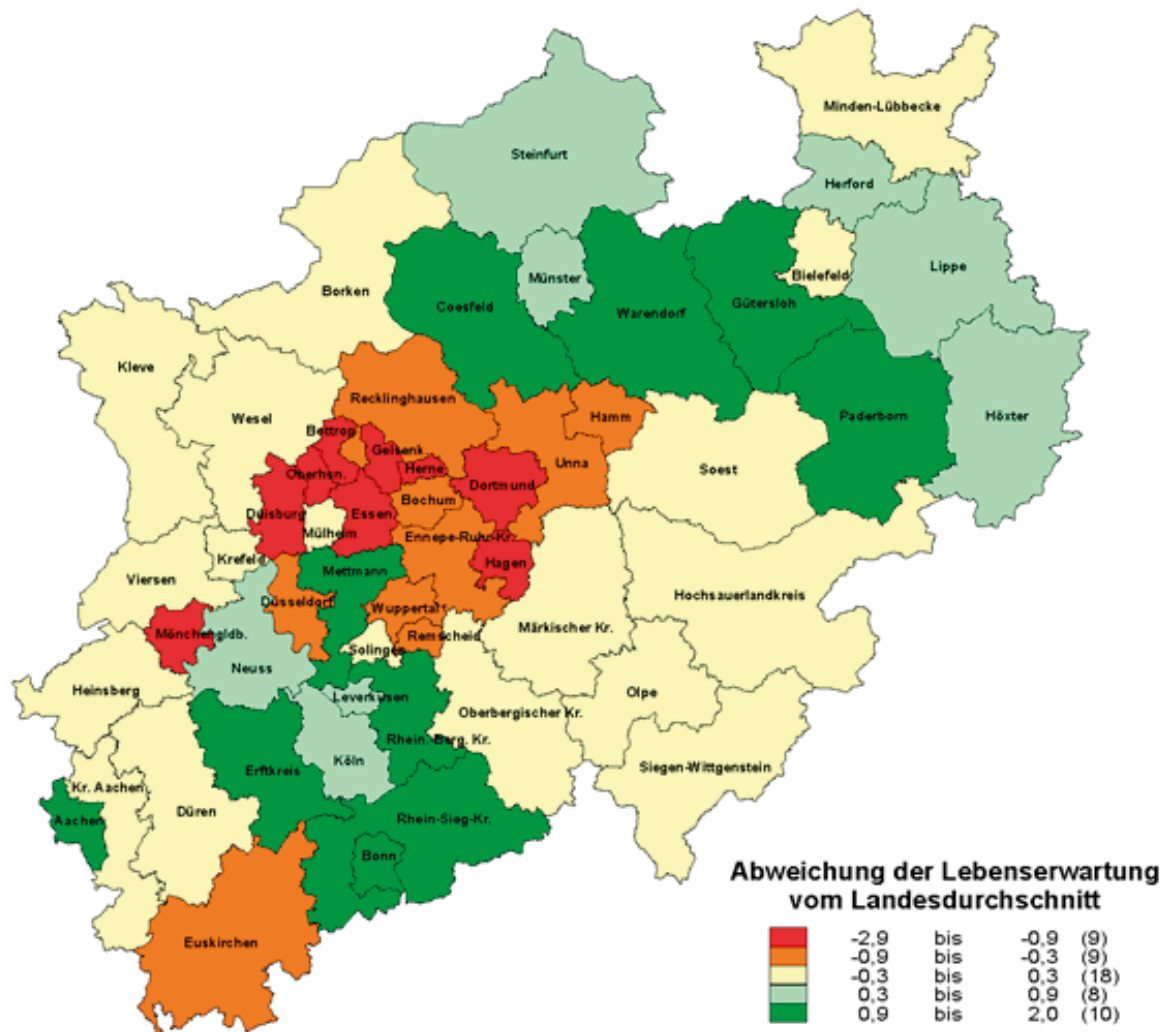
352 Lis., K./Olbermann, E./von Koenen, C./Wisniewski, G. (2011). Praxishandbuch. Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie. Online verfügbar unter: [//www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Praxishandbuch_Aelter_werden_in_Eving.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Praxishandbuch_Aelter_werden_in_Eving.pdf) (Stand: 05.07.2016)). Olbermann, E./Drewniok, A./Lak, C. (2010). Praxisleitfaden zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Forschungsprojektes und Handlungsempfehlungen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie. Online verfügbar unter www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Projektdateien/Praxisleitfaden_Migranten_web.pdf (Stand: 22.4.2014). Olbermann, E. unter Mitwirkung von Drewniok, A./Lak, C. (2011). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsprojekt. Dortmund.

71 Lebenserwartung der Frauen in Nordrhein-Westfalen 2009/2011 (Drei-Jahres-Mittelwert) ³⁵³



353 Abweichung der mittleren Lebenserwartung von Frauen vom Landesdurchschnitt, Nordrhein-Westfalen 2009/2011 (Drei-Jahres-Mittelwert); vgl. IT.NRW, Indikator 3.10: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (eigene Berechnungen).

72 Lebenserwartung der Männer in Nordrhein-Westfalen 2009/2011 (Drei-Jahres-Mittelwerte)³⁵⁴



7.3.1.2 Krankheiten und Alter

Die Prävalenz von Krankheiten und funktionellen Beeinträchtigungen steigt im höheren und höchsten Alter deutlich an. Die Krankheitsbelastung ist aber dennoch oft erst in der Lebensphase mit gravierenden Funktionsbeeinträchtigungen bzw. einer erheblichen Verminderung des subjektiven Gesundheitsempfindens verbunden. Neben dem quantitativen Anstieg der Behandlungshäufigkeit sind die veränderte, oft unspezifische Symptomatik und die verzögerte Genesung wichtige Merkmale von Erkrankungen im Alter. Insbesondere das gleichzeitige Auftreten mehrerer (chronischer) Erkrankungen ist ein Charakteristikum der gesundheitlichen Lage älterer Menschen. Die gesundheitliche Lage eines erheblichen Teils der Bevölkerung im höheren Alter ist von Multimorbidität, also dem gleichzeitigen Vorhandensein von zwei oder mehr Krankheiten (Mehrfacherkrankungen) bestimmt.³⁵⁵ Obwohl dieser Zusammenhang auf der Hand zu liegen

³⁵⁴ Abweichung der mittleren Lebenserwartung von Männern vom Landesdurchschnitt, Nordrhein-Westfalen 2009/2011 (Drei-Jahres-Mittelwert); vgl. IT.NRW, Indikator 3.10: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (eigene Berechnungen).

³⁵⁵ Weyerer/Ding-Greier/Marwedel/Kaufeleler (2008). Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen im Alter, S.111

scheint, lohnt sich eine differenzierte Betrachtung. So ist die Tatsache, dass Multimorbidität bereits im Jugendalter beginnen kann und häufig mit einer Mehrfachverschreibung unterschiedlicher Arzneimittel einhergeht, ein eindeutiges Indiz dafür, Multimorbidität nicht zu einem geriatrischen Spezialfall umzudeuten.³⁵⁶

Multimorbide Erkrankungen bestimmen den Alltag vieler älterer Frauen und Männer auf sehr unterschiedliche Weise. So lässt sich einerseits beobachten, dass Männer etwas später, in der Regel aber lebensbedrohlicher, von Multimorbidität betroffen sind. Für ältere Frauen ab 75 Jahren andererseits verdoppelt sich das Risiko multimorbid zu erkranken noch einmal.³⁵⁷

Die Analyse von Daten einer bundesweit agierenden Krankenkasse mit ca. 1,7 Millionen Versicherten bietet eine zuverlässige Basis, das Ausmaß der Multimorbidität – hier definiert durch das Vorhandensein von mindestens drei chronischen Funktionsstörungen oder Krankheiten – in der älteren Bevölkerung Nordrhein-Westfalens zu schätzen.³⁵⁸ Die Berechnungen weisen im Mittel für die 65-jährige und ältere Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen fünf Diagnosen aus.

Im Jahr 2010 waren etwa 2,24 Millionen 65-jährige und ältere Menschen von Multimorbidität betroffen. Die Zahl der multimorbiden Frauen überstieg dabei mit geschätzten 1,34 Millionen die der Männer (0,9 Millionen) um die Hälfte. Das ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung in der älteren Bevölkerung insgesamt überrepräsentiert sind.

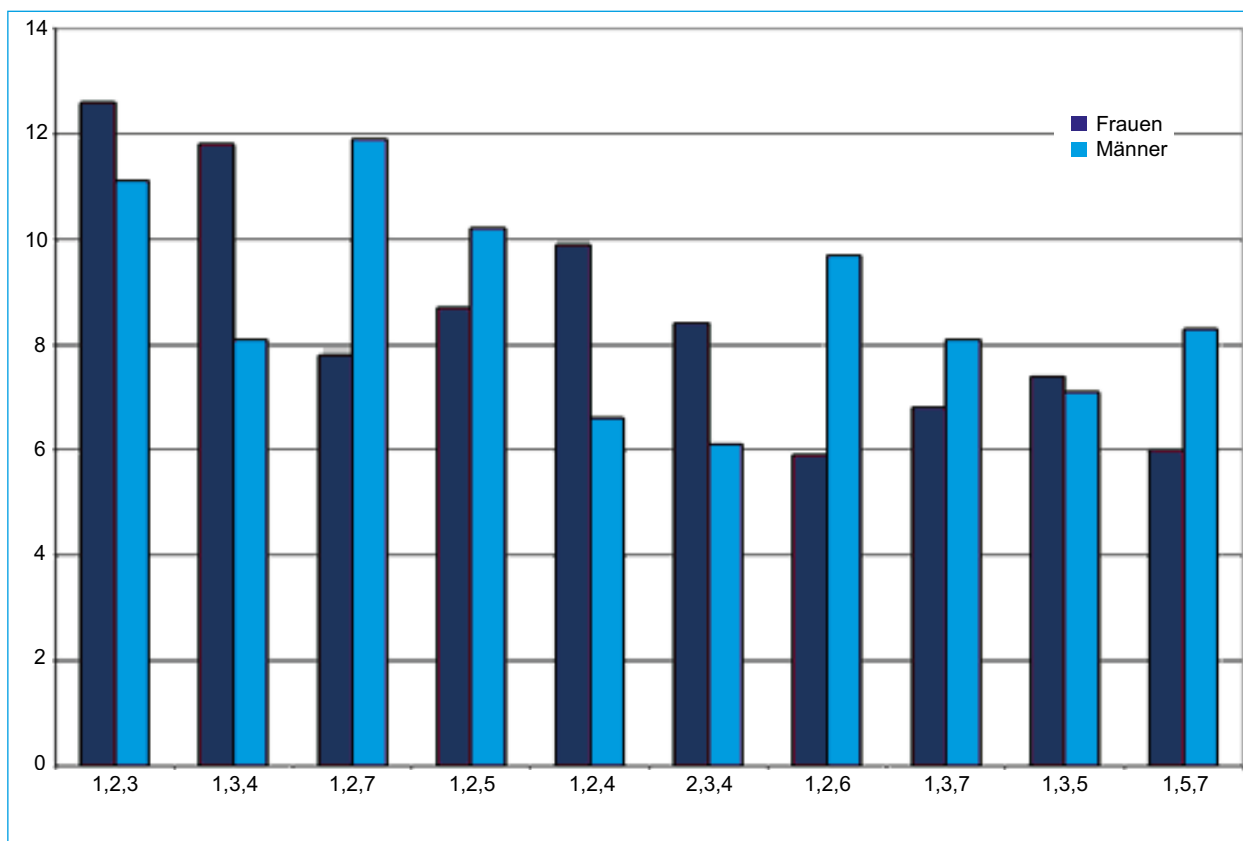
Die Darstellung der zehn häufigsten Krankheitskombinationen wird im Allgemeinen von relativ wenigen alterstypischen chronischen Funktionsstörungen, Krankheiten und Beschwerden dominiert, dazu gehören vor allem der Bluthochdruck, die Störung des Fettstoffwechsels und chronische Rückenschmerzen (s. Abbildung 73).

356 Günster/ Klose/Schmacke (Hrsg.) (2012): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 37

357 Ebd., S.11

358 Bussche, Hendrik van den et al (2011): "Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany", in: BMC Public Health. 2011. 11: S. 1-9.

73 Multimorbidität – Verbreitung der zehn häufigsten Dreier-Krankheitskombinationen 2011³⁵⁹



Die Zahl der Krankheiten darf dabei nicht als Maß der Krankheitsschwere interpretiert werden. Eine einzelne Krankheit kann ggf. weitaus schwerwiegendere Auswirkungen haben als Krankheits-Kombinationen. Krankheitsfolgen, damit verbundene Funktionseinschränkungen und erforderliche Arzneimitteltherapien greifen in komplexer Weise ineinander.³⁶⁰ Die starke Verbreitung der Multimorbidität in der älteren Bevölkerung wird zunehmend zum Anlass für eine fachliche Diskussion über die Risiken einer an einzelnen Krankheiten orientierten Behandlung und insbesondere der Multimedikation genommen. Dieser Aspekt wird im Kapitel über die bedarfsgerechte Versorgung wieder aufgegriffen. Der Begriff „chronische Krankheit“ kennzeichnet eine spezifische Eigenschaft verschiedener gesundheitlicher Veränderungen: ihre lebensbegleitende, d. h. das Leben mehr oder weniger bestimmende Bedeutung. Von dieser zeitlichen Dimension abgesehen, weisen chronische Krankheiten höchst unterschiedliche Merkmale auf.³⁶¹ Sie unterscheiden sich im Hinblick auf den Verlauf, die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sowie ihre psychischen Begleiterscheinungen und können nach Raspe in charakteristische Gruppen von Erkrankungen eingeteilt werden:

- Zustände nach akuten Ereignissen, die einen dauerhaften gesundheitlichen Schaden hinterlassen (z. B. Zustand nach Amputation oder Schlaganfall),

359 Verbreitung der zehn häufigsten Dreier-Krankheitskombinationen bei multimorbiden Frauen und Männern ab 65 Jahren, vgl. van den Bussche (2011), Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

360 Vgl. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Multimorbiditaet/Multimorbiditaet.html (letzter Zugriff: 04.08.2014).

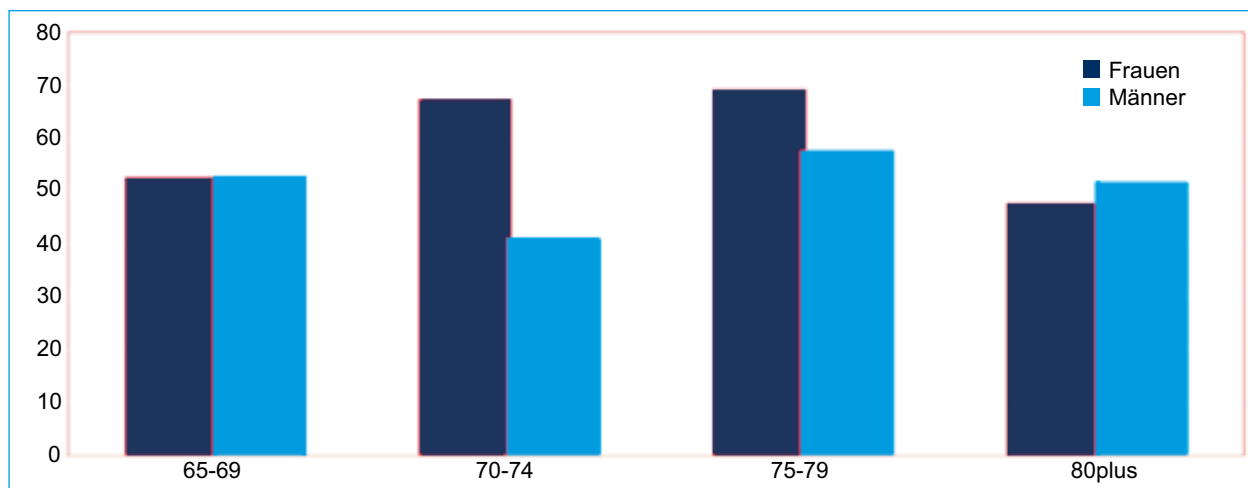
361 Vgl. Raspe H: Chronische Erkrankungen – Definition und Verständnis. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2011 (1), S. 4-8.

- Zustände nach einer erfolgreichen Organtransplantation mit anhaltender Behandlungsbedürftigkeit,
- asymptomatische Funktionsstörungen mit dem Risiko akuter Ereignisse (z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus),
- Erkrankungen mit schubweisen Zustandsverschlechterungen (z. B. Morbus Crohn, Multiple Sklerose),
- chronische Schmerzen ohne fassbaren Befund (z. B. Rückenschmerzen) oder
- chronische Erkrankungen mit tödlichem Verlauf (z. B. Lungenkrebs).

Chronische Erkrankungen wirken sich abhängig vom Erkrankungstyp und Schweregrad der Erkrankung auf die subjektive Lebensqualität aus. In Industriegesellschaften sind somatische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ 2 und Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparats weit verbreitet; bei psychischen Krankheiten überwiegen die Depressionen und die Demenz. Im Hinblick auf weit verbreitete Sterbeursachen sind auch verschiedene Krebserkrankungen von Bedeutung.

Einen guten Einblick in die gesundheitliche Gesamtverfassung der älteren Bevölkerung können Selbstauskünfte zum Vorhandensein chronischer Krankheiten geben.³⁶² Die Frage nach dem Vorhandensein von „lang andauernden Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen“³⁶³, wurde von insgesamt 56 % der älteren Frauen und Männer in Nordrhein-Westfalen bejaht (s. Abbildung 74).³⁶⁴

74 Verbreitung chronischer Krankheiten 2010³⁶⁵



Der höchste Anteil an chronisch kranken Personen findet sich mit knapp 70 % unter den 70 bis 79-jährigen Frauen. Die vergleichsweise geringen Anteile chronisch Kranker

362 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI): GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell, 2010, RKI. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html

363 Originaltext (GEDA-Befragung) der Erläuterung des Begriffs „chronische Krankheit“; im Folgenden handelt es sich bei allen, in Parenthese gesetzten Texten um wörtliche Zitate der Frage- bzw. Antwortformulierungen. Vgl. Robert Koch-Institut (RKI): GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell, 2010, RKI. (www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html)

364 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI): GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell (2010) www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html

365 Verbreitung chronischer Krankheiten, ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2010, GEDA 2010, eigene Auswertung: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

unter den Hochbetagten beiderlei Geschlechts können u. a. mit der Beschränkung der telefonischen Befragung auf volljährige Personen in Privathaushalten erklärt werden.³⁶⁶ Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass Hochbetagte ihre gesundheitlichen Einschränkungen weniger als chronische Krankheit denn als natürliche Folge ihres Alters interpretieren.³⁶⁷ Im folgenden Kapitel werden exemplarisch im Alter häufig vorkommende chronische körperliche und psychische Erkrankungen beschrieben, die für das Allgemeinbefinden und die Lebensqualität älterer Menschen eine bedeutsame Rolle spielen. Der Beginn dieser Erkrankungen erfolgt teilweise schleichend. Bedingungsfaktoren dafür liegen z. T. schon in der frühen Kindheit (wie z. B. ungünstige Ernährungsgewohnheiten und Übergewicht) und in der Jugend (wie z. B. Rauchen und Alkoholkonsum). Schweregrade sind nicht in erster Linie auf das Alter zurückzuführen, sondern auf die Dauer der Erkrankung bzw. das Ausmaß und die Persistenz belastender Faktoren. Physiologische Alterungsprozesse, aber auch das Vorliegen chronischer Erkrankungen begünstigen wiederum das Auftreten von Akuterkrankungen wie z. B. Infektionskrankheiten.

7.3.1.2.1 Herz-Kreislauf-Krankheiten

Störungen des Herz-Kreislauf-Systems, darunter vor allem Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte gehören zu den häufigsten Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derjenigen, die aufgrund der Spätfolgen dieser Störungen stationär behandelt werden. In 2011 wurden 440.354 stationäre Behandlungen wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten registriert, bei denen die Patientinnen und Patienten 65 Jahre oder älter waren. Dies entsprach mehr als zwei Dritteln (68 %) aller Behandlungsfälle. Frauen sind insgesamt seltener betroffen und bei ihnen konzentriert sich der Anteil der Behandlungsfälle stärker auf das Alter über 65 Jahre als bei den Männern (74 % vs. 62 % bei Männern; s. Abbildung 75).

Zu den häufigsten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems gehören die Durchblutungsstörungen des Herzens (chronische ischämische Herzkrankheit)³⁶⁸ und des Gehirns (zerebrovaskuläre Erkrankung).³⁶⁹ Für beide Erkrankungsarten liegt die Zahl der stationären Behandlungen um ein vielfaches über der Zahl der jährlichen Todesfälle. Wesentlichen Anteil an dieser Entwicklung hat vermutlich die verbesserte Diagnostik sowie die medizinische (Notfall-)Versorgung und Rehabilitation.

Die Kehrseite der verminderten Sterblichkeit ist ein hoher Anteil an Schlaganfallpatientinnen und -patienten unter den Pflegebedürftigen. Schlaganfälle ereignen sich bei der

366 Zielgruppe der bundesweiten, repräsentativen telefonischen GEDA-Befragung sind Personen im Alter ab 18 Jahren, die in Privathaushalten leben und über einen Festnetzanschluss verfügen (RKI 2010). Mit Blick auf die ältere und hochaltrige Bevölkerung kann es zu Verzerrungen der Untersuchungsergebnisse kommen. So werden ältere Menschen, die in Pflegeeinrichtungen wohnen bei entsprechenden Befragungen nicht berücksichtigt. Zwar können auch Heimbewohnerinnen und Heimbewohner über einen eigenen Telefonanschluss verfügen. Diese in der Regel über die Haustelesonanlage bereitgestellten Anschlüsse werden aber bei telefonischen Befragungen in der Regel nicht einbezogen. Dennoch geben die Ergebnisse Aufschluss darüber, wie die ältere Bevölkerung, die in Privathaushalten lebt, die eigene Gesundheit bewertet.

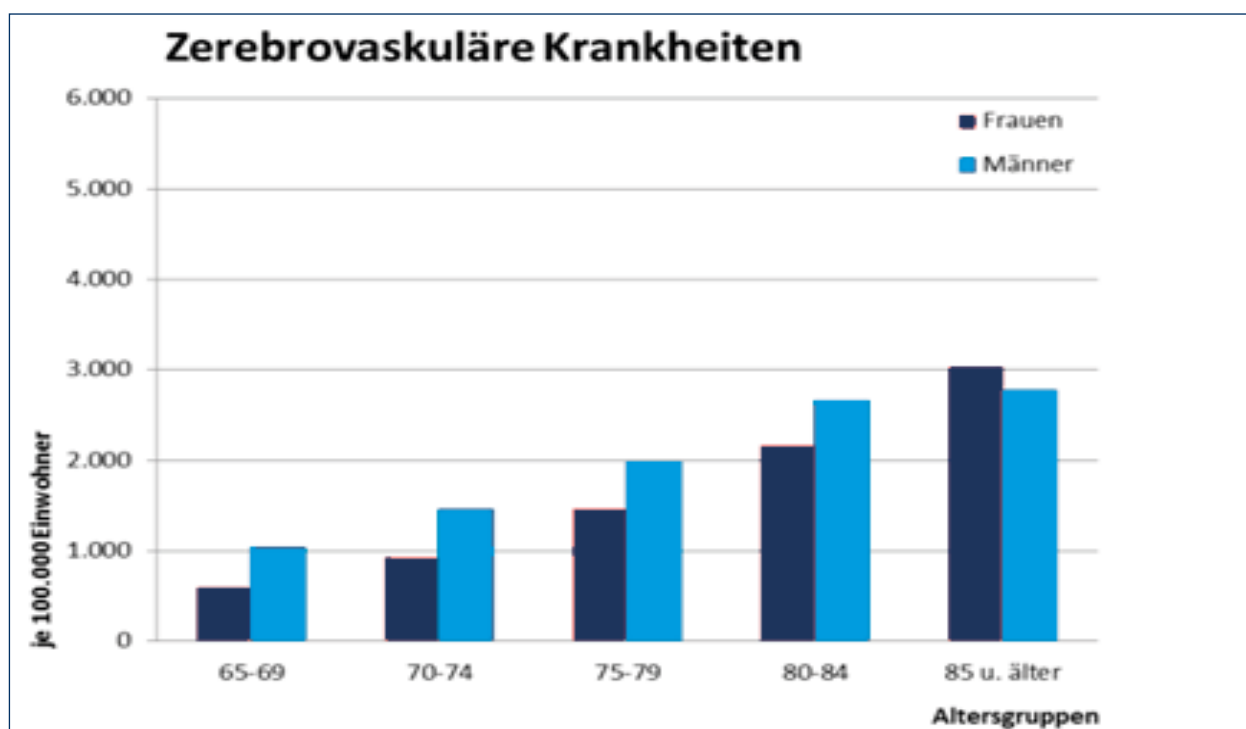
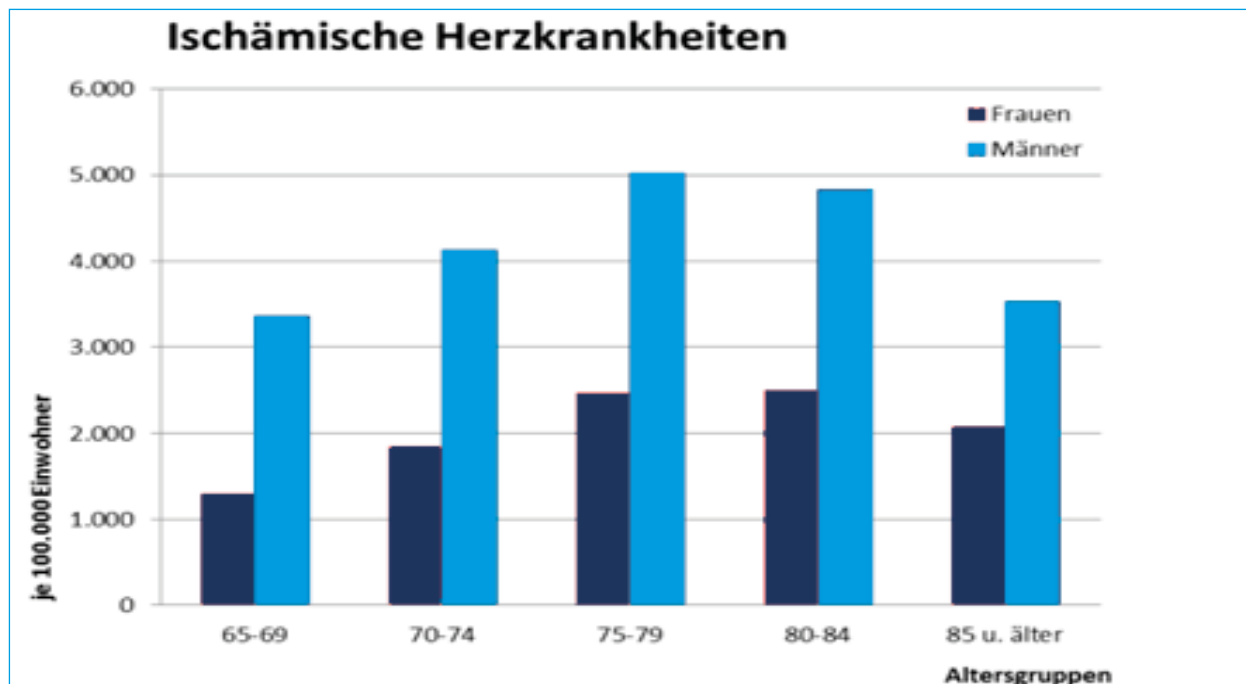
367 Vgl. Robert Koch-Institut: Gesundheit und Krankheit im Alter. 2009, RKI, Berlin.

368 Bei der chronisch ischämischen Herzkrankheit liegt eine Verengung der Blutgefäße des Herzens vor, die auf arteriosklerotische Gefäßveränderungen zurückzuführen ist. Durch die Störung der Durchblutung des Herzens kann ein Sauerstoffmangel im Herzmuskel entstehen. Unter körperlicher Belastung oder auch in Ruhe kann es zu Schmerzen, einem Engegefühl in der Brust und Atemnot kommen.

369 Bei der zerebrovaskulären Erkrankung handelt es sich um krankhafte Veränderungen von Blutgefäßen im Gehirn. Im Verlauf der Erkrankung kann es durch eine Verengung der Blutgefäße zu einem ischämischen Hirninfarkt (mit Minderdurchblutung von Gehirnarealen) oder zu einer Blutung im Gehirn (hämorrhagischer Insult) kommen. Umgangssprachlich werden beide Formen als Schlaganfall bezeichnet.

Mehrzahl der Betroffenen (ca. 85 %) nach dem 60. Lebensjahr und können zu erheblichen dauerhaften neurologischen Schädigungen und damit einhergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens führen (³⁷⁰ Nicht zuletzt deshalb ist der Schlaganfall als „ein Hauptgrund für die Pflegebedürftigkeit im Erwachsenenalter“³⁷¹ anzusehen.

75 Herz-Kreislauf-Erkrankungen – stationäre Behandlungshäufigkeiten 2011³⁷²



370 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2006:27): Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

371 Vgl. ebd.

372 Krankenhausbehandlungen ischämischer Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) und zerebrovaskulärer Krankheiten (ICD-10: I60-I69) 2011 je 100.000 Einwohner, ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen; Vgl. IT.NRW, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW, Gesundheitsberichterstattung (GBE-)Stat 2013.

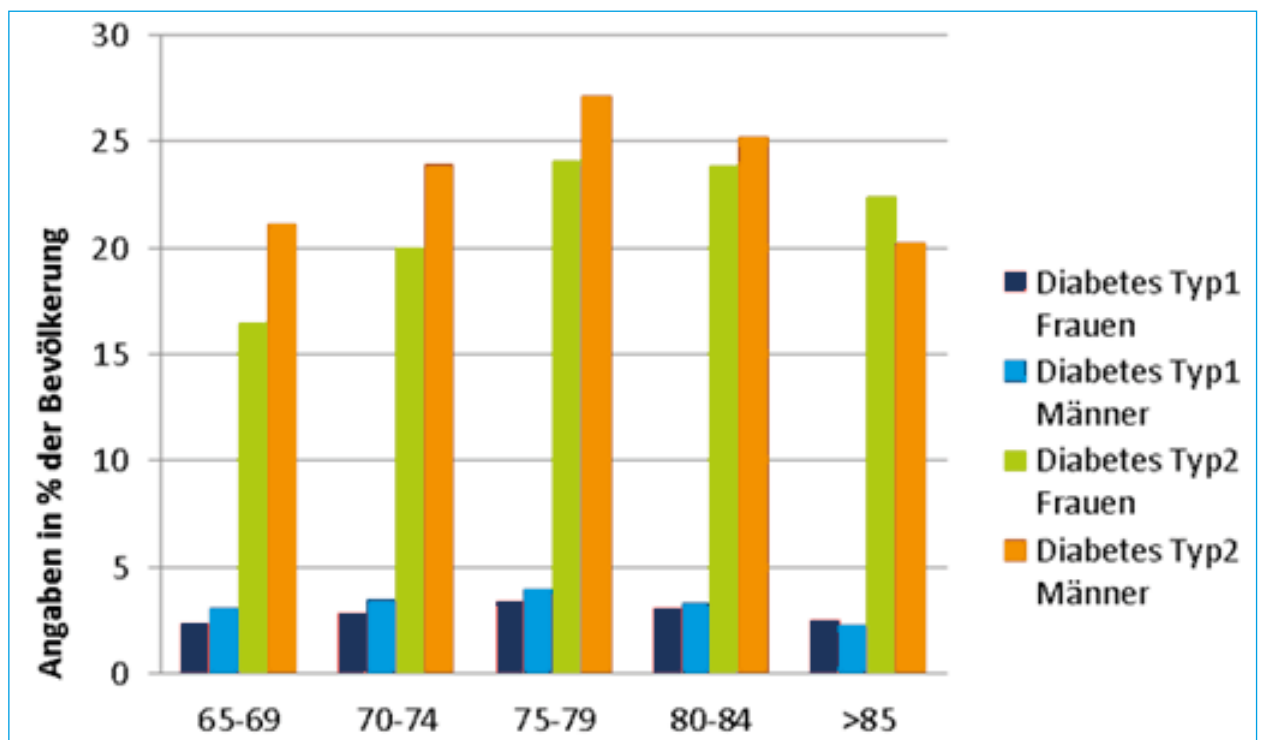
7.3.1.2.2 Diabetes mellitus Typ 2

Beim Diabetes mellitus Typ 2 handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung, die durch einen relativen Mangel an Insulin bedingt ist. Dieser ist auf eine Resistenz der Zielzellen in Leber, Muskulatur und Fettgewebe zurückzuführen. Dadurch kann der Blutzucker nicht mehr in ausreichendem Ausmaß in die Zielzellen gelangen und ist nach der Aufnahme von Kohlenhydraten erhöht, wenn die Erkrankung nicht behandelt wird.

Als Risikofaktoren für die Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2 gelten Fehlernährung, Bewegungsmangel, starkes Übergewicht (Adispositas) und genetische Faktoren.³⁷³

Der Diabetes mellitus Typ 2 wird aufgrund seiner relativ späten Erstmanifestation bzw. ersten Diagnosestellung – das Durchschnittsalter liegt bei etwa 53 Jahren – und der starken Verbreitung in der älteren Bevölkerung (s. Abbildung 76) auch als Altersdiabetes bezeichnet. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen behandelten im Jahr 2011 insgesamt rund 800.400 Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit dieser Diagnose, davon ca. 434.700 Frauen und 365.700 Männer.

76 Diabetes Typ 1 und Typ 2, ambulante Behandlungshäufigkeit 2011 ³⁷⁴



Die Bedeutung der Krankheit resultiert weniger aus der unmittelbaren Schädigung eines spezifischen Organs als vielmehr aus ihrer (Mit-)Verursachung zahlreicher Organschädigungen unterschiedlichster Art. Diabetikerinnen und Diabetiker haben ein 15- bis 20-fach erhöhtes Risiko für eine Amputation. Die Krankheit ist der häufigste

373 Vgl. Tamayo T./Rathmann W. (2011): Review über ernährungsbedingte und andere Risikofaktoren für die Entstehung von Typ-2-Diabetes mellitus unter besonderer Berücksichtigung der Bevölkerung in NRW und Deutschland. Deutsches Diabetes Zentrum, Institut für Biometrie und Epidemiologie, Düsseldorf.

374 Ambulante Behandlungsprävalenz Diabetes Typ 1 und Typ 2 (ICD-10: E10-11) je 100 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren und nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2011; Vgl. Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW.

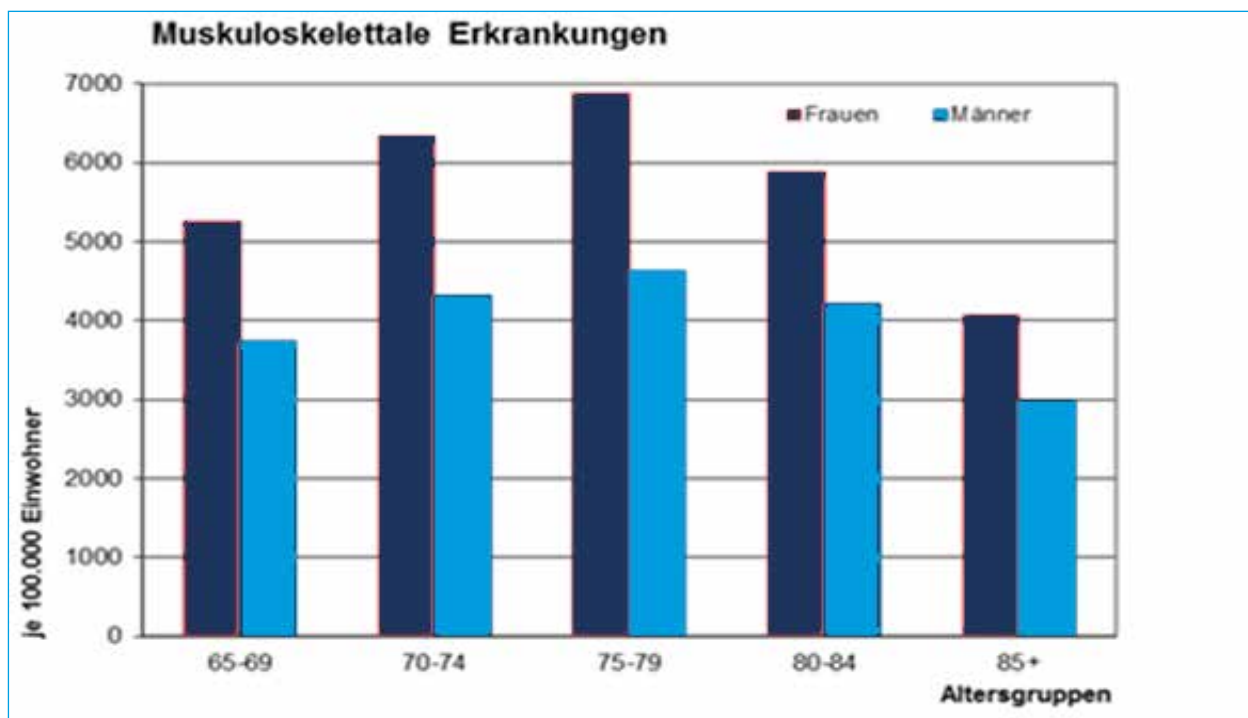
Grund für eine Polyneuropathie³⁷⁵ – 50 % aller Betroffenen erkranken daran innerhalb eines Zeitraumes von 25 Jahren.³⁷⁶

Auch das chronische Nierenversagen mit Notwendigkeit der Dialyse oder Nierentransplantation ist zu einem überwiegenden Teil auf einen Diabetes zurückzuführen. Weiterhin steht Diabetes an der Spitze der Ursachen für eine Erblindung im Erwachsenenalter zwischen 20 und 74 Jahren. Infolge dieser Risiken werden diabetische Patientinnen und Patienten im Vergleich zu anderen Personen häufiger in ein Krankenhaus aufgenommen, haben durchschnittlich längere Krankenhausaufenthalte und häufigere ambulante Arztkontakte.

7.3.1.2.3 Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates einschließlich Rückenschmerzen

Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sind nach den Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen weitere, die Morbidität der älteren Bevölkerung bestimmende Faktoren (s. Abbildung 77/I). Rund 12 % aller Krankenhausaufenthalte von Frauen ab 65 Jahren sind durch derartige Erkrankungen und Verletzungen bedingt, bei Männern beträgt dieser Anteil ca. 8 %. Zu den besonders häufigen Einzeldiagnosen gehören chronisch-degenerative sowie primär entzündliche Gelenkerkrankungen (Arthrosen bzw. rheumatische Erkrankungen).

77/I Stütz- und Bewegungsapparat – stationäre Behandlungshäufigkeit 2011³⁷⁷

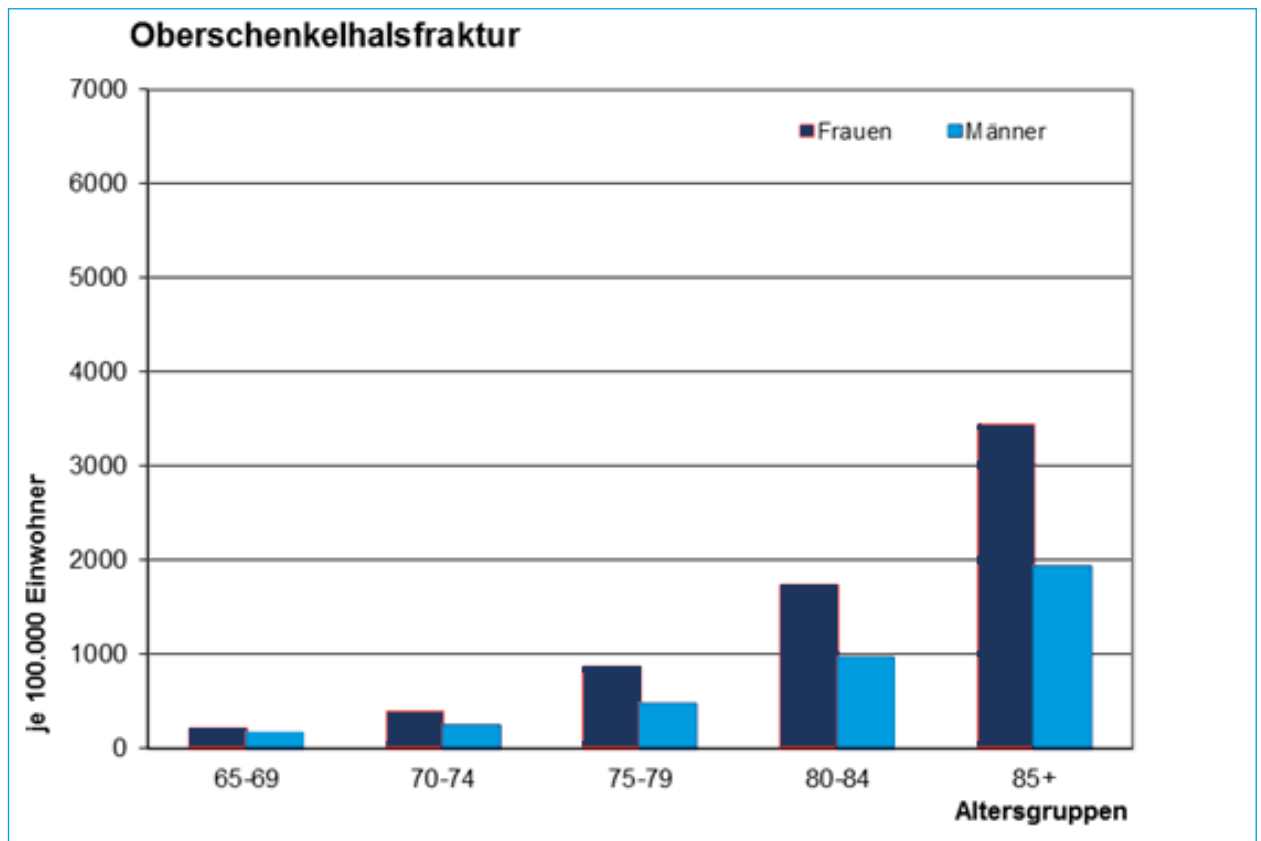


³⁷⁵ Bei einer Polyneuropathie sind periphere Nerven beschädigt. Als Symptome treten Missempfindungen wie Kribbeln, Brennen, Kältegefühle oder Schwellungsgefühle auf. Im Verlauf kann es zu Koordinationsstörungen und Hautveränderungen (z. B. Geschwüren) kommen. Vgl. Psychrembel Klinisches Wörterbuch 2015. Berlin: de Gruyter.

³⁷⁶ Vgl. www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=bb2.c.605428.de&template=gesi_erlauterungen_d (letzter Zugriff: 04.08.2014).

³⁷⁷ Muskuloskeletale Erkrankungen (ICD-10: M00-M99) und Oberschenkelhalsfrakturen (ICD-10: S72), Krankenhausaufenthalte ab 65 Jahre, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2011; IT.NRW, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW, GBE-Stat 2013).

77/II Stütz- und Bewegungsapparat – stationäre Behandlungshäufigkeit 2011³⁷⁸



Ein besonderes Risiko bei älteren Menschen sind Stürze, die relativ häufig zu Oberschenkelhalsfrakturen mit schwerwiegenden Folgen führen. Sie sind fast immer mit einer Krankenhausbehandlung verbunden. Für diese Personengruppe besteht im Zusammenhang mit der operativen Behandlung ein erhöhtes Mortalitätsrisiko zwischen 5 und 15 %. Bei 20 % der Patientinnen und Patienten bedingt die Oberschenkelhalsfraktur den Beginn einer Pflegebedürftigkeit. Betroffen sind vor allem Frauen. 2011 befanden sich unter den insgesamt 36.000 Patientinnen und Patienten mit Oberschenkelhalsfrakturen allein 45 % Frauen im Alter von über 80 Jahren (s. Abbildung 77/II).³⁷⁹

In diesem Zusammenhang ist auf zusätzliche Gefährdungen älterer Frauen, die von Osteoporose betroffen sind, hinzuweisen. Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die zu einer verringerten Bruchfestigkeit der Knochen führt und das Risiko für

³⁷⁸ Muskuloskeletale Erkrankungen (ICD-10: M00-M99) und Oberschenkelhalsfrakturen (ICD-10: S72), Krankenhaufälle ab 65 Jahre, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2011; IT.NRW, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW, GBE-Stat 2013).

³⁷⁹ Bei Routineoperationen wie beispielweise nach einer hüftgelenksnahen Fraktur besteht für ältere Patientinnen und Patienten mit einer Prävalenz von 40 bis 60% ein hohes Risiko für die Entstehung eines Delirs (=akut auftretende Verwirrtheit), womit weitere unerwünschte Folgen assoziiert sein können (u. a. erhöhte Sturz- und Infektionsgefahr) (vgl. Gurlit/Möllmann 2012). Am St. Franziskus-Hospital Münster wurde ein Betreuungskonzept zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs entwickelt und erprobt. Durch die Anwendung des interdisziplinären Betreuungskonzeptes konnte das Auftreten eines Delirs deutlich reduziert werden (Prävalenz 7%). (ebd.). (s. auch Kapitel „Stationäre Versorgung“)

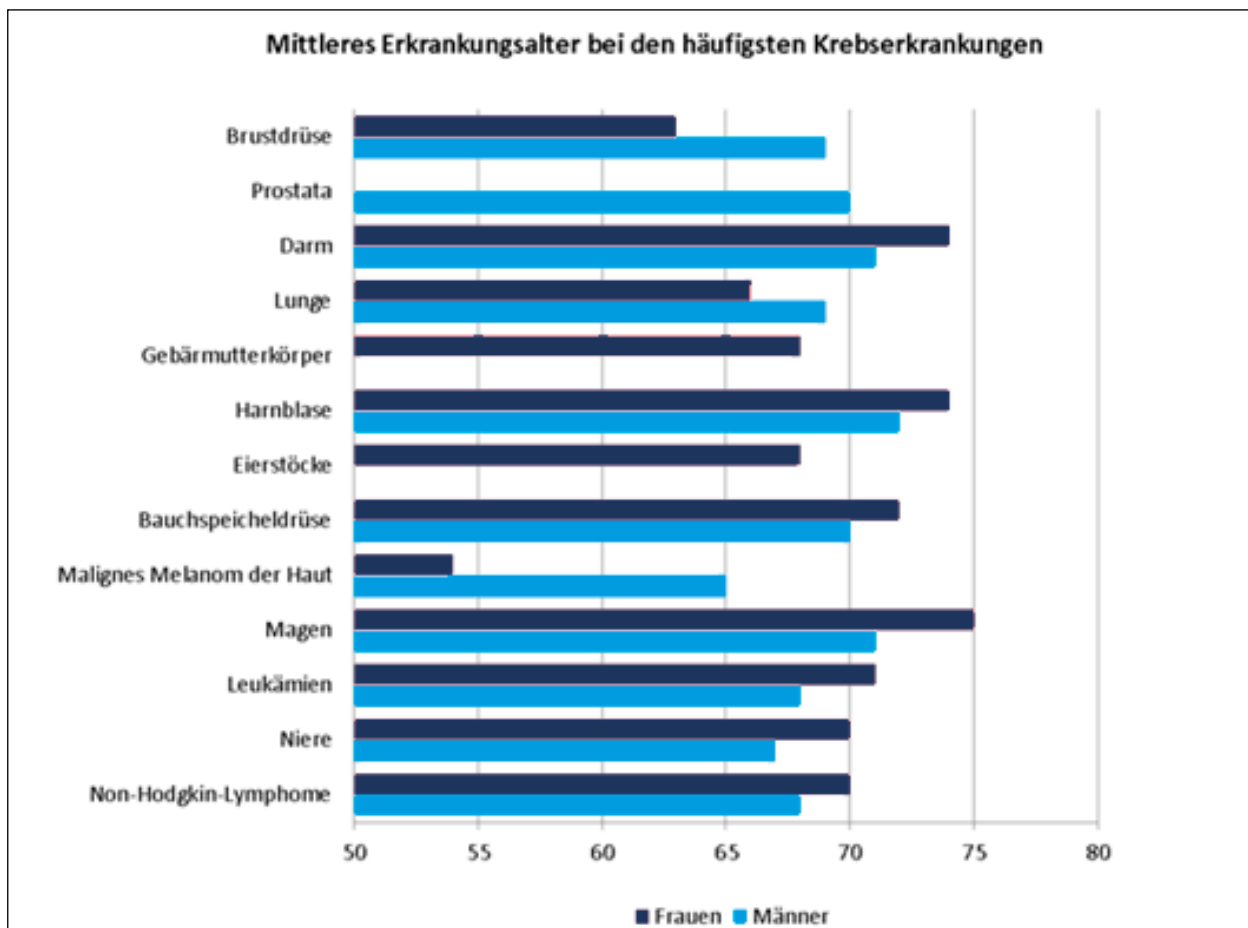
Quelle: Gurlit S./Möllmann, M. (2012). Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Delirs. MGEPA NRW (Hrsg.). Online verfügbar unter www.broschueren.nordrhein-westfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/der-alte-Mensch- /Der_alte_Mensch_im_OP.pdf (Stand: 10.6.2014)

Knochenbrüche erhöht.³⁸⁰ So ist für 65-jährige und ältere Frauen mit 23,4 % eine deutlich höhere Lebenszeitprävalenz für Osteoporose im Vergleich zu Männern gleichen Alters (5,6 %) festzustellen. In Nordrhein-Westfalen liegt die Lebenszeitprävalenz im Mittel bei 14,9 % und fällt gegenüber anderen Regionen mit Lebenszeitprävalenzen von mehr als 20 %, signifikant niedriger aus.³⁸¹ Von erheblicher individueller wie gesundheitsökonomischer Bedeutung sind die Frakturfolgen, die insbesondere bei Osteoporose assoziierten Wirbelbrüchen und hüftgelenksnahen Frakturen eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und selbstständigen Lebensführung mit sich bringen können.³⁸²

7.3.1.2.4 Krebserkrankungen

Krebs ist größtenteils eine Erkrankung des höheren Alters. Das mittlere Erkrankungsalter für die zehn häufigsten Krebslokalisationen liegt bei 65 Jahren oder darüber (s. Abbildung 78). Die Altersspanne, in der die Mehrzahl der Neuerkrankungen entdeckt wird, ist allerdings je nach Krebsart sehr unterschiedlich.

78 Krebsneuerkrankungen – mittleres Erkrankungsalter³⁸³



380 Vgl. RKI (Hrsg.) (2013). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“.

381 Vgl. ebd., S. 113

382 Vgl. RKI (Hrsg.) (2013). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“.

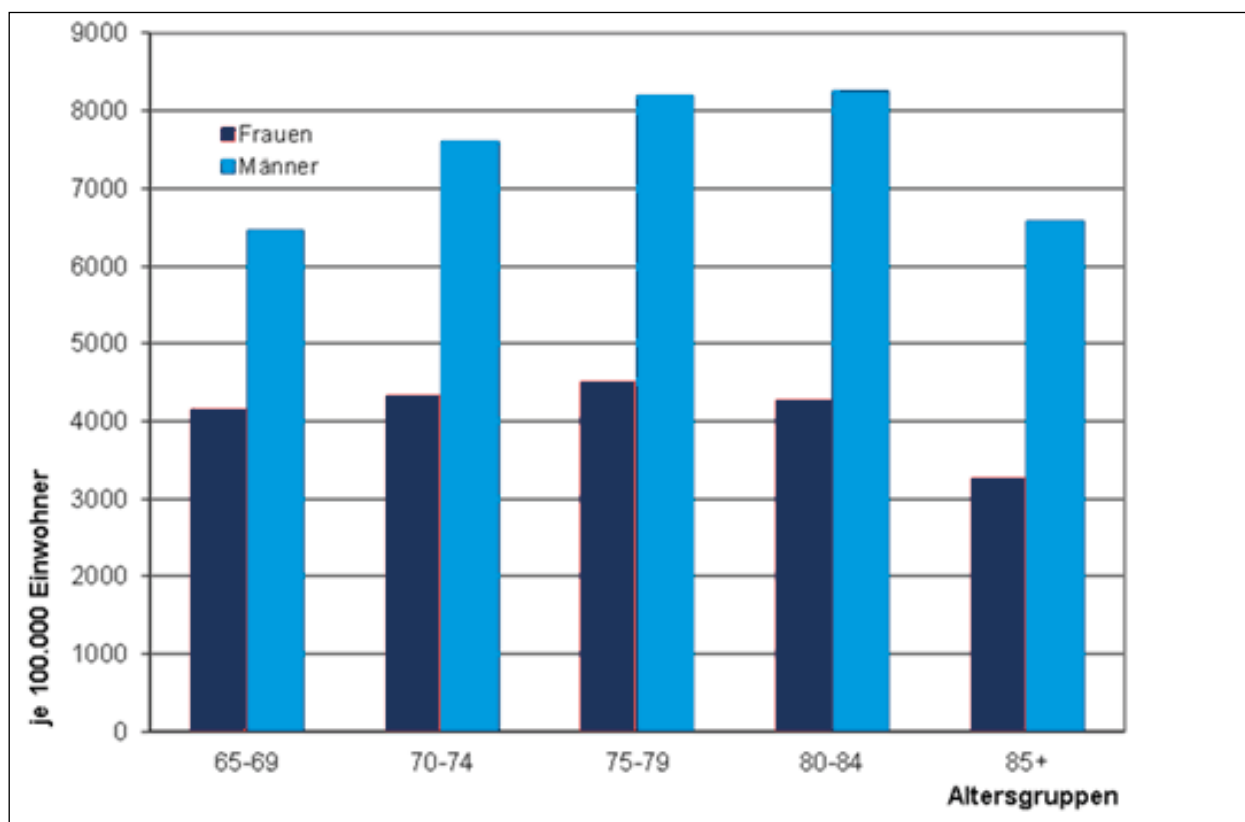
383 Mittleres Erkrankungsalter der zehn wichtigsten Krebsdiagnosen, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2010 (nach Saß et al 2010, S. 410), Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

Mit der erstmaligen Diagnose beginnt in der Regel ein – je nach Art der Krebserkrankung – mehr oder weniger langwieriger Prozess der Behandlung und Nachsorge, an dem die spezialisierten Einrichtungen der stationären Versorgung maßgeblich beteiligt sind.

Einen Eindruck von der Größenordnung dieser Leistungen kann die Krankenhausstatistik geben.³⁸⁴ Sie weist allerdings nur die Zahl der Behandlungsfälle (Behandlungsepisoden) pro Jahr aus. Da eine Person unter Umständen mehrmals in einem Jahr stationär behandelt worden sein kann, ist die Zahl der Behandlungsfälle – vor allem bei der oft durch mehrere Behandlungszyklen geprägten Krebstherapie – größer als die der behandelten Personen.

2011 wurden in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern insgesamt 86.100 Behandlungsfälle mit der Diagnose einer bösartigen Neubildung bei weiblichen und 114.600 bei männlichen Personen ab dem Alter von 65 Jahren registriert. Das waren rund 60 % aller Behandlungsfälle des Berichtsjahres. In Relation zur Zahl der Personen in der jeweiligen Altersgruppe sind Männer gegenüber Frauen noch deutlich häufiger von einer Krebsdiagnose betroffen als dies in den absoluten Zahlen der Krankenhausbehandlungen sichtbar wird (s. Abbildung 79).

79 Krebserkrankungen – stationäre Behandlungshäufigkeit 2011³⁸⁵



384 Vgl. Krankenhausstatistik der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKV). Online abrufbar unter www.dkgev.de/dkg.php/cat/62/title/Krankenhausstatistik

385 Krankenhausbehandlungen wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2011; vgl. IT.NRW, Indikator 3.73: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

7.3.1.2.5 Psychische und gerontopsychiatrische Erkrankungen: Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen und Demenzen

Depressionen

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Die ambulante Behandlungshäufigkeit der „depressiven Episode“ lag 2011 bei Älteren zwischen 15,4 % (65 bis 69 Jahre) und 18,2 % (85 Jahre und älter). Leichte Formen werden vermutlich untererfasst, weil verschiedene Symptome, wie Müdigkeit, Energieverlust, Konzentrationsmangel oder Gedanken an den Tod bei Älteren als normal angesehen werden.³⁸⁶ Aber auch diese häufig auftretenden und größtenteils unspezifischen Symptome haben einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen. Sie wirken sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, das Krankheits- und Schmerzerleben sowie ganz allgemein auf die Lebenseinstellung aus. Auf der anderen Seite kann es durch die zunehmende Enttabuisierung psychischer Erkrankungen auch zu einer Pathologisierung normaler Trauerreaktionen kommen, die sich ebenfalls nachteilig auf die Gesundheit auswirken kann.

Wie sonst nur wenige Erkrankungen, sind Depressionen geschlechtsspezifisch äußerst unterschiedlich verteilt.³⁸⁷ So werden Depressionen bei Frauen deutlich häufiger diagnostiziert als bei Männern (s. Abbildung 80) und behandelt. Hinzu kommt, dass besonders ältere Frauen häufiger Antidepressiva verschrieben bekommen als ältere Männer.³⁸⁸ Weitere psychische Störungen wie beispielsweise Angst- und Essstörungen (Komorbidität) sind häufiger bei Frauen festzustellen als bei Männern.³⁸⁹ Andere Symptome wie beispielsweise Reizbarkeit und Suchtmittelkonsum zeigen sich oft bei Männern. Ihnen kann zwar häufig auch eine Depression zugrunde liegen, seltener ziehen diese allerdings die ärztliche Diagnose „Depression“ nach sich.³⁹⁰

386 Vgl. Saß A.C./Wurm S./Scheidt-Nave C.: Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. (2010), Nr. 5, S. 404-416.

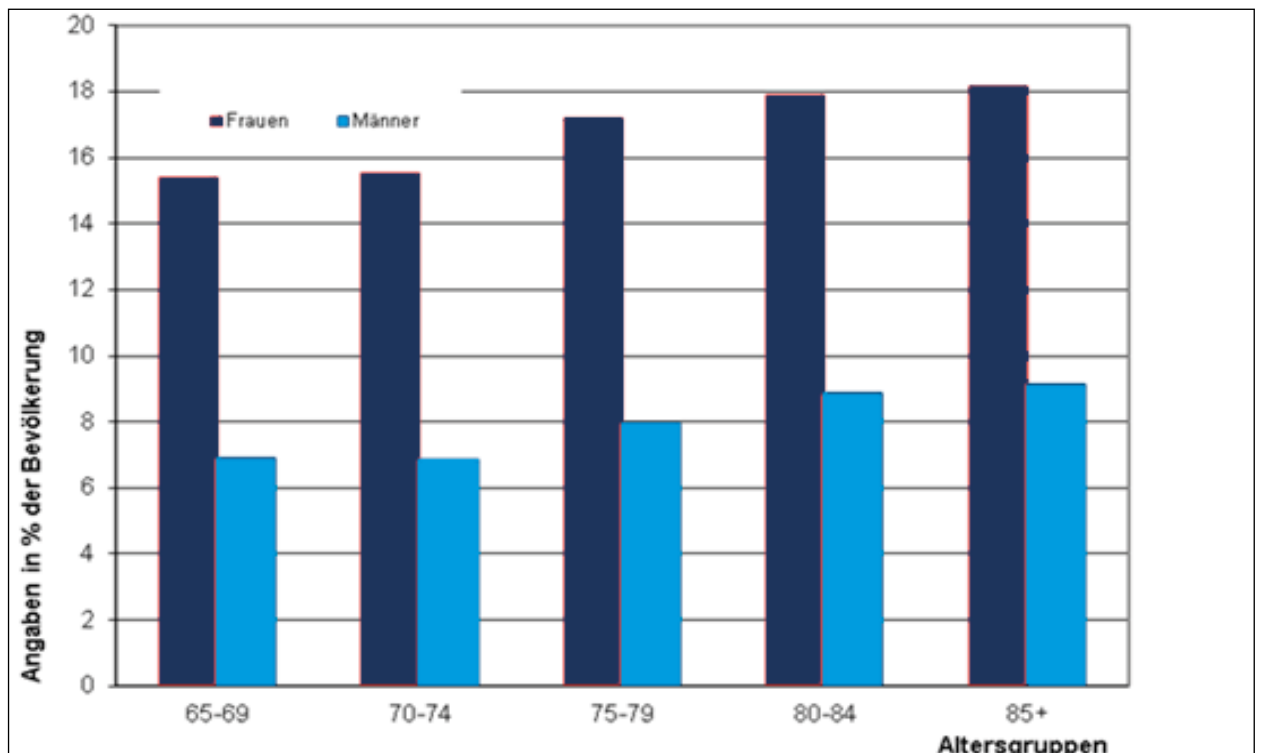
387 Vgl. Pfuhl, J. (2010): Das „traurige“ Geschlecht. Sind Frauen depressiver als Männer? In: Kolip, P. / Lade, J. (Hrsg.): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 143.

388 Vgl. ebd.

389 Vgl. ebd.

390 Martin L.G./Neighors H.W./Griffith D.M.: The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. JAMA Psychiatry Aug 28, 2013, E1-E7

80 Depressionen – ambulante Behandlungshäufigkeit 2011³⁹¹

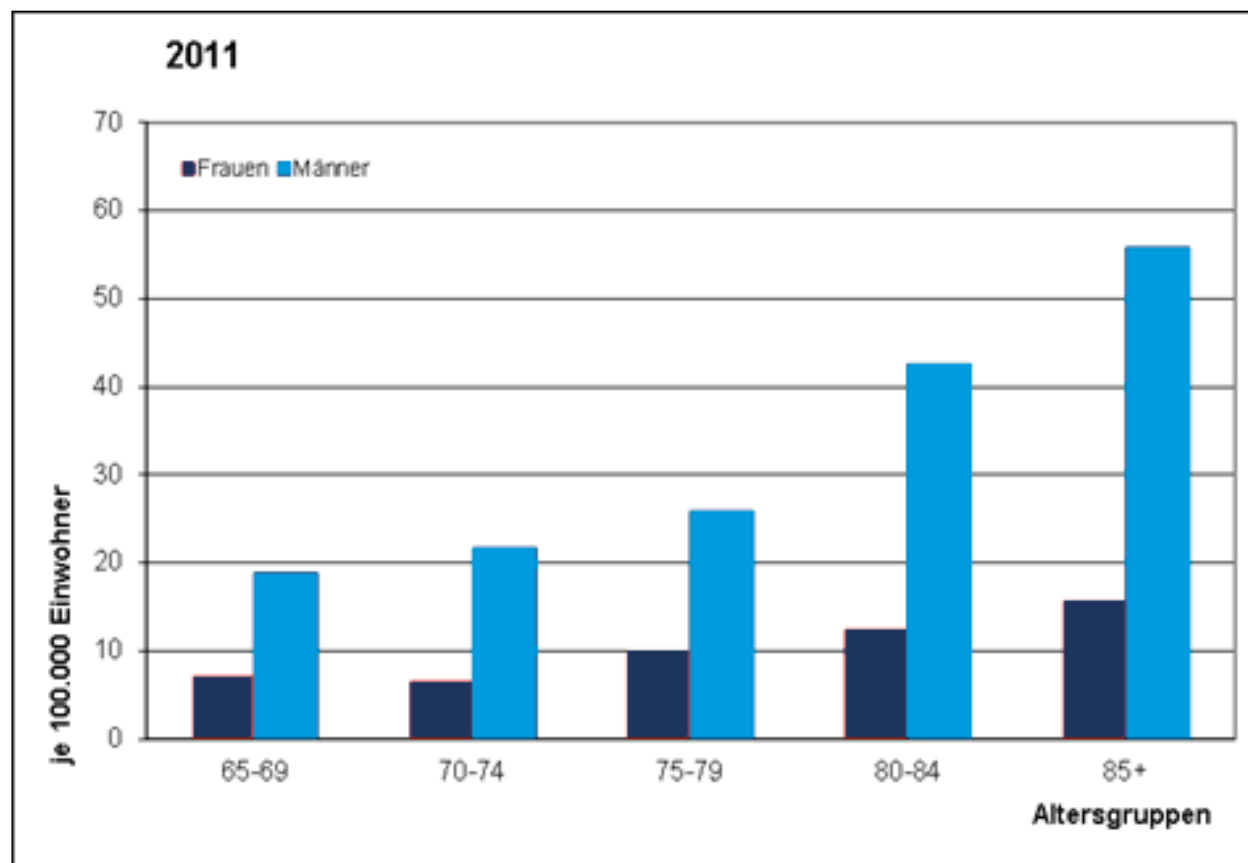
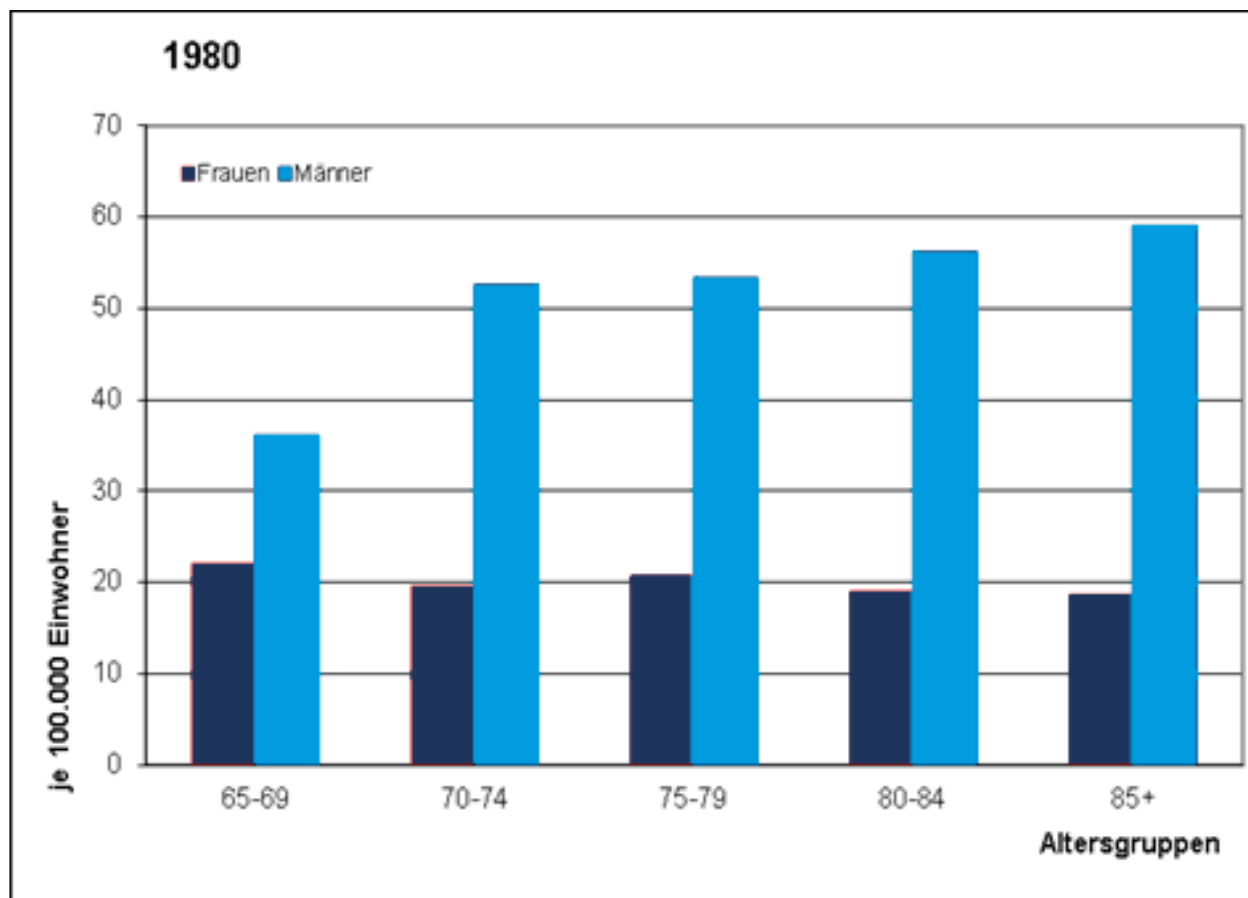


Personen mit depressiven Erkrankungen sind besonders suizidgefährdet. Insgesamt gehen 40 bis 70 % aller Suizide auf eine Depression zurück.³⁹² Mit zunehmendem Alter steigt die Suizidmortalität an.

Besonders auffällig ist der sprunghafte Anstieg der Suizidraten bei Männern ab 75 Jahren, für den es bei den Frauen keine Entsprechung gibt (s. Abbildung 81/I und 81/II). Allerdings ist für die Frauen ebenfalls ein Anstieg in der Altersgruppe ab 65 Jahren festzustellen, während vor 30 Jahren der Trend bei ihnen mit steigendem Alter eher rückläufig war, was darauf schließen lässt, dass ein Teil der älteren Frauen sich in stark belasteten Lebenssituationen befindet. Bei diesen Zahlen kann angenommen werden, dass die ohnehin hohe Suizid-Dunkelziffer mit dem Alter wahrscheinlich ebenfalls ansteigt. Im Jahr 2011 war jede zweite Frau, die in Nordrhein-Westfalen einen Suizid beging, älter als 60 Jahre, während der Anteil der Frauen im Alter ab 60 Jahren nur 28 % betrug (Todesursachenstatistik NRW, 2011). Ein bedeutsamer Risikofaktor ist in der mit dem Älterwerden verbundenen Veränderung der finanziellen und sozialen Lebensumstände zu sehen. Erfreulicherweise betrifft die Reduktion der Suizidmortalität innerhalb der letzten Jahrzehnte alle Altersgruppen, sie war jedoch bei den Jüngeren deutlich ausgeprägter als in den obersten Altersstufen. Eine Reduktion der Suizidrate im Alter zeigt sich vor allem bei den unter 80-Jährigen (s. Abbildung 81/I und 81/II).

391 Ambulante Behandlungshäufigkeit von Depressiven Episoden (ICD-10: F32) je 100 Einwohnerinnen und Einwohner, ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2011; Vgl. Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

392 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Berlin 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

81/I & 81/II Suizidraten 1980 und 2011³⁹³

393 Suizidraten ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 1980 und 2011; vgl. IT.NRW, Indikator 3.88: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

Suchterkrankungen

Suchterkrankungen im Alter bleiben häufig unbemerkt. Sie werden sowohl vom privaten Umfeld als auch vom professionellen Hilfesystem oftmals nicht wahrgenommen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Neben Tabuisierung und Verharmlosung erschwert vielfach auch die Überlagerung durch andere alterstypische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen das Erkennen einer Suchtproblematik. Die quantitativ bedeutendsten Suchtprobleme im Alter sind Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol sowie psychoaktiven Medikamenten.³⁹⁴

Unter den Suchterkrankungen ist in der Gesamtbevölkerung die Alkoholabhängigkeit am weitesten verbreitet. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sind 0,5-1 % der Frauen und 2-3 % der Männer über 65 Jahren von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit betroffen.³⁹⁵ Im Vergleich zur Medikamentenabhängigkeit ist jedoch bei älteren Menschen ein geringerer Anteil an Alkoholabhängigen zu verzeichnen.³⁹⁶ Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass starker Alkoholabusus, der häufig bereits (weit) vor dem 60. Lebensjahr beginnt, mit einer höheren Sterblichkeit im jüngeren und mittleren Alter einhergeht.³⁹⁷ Rund zwei Drittel der älteren Alkoholkranken können dieser Gruppe mit frühem Krankheitsbeginn („early onset“) zugeordnet werden, für die häufig ein insgesamt schwerer Krankheitsverlauf sowie multiple familiäre und soziale Problemlagen kennzeichnend sind. Davon zu unterscheiden sind ältere Alkoholabhängige, die erst nach dem 60. Lebensjahr erkranken („late onset“), deren Lebenssituation sich insgesamt stabiler darstellt; sie sind einer (stationären) Behandlung zugänglicher und weisen gute Therapiechancen auf.³⁹⁸

Infolge der demografischen Entwicklung ist selbst bei gleichbleibender Prävalenz mit einer Zunahme von älteren Alkoholabhängigen zu rechnen.³⁹⁹ Dies zeigt sich in den ambulanten Behandlungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe: hier waren im Jahr 2012 in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren ca. 0,7 % der Frauen und 1,9 % der Männer wegen der Diagnose „Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ in Behandlung. Dies entspricht einer absoluten Anzahl von 15.660 Frauen und 28.888 Männern.

Die altersstandardisierten ambulanten Behandlungsraten haben von 2005 bis 2012 um etwa 30 % zugenommen (s. Abbildung 82). Auch der Anteil stationärer Behandlungen hat in dieser Altersgruppe tendenziell zugenommen. Der Anstieg fällt allerdings deutlich geringer aus als bei den ambulanten Behandlungszahlen.

394 Vgl. Weyerer, S./Bickel H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (764).

395 Vgl. DHS . Jahrbuch Sucht. 2008

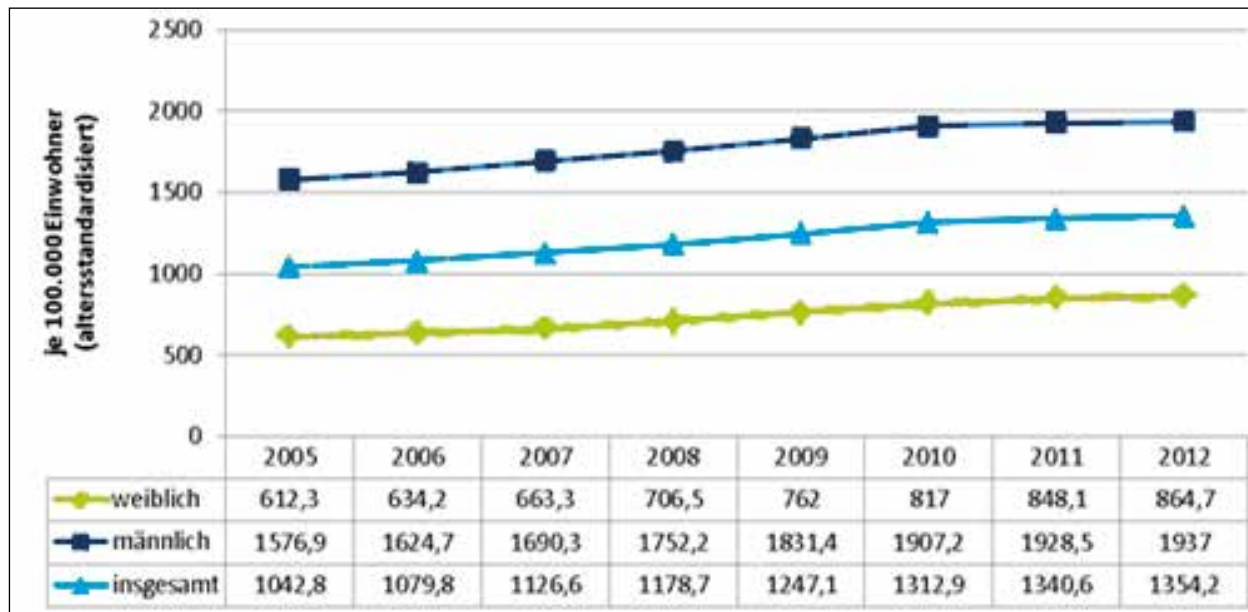
396 Vgl. Weyerer, S./Bickel H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (764).

397 Vgl. Feuerstein (1995) in Weyerer/Bickel (2007), S. 171.

398 Vgl. Weyerer, S./Bickel H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (764).

399 Vgl. ebd.

82 Entwicklung der Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in der Altersgruppe 65+ aufgrund von Alkoholabhängigkeit⁴⁰⁰



Das Thema Sucht im Alter ist zudem insbesondere in Pflegeeinrichtungen von Bedeutung. Eine Studie unter ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland zeigt, dass in knapp 80 % der befragten Einrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner oder zu Pflegenden eine Suchtproblematik aufweisen. Der prozentuale Anteil der Menschen mit Suchtproblemen in diesen Einrichtungen wird auf ca. 10 % geschätzt.⁴⁰¹ Neben Alkohol spielen auch psychoaktive Medikamente eine bedeutsame Rolle bei Suchtproblemen im Alter. Im Rahmen des epidemiologischen Suchtsurvey 2009 wurde ermittelt, dass in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen bei knapp 4 % ein problematischer Gebrauch dieser Arzneimittel vorliegt. Es dominieren Schmerzmittel sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel.⁴⁰² Auch hier erweist es sich als problematisch, dass ältere Patientinnen und Patienten diese Präparate sehr häufig als Dauermedikation (länger als sechs Monate) erhalten und diese oftmals täglich einnehmen. Dies gilt auch und in besonderem Maße für die Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen.⁴⁰³

Von Kuhn und Haasen (2012) schätzen den Anteil des problematischen Gebrauchs von psychoaktiven Arzneimitteln in deutschen ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen auf etwa 3 bis 9 % der Pflegebedürftigen.

Zurückzuführen ist dies auf eine oftmals unreflektierte, teilweise kontraindizierte Verschreibung von Benzodiazepinen durch Hausärzte. Dabei werden die Gefahren von

400 Vgl. Ambulante Behandlungsdiagnosen aufgrund von Alkoholabhängigkeit (F10) NRW (2012) und Trend 2005-2012 in der Altersgruppe 65plus

401 Vhl. Kuhn S./Haasen C.: Alkohol- und Arzneimittelmisbrauch älterer Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen* (2012); 74, S. 331-336.

402 Vgl. Pabst A./Piontek D./Kraus L./Müller S: Substanzkonsum und substanzbezogenen Störungen. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht* 2010; 56(5), S. 327-336.

403 Weyerer, S./Bickel H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (764); Helmchen, H. et al (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: Karl Ulrich Mayer und Paul B. Baltes (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Berlin: Akademie Verlag (3), S. 185-219.

Langzeitverordnungen häufig unterschätzt. Benzodiazepine können jedoch selbst bei kurzer Anwendung und geringer Dosierung zur Abhängigkeit führen („low-dose-dependence“)⁴⁰⁴ und werden laut PRISCUS-Liste aufgrund ihrer erheblichen Nebenwirkungen (u. a. Beeinträchtigung der Gehirn- und Gedächtnisleistung und in deren Folge Sturzereignisse oder Verschlechterung bestehender kognitiver Einschränkungen) für den Einsatz bei älteren Menschen als problematisch angesehen.⁴⁰⁵

Die ambulanten Behandlungsraten wegen der Diagnose „Psychische- und Verhaltensstörungen durch Sedativa“⁴⁰⁶ oder Hypnotika⁴⁰⁷ liegen in der Altersgruppe 65plus in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012 bei ca. 0,5 % bei den Frauen und 0,2 % bei den Männern. Dies entspricht einer absoluten Anzahl von 10.048 Frauen und 3.030 Männern, d. h. 77 % der Behandelten sind weiblichen Geschlechts. Der Anteil älterer Menschen ab 65 Jahren, die aufgrund ihrer Abhängigkeit von Beruhigungs- oder Schlafmitteln ambulant behandelt wurden, hat von 2005 bis 2012 um insgesamt 72 % (Frauen +79 %, Männer +58 %, s. Abbildung 83) zugenommen. Stationäre Behandlungen aufgrund einer Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (F13) kommen in dieser Altersgruppe deutlich seltener vor. So befanden sich im Jahr 2012 lediglich 322 Frauen und 119 Männer in stationärer Behandlung.

Dass die Einnahmeraten und die daraus resultierende Suchterkrankung von stimmungsaufhellenden sowie Schlaf- und Beruhigungsmedikamenten bei Frauen deutlich höher als bei Männern liegen, resultiert offensichtlich aus einer geschlechtsdifferenzierten Verordnungspraxis, in denen Frauen häufiger Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial verschrieben bekommen.⁴⁰⁸

404 Vgl. Weyerer, S./Bickel H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (764).

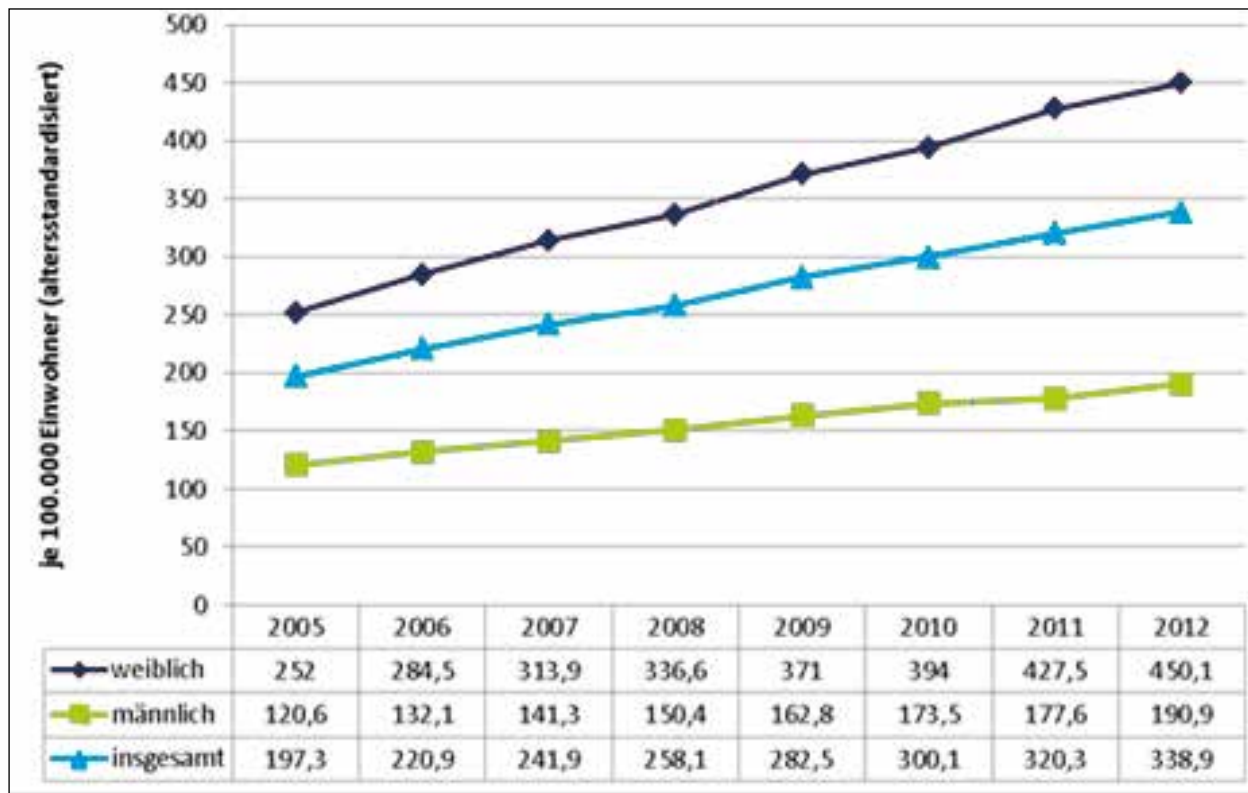
405 Vgl. von Grätz, P. (2012): Medikamente im Alter: Welche Wirkstoffe sind ungeeignet? Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (Hrsg.).

406 Sedativa = Beruhigungsmittel

407 Hypnotika = Schlafmittel

408 Vgl. Hurrelmann, K./Kolip, P. (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber Verlag, S. 492.

83 Entwicklung der Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in der Altersgruppe 65plus aufgrund von Beruhigungs- und Schlafmitteln



Die ambulante Behandlungsstatistik weist außerdem weitere 3.264 Patientinnen und Patienten (Altersgruppe 65 Jahre und älter) aus, die wegen der Diagnose „Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ (F55) in Behandlung sind. In diese Gruppe fallen beispielsweise nicht verschreibungspflichtige Schmerzmittel.

Der Konsum illegaler Drogen im Alter scheint zwar ebenfalls zuzunehmen, ist aber nach wie vor bei Älteren wenig verbreitet.⁴⁰⁹

Demenzen

Die Demenz gehört zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. Insbesondere können Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen beeinträchtigt sein. Die kognitiven Einbußen werden meist von einem Verlust der emotionalen Kontrolle und der Motivation sowie von Veränderungen des Sozialverhaltens begleitet.⁴¹⁰

In zwei Dritteln aller Fälle wird die Demenz durch die Alzheimer-Krankheit verursacht. Weitere Ursachen können vaskuläre Erkrankungen (mit der Folge von Hirninfarkten), stoffwechselbedingte Störungen (z. B. durch Alkohol), Infektionen (z. B. durch die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit) oder Schädel-Hirn-Verletzungen sein.⁴¹¹

Unter den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen in Nordrhein-Westfalen

409 Vgl. Steppan M./Künzel J./Pfeiffer-Gerschel T.: Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik. IFT Institut für Therapieforschung, München 2012

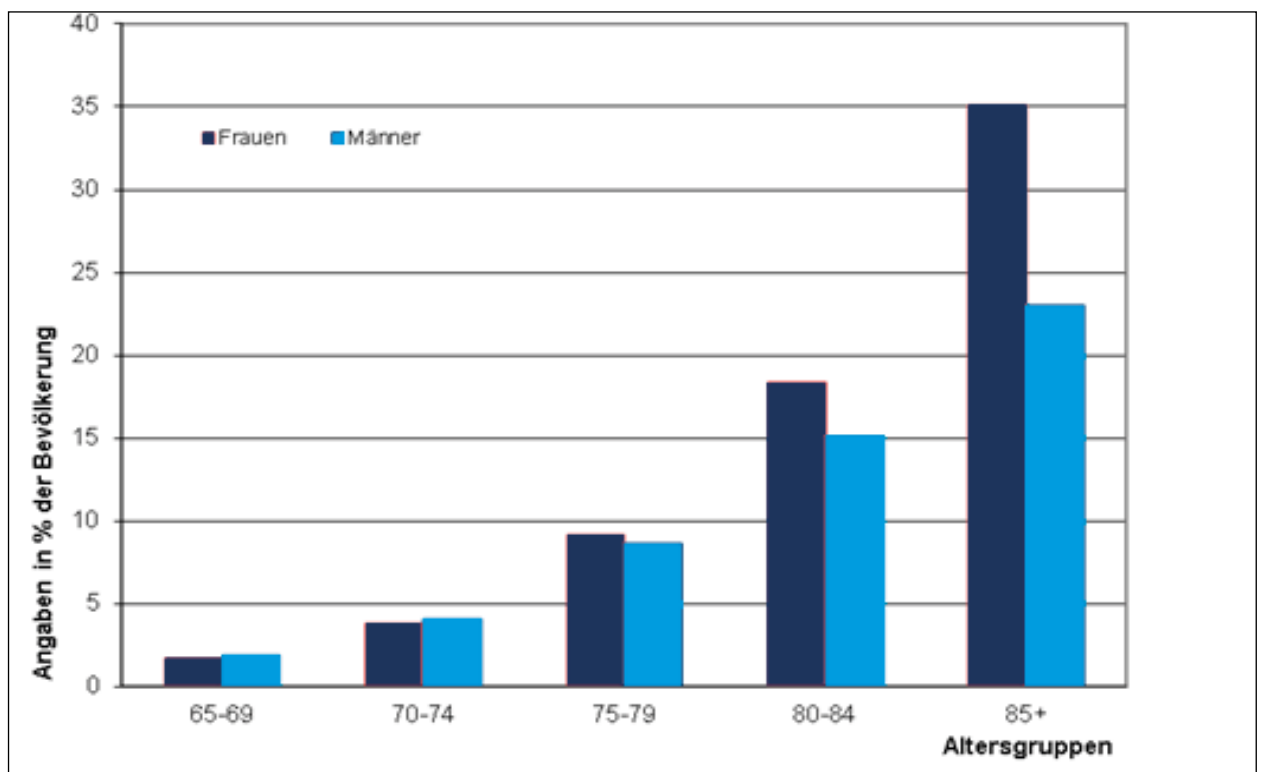
410 Vgl. Robert Koch-Institut (2006), S. 33.

411 www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=bb2.c.605428.de&template=ges_erlauterungen_d (letzter Zugriff: 04.08.2014)

wurden 2011 insgesamt 369.500 Personen ambulant wegen einer Demenz (ICD⁴¹²-10: F00 – F03) behandelt. Ihre Zahl ist gegenüber 2006 – dem Jahr, zu dem erstmals Zahlen vorgelegt werden konnten, – um 14 % gestiegen. Da diese Zahlen „behandelte Personen“ ausweisen, müssen bei der Interpretation auch Veränderungen in der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden. Nach wie vor gilt, dass sowohl Hausärztinnen und Hausärzte wie auch Psychiaterinnen und Psychiater Zurückhaltung bei der Diagnosestellung üben, weil sie mit sehr weitreichenden Konsequenzen für die Betroffenen verbunden ist, wie z. B. der Gefahr einer Stigmatisierung im sozialen Umfeld oder auch juristischen Fragestellungen, die geklärt werden müssen (Vorsorgevollmacht, erbrechtliche Besonderheiten, Fahrtauglichkeit usw.). Demgegenüber sind die therapeutischen Möglichkeiten z. Z. noch begrenzt.

Mit dem Alter nimmt die Häufigkeit von Demenzen bei Männern und Frauen deutlich zu. Wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist, verdoppelt sich der Anteil der Demenzkranken von jeder Altersgruppe zur nächsten. Lediglich bei Männern der letzten beiden Altersgruppen fällt der Anstieg geringer aus.

84 Demenz – ambulante Behandlungshäufigkeit⁴¹³



Die deutliche Altersabhängigkeit der Erkrankung führt zu verschiedenen Prognosen, denen zufolge mit einer Zunahme von Demenzkranken in den nächsten Jahrzehnten zu rechnen ist. Aktuell wird in Deutschland für das Jahr 2050, je nach angenommenen

412 Vgl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).

413 Ambulante Behandlungsprävalenz von Demenz einschließlich Alzheimer Krankheit (ICD-10: F00-F03) in % der Bevölkerung ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2011; Vgl. Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

Szenario (wobei neben der zukünftigen Altersstruktur, die Entwicklung der Lebenserwartung sowie die Entwicklung der altersspezifischen Demenzprävalenz berücksichtigt werden muss) von einem 40- bis 100-prozentigen Anstieg der Anzahl demenzkranker Personen ausgegangen.⁴¹⁴ Dieser Anstieg ist insbesondere durch die geburtenstarken Jahrgänge Mitte der 1950er- bis Ende der 1960er-Jahre begründet, von denen der größte Teil zwischen 2020 und 2030 das Rentenalter erreichen wird.

Außerdem beeinflusst eine vermutlich weiter steigende Lebenserwartung die absolute Zunahme von Demenz in der Bevölkerung. Die altersstandardisierte Erkrankungshäufigkeit ist jedoch in den letzten Jahren weitgehend konstant geblieben. Auch andere Analysen zeigen in den vergangenen 20 Jahren eine stabile altersstandardisierte Prävalenz in der Bevölkerung.⁴¹⁵

Neben landesweiten, auf Mittelwerten basierenden Prognosen sind regionale Demenz-Szenarien verfügbar, die eine Grundlage für die lokale Planung und die Entwicklung von kommunalen (Betreuungs-)Konzepten zum Umgang mit Demenz „vor Ort“ bilden können.⁴¹⁶ Ausgangspunkt für diese regionalen Vorhersagen sind Daten zu lokalen Altersstrukturen und Prognosen zur regionalen Bevölkerungsentwicklung, die mit altersspezifischen europäischen Prävalenzdaten⁴¹⁷ hinterlegt wurden.

Die für die 439 deutschen Kreise und kreisfreien Städte durchgeführten regionalen Prognosen geben Auskunft über die Entwicklung der Anzahl demenziell erkrankter Menschen im Zeitraum von 2008 bis 2025. In Nordrhein-Westfalen stellen sich die Annahmen zur Veränderung der Anzahl Demenzkranker für die einzelnen kreisfreien Städte und Kreise sehr unterschiedlich dar. Für Kreise wird eine Zunahme demenziell erkrankter Menschen zwischen 29 % und 69 % berechnet (Mittelwert: 45 %). Für kreisfreie Städte wird ein Anstieg demenziell Erkrankter zwischen 16 % und 45 % ausgewiesen (Mittelwert: 28 %).⁴¹⁸

414 Vgl. Doblhammer G./Schulz A./Steinberg J. et al. (Hrsg.): Demografie der Demenz. Bern: Verlag Hans Huber 2012, S.53-64.

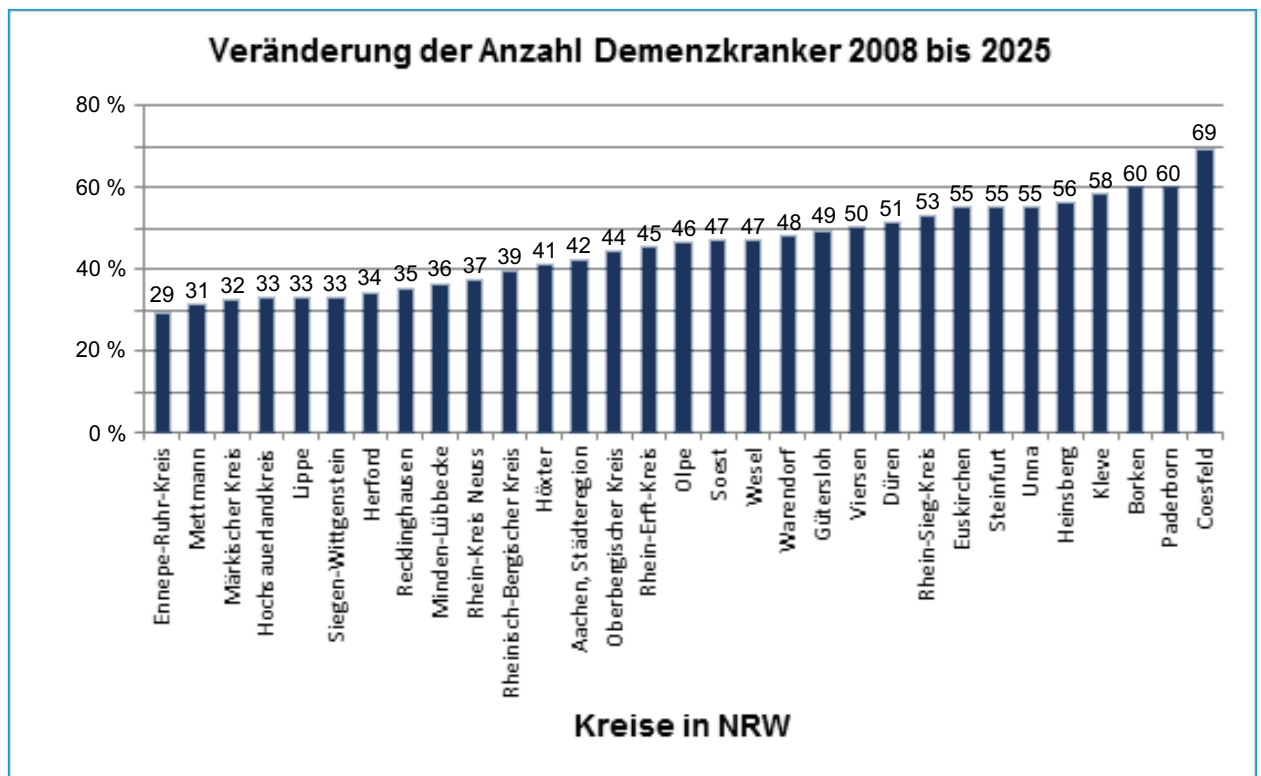
415 Vgl. Qiu, C.; von Strauss, E., et al. (2013) Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden, *Neurology*, 80,20: 1888-1894.

416 Vgl. Doblhammer G./Schulz A./Steinberg J. et al. (Hrsg.): Demografie der Demenz. Bern: Verlag Hans Huber 2012, S.53-64.

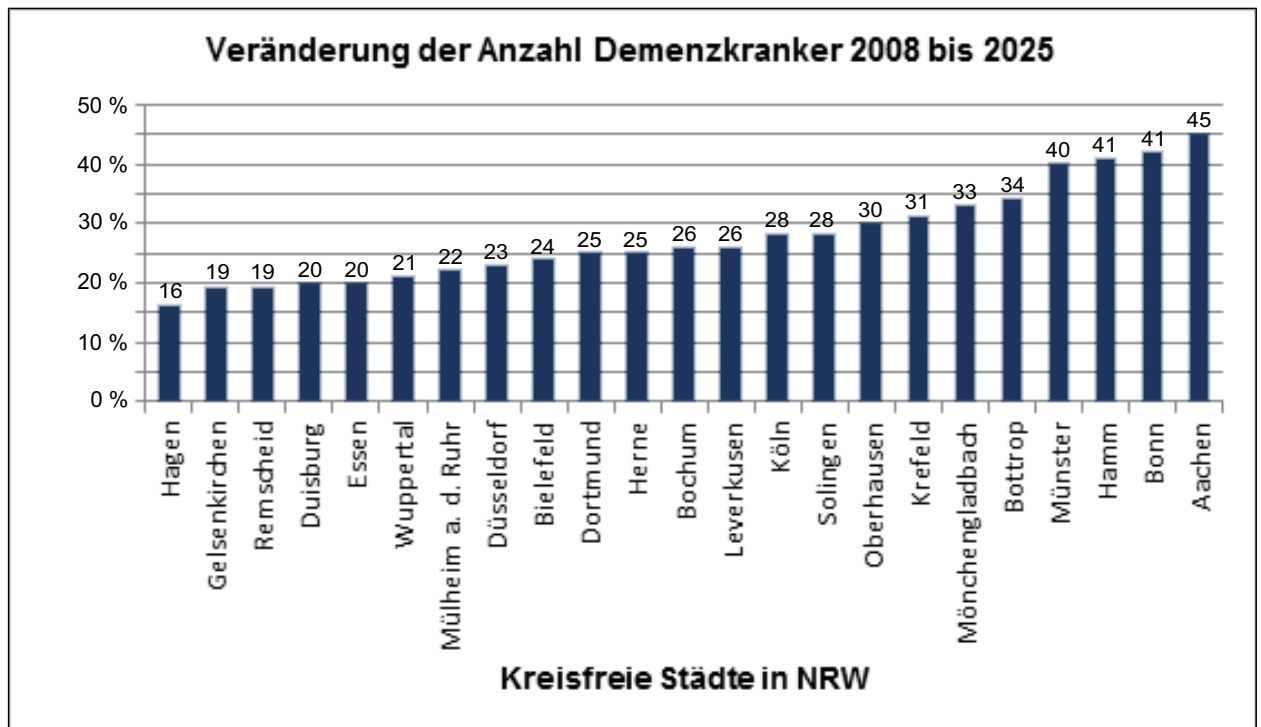
417 Sütterlin et al. (2011) weisen darauf hin, dass die hier zugrunde gelegten europäischen Prävalenzdaten, die im Rahmen des EU-Projektes „Eurodem“ (European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia) ermittelt wurden, etwas niedriger ausfallen, als die jeweils für Deutschland, Österreich und die Schweiz landesspezifisch ermittelten Prävalenzen. Die europäischen Prävalenzdaten wurden für den Ländervergleich dennoch zugrunde gelegt, um eine einheitliche Datenbasis sicherzustellen. Die Szenarien sind somit entsprechend vorsichtig zu interpretieren, geben aber, da sie tendenziell keine Abweichung aufweisen (ausgenommen: Angaben für Hochaltrige), insgesamt einen guten Anhaltspunkt.

418 Vgl. ebd.

85 Veränderung der Anzahl Demenzkranker in Kreisen⁴¹⁹



86 Veränderung der Anzahl Demenzkranker in kreisfreien Städten⁴²⁰



419 Daten online verfügbar unter www.berlin-institut.org/publikationen/studien/demenz-report.html#c3357 (Stand: 10.6.2014); eigene Darstellung

420 Daten online verfügbar unter ebd.t.html#c3357 (Stand: 10.6.2014); eigene Darstellung

87 Veränderung der Anzahl Demenzkranke in Kreisen und kreisfreien Städten⁴²¹

Kreise	Demenzkranke je 100.000 Einwohner		Veränderung der Anzahl Demenzkranker in %
	2008	2025	2008 bis 2025
Ennepe-Ruhr-Kreis	1694	2389	29
Mettmann	1694	2321	31
Märkischer Kreis	1553	2246	32
Lippe	1599	2241	33
Siegen-Wittgenstein	1545	2208	33
Hochsauerlandkreis	1572	2322	33
Herford	1595	2196	34
Recklinghausen	1607	2335	35
Minden-Lübbecke	1569	2217	36
Rhein-Kreis Neuss	1580	2193	37
Rheinisch-Bergischer Kreis	1647	2298	39
Höxter	1533	2342	41
Aachen, Städteregion	1521	2065	42
Oberbergischer Kreis	1482	2157	44
Rhein-Erft-Kreis	1517	2099	45
Olpe	1396	2101	46
Soest	1493	2275	47
Wesel	1573	2374	47
Warendorf	1443	2155	48
Gütersloh	1399	2040	49
Viersen	1523	2310	50
Düren	1467	2198	51
Rhein-Sieg-Kreis	1467	2119	53
Unna	1551	2281	55
Euskirchen	1485	2240	55
Steinfurt	1391	2152	55
Heinsberg	1425	2121	56
Kleve	1456	2211	58
Borken	1313	2050	60
Paderborn	1271	1951	60
Coesfeld	1358	2226	69

⁴²¹ Daten online verfügbar unter ebd.

	Demenzranke je 100.000 Einwohner		Veränderung der Anzahl Demenzkranker in %
	2008	2025	2008 bis 2025
Kreisfreie Städte			
Hagen	1689	2214	16
Gelsenkirchen	1627	2191	19
Remscheid	1649	2170	19
Duisburg	1631	2124	20
Essen	1695	2151	20
Wuppertal	1635	2121	21
Mülheim a. d. Ruhr	1821	2411	22
Düsseldorf	1542	1871	23
Bielefeld	1538	1976	24
Dortmund	1602	2119	25
Herne	1637	2234	25
Bochum	1605	2118	26
Leverkusen	1669	2130	26
Köln	1436	1830	28
Solingen	1627	2201	28
Oberhausen	1591	2198	30
Krefeld	1625	2249	31
Mönchengladbach	1565	2165	33
Bottrop	1597	2274	34
Münster	1359	1894	40
Hamm	1509	2088	41
Bonn	1415	1925	42
Aachen	1377	2017	45

7.3.1.2.6 Meldepflichtige Infektionserkrankungen

In der amtlichen Krankenhausdiagnosestatistik⁴²² wurden in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2011 bei Menschen im Alter von über 65 Jahren nur in 2,35 % der Fälle Infektionen als Hauptdiagnose für die Krankenhauseinweisung angegeben. Doch ältere und alte Menschen sind häufiger von mehreren (chronischen) Erkrankungen gleichzeitig betroffen und somit anfälliger für Infektionen.⁴²³ Die Immunabwehr lässt nach und Erkrankungen verlaufen häufiger mit einem größeren Ausmaß an Komplikationen. Die häufigsten Infektionen betreffen Harn- und Atemwege, Haut und Weichteile sowie Infektionen des Gastrointestinaltrakts. Die Mehrzahl dieser Infektionen ist nur von individualmedizinischer Relevanz und wird behördlicherseits nicht erfasst. Nur für die übertragbaren Erkrankungen, die zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Sinne einer schnellen Reaktion einer besonderen Beobachtung bedürfen, gibt es Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Die regionale Zuordnung der Fälle erfolgt nach dem Kreis/der kreisfreien Stadt des Hauptwohnsitzes des Patienten unabhängig vom Infektionsort. Datenstand für die im Folgenden dargestellten Fallzahlen ist, sofern nicht anders kenntlich gemacht, der 16. Januar 2013.

Jährlich werden gemäß Infektionsschutzgesetz in Nordrhein-Westfalen zwischen 50.000

422 Vgl. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW).

423 Vgl. Werner, H.: Infektionen im Alter – was ist anders?, Z Gerontol Geriat, 2000 (33), S. 350-356.

und 100.000 Einzelfallmeldungen zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten an die zuständige Landesbehörde (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) übermittelt. Die Schwankungen der jährlichen Meldezahlen beruhen vor allem auf dem unerwarteten Auftreten von Pandemien (Influenza A(H1N1)pdm09), Epidemien (EHEC/HUS 2011) oder großen, zumeist lebensmittelassoziierten Ausbrüchen. Sie hängen hauptsächlich vom Ausmaß sowie vom Verlauf weniger, saisonal auftretender Infektionskrankheiten (z. B. Influenza und virale Gastroenteritiden im Winter und bakterielle Gastroenteritiden im Sommer) ab. Von rund 55.800 übermittelten Neumeldungen meldepflichtiger Krankheiten im Jahr 2012 in Nordrhein-Westfalen entfielen auf die Altersgruppe der ab 65-jährigen Personen ca. 28 %. Die Neuerkrankungsrate (Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) lag in dieser Altersgruppe um gut die Hälfte höher als in der jüngeren Bevölkerung. Gastrointestinale, z. T. lebensmittelassoziierte Infektionen spielen zahlenmäßig die größte Rolle. Das Norovirus ist bereits seit 2007 der mit Abstand am häufigsten gemeldete Infektionserreger, auch bei Personen ab dem 65. Lebensjahr. Überproportional häufig wurden bei älteren Menschen Norovirusinfektionen, invasive Erkrankungen durch Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA), Tuberkuloseerkrankungen und schwere Verläufe von Clostridium difficile - assoziierten Durchfallerkrankungen (sCDAD) registriert. Häufiger als bei jüngeren Menschen wurden auch Fälle von Keratokonjunktivitis⁴²⁴ beobachtet (vgl. Tabelle).⁴²⁵

88 Neumeldungen von meldepflichtigen Infektionserkrankungen 2012⁴²⁶

Meldepflichtige Krankheit	Männer			Frauen		
	65 Jahre und älter			65 Jahre und älter		
	Anzahl	Inzidenz ⁴²⁶	Prozentualer Anteil 65 Jahre und älter	Anzahl	Inzidenz	Prozentualer Anteil 65 Jahre und älter
Norovirus	3530	49,03	41,3 %	5607	57,79	50,8 %
Campylobacter	1143	15,88	14,1 %	1224	12,62	19,0 %
MRSA	617	8,57	70,5 %	410	4,23	75,2 %
Rotavirus	368	5,11	10,3 %	477	4,92	13,4 %
Salmonellose	339	4,71	15,7 %	401	4,13	18,0 %
Tuberkulose	187	2,6	38,0 %	111	1,14	36,5 %
Clostridium difficile	124	1,38	87,9 %	203	1,67	93,1 %
E. coli-Enteritis	51	0,71	8,6 %	72	0,74	13,7 %
Adenovirus	43	0,6	35,5 %	71	0,73	43,6 %

424 Infektiöse Bindehaut- und Hornhautentzündung, die durch bestimmte Typen von Adenoviren ausgelöst wird.

425 Die höhere Inzidenz im Vergleich zum anderen Geschlecht ist jeweils fett markiert.

426 Vgl. Neumeldungen von meldepflichtigen Infektionserkrankungen bei älteren Männern und Frauen in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

427 Neuerkrankungsrate

Im Jahr 2012 gingen bei den Älteren ab 65 Jahren etwa zwei Drittel der gemeldeten Neuerkrankungen mit einem Krankenhausaufenthalt einher, während in der Gesamtbevölkerung nur weniger als die Hälfte der Erkrankungen im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt der erkrankten Menschen standen.⁴²⁸

Die Erkrankungen, die mit den meisten Klinikaufenthalten verbunden waren, waren im Jahr 2012 invasive MRSA⁴²⁹-Fälle und schwer verlaufende Clostridium-difficile⁴³⁰-Fälle. Dies gilt für alle Altersstufen.

7.3.2 Selbsteinschätzung der Gesundheit

Krankheiten, Einschränkungen im Alltag und Abhängigkeit von externer Hilfe wirken sich auf die subjektive Lebensqualität älterer Menschen aus. Die Lebensqualität im Alter ist stark von den verbleibenden Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung geprägt, deren Erhalt daher eine bedeutsame Handlungsmaxime für die gesamte gesundheitliche und soziale Versorgung darstellt.

Das subjektive Befinden wird nicht allein nach dem individuellen Zustand beurteilt, sondern ebenso danach, wie das eigene Gesundheitsschicksal im Vergleich zu Personen ähnlichen Alters im Familien- und Bekanntenkreis wahrgenommen wird. Akute gesundheitliche Probleme haben häufig größeren Einfluss auf die individuelle Wahrnehmung als chronische Erkrankungen, bei denen ein gewisser Gewöhnungseffekt eintreten kann. Deshalb sind die Befragungsergebnisse der jährlichen, repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (GEDA)⁴³¹, die im Folgenden geschildert werden, nicht als Aussagen über reale Krankheitszustände zu interpretieren. Die Übereinstimmung zwischen subjektivem Befinden und ärztlich beurteiltem Gesundheitszustand wird auf lediglich 5 bis 30 % geschätzt.⁴³² Dennoch ist das subjektive Befinden ein wesentlicher Gesundheitsindikator, da es einen hohen Prognosewert für die weitere gesundheitliche Entwicklung eines Menschen hat.

7.3.2.1 Allgemeines gesundheitliches Befinden

Zwei Drittel der Frauen im Alter von 65 bis 69 Jahren in Nordrhein-Westfalen beurteilen in der 2010 durchgeführten, telefonischen GEDA-Bevölkerungsbefragung⁴³³ ihre „Gesundheit im Allgemeinen“ als „gut“ oder „sehr gut“. Damit beginnt der dritte Lebensabschnitt für sie auf einem Niveau des subjektiven Befindens, das dem Gesamtdurch-

428 Die Angabe dazu, ob eine meldepflichtige Infektionserkrankung mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden ist, gehört nach § 11 IfSG (Infektionsschutzgesetz) zu den Angaben, die die zur Meldung verpflichteten Personen an das zuständige Gesundheitsamt weiterleiten müssen. Von dort aus werden die Meldedaten an die zuständige Landesbehörde weitergeleitet; in Nordrhein-Westfalen ist dies das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

429 Der Nachweis einer invasiven Infektion mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) erfolgt über die Untersuchung von Blut und/oder Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit (Liquor).

430 Stäbchenbakterien, die schwere Durchfallerkrankungen auslösen können.

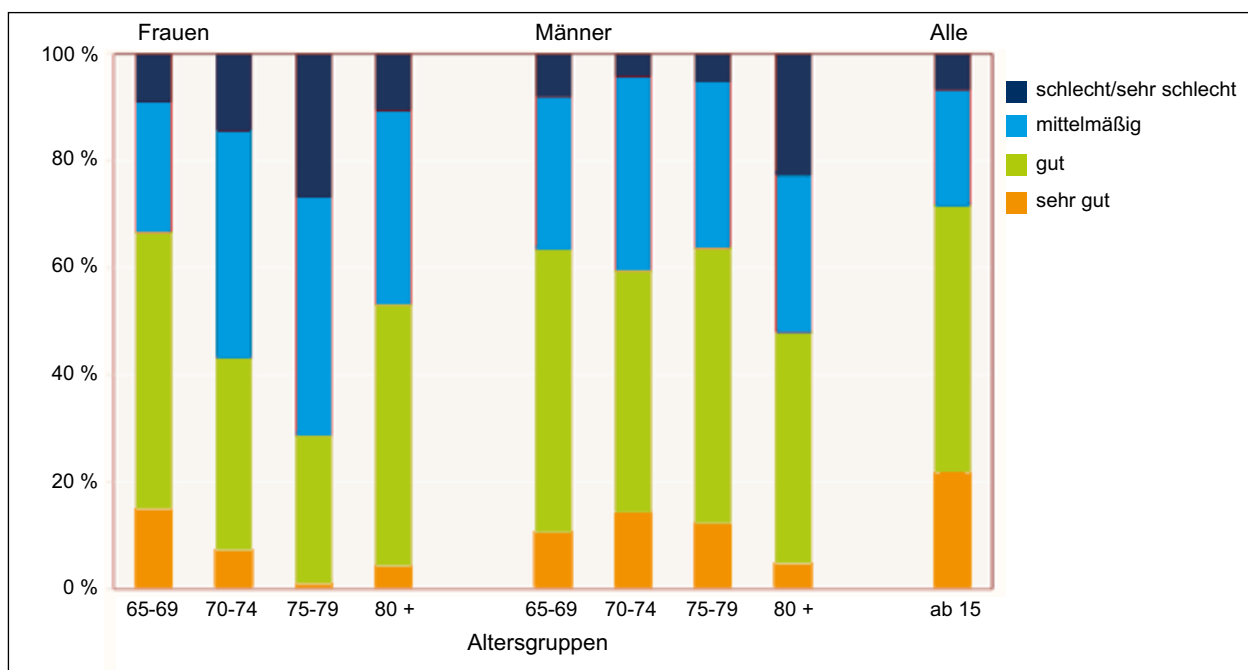
431 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“, Berlin 2011.

432 Vgl. Saß A.C./Wurm S./Scheidt-Nave C.: Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2010 (5), S. 404-416, S. 413.

433 Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“, Berlin 2011.

schnitt aller Befragten⁴³⁴ sehr nahekommt. In den Nennungen der Altersgruppen der 70 bis 74-Jährigen bzw. 75 bis 79-Jährigen sind höhere Anteile mit „mittelmäßiger“ oder „schlechter“ bis „sehr schlechter“ Gesundheit zu erkennen. In der Gruppe der hochbetagten Frauen (80 Jahre und älter) zeigt sich dagegen ein insgesamt positiveres Bild. Dies könnte allerdings u. a. wiederum damit zusammenhängen, dass aufgrund der ausschließlichen telefonischen Befragung der volljährigen, deutschsprachigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten Einschätzungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern fehlen und gerade in dieser Altersgruppe der Erhalt einer (noch weitgehend) selbstständigen Lebensführung einen großen Effekt auf das individuelle Wohlbefinden hat.

89 Subjektives gesundheitliches Befinden 2010⁴³⁵



Männer berichten in den drei Altersgruppen, welche die ersten 15 Ruhestandsjahre umfassen, weitgehend gleich über ihr Befinden. Für mehr als die Hälfte fällt die Bewertung „gut“ oder gar „sehr gut“ aus. Das könnte auf gesundheitliche Entlastungen zurückzuführen sein, die mit der Beendigung beruflicher Arbeit wirksam werden. Mit dem Eintritt in den Ruhestand ist möglicherweise auch ein ausgeprägter Wille zum positiven Erleben des neuen Lebensabschnitts verbunden. Bei Befragungen neigen Männer außerdem dazu, ihre Situation subjektiv besser zu bewerten als Frauen. Für die ab 80-Jährigen scheint sich das allgemeine Befinden aber doch zu verschlechtern. Diese Aussage muss allerdings mit einer Einschränkung versehen werden: Daten einer Querschnitts-Stichprobe lassen Aussagen über gesundheitliche Veränderungen im Verlauf des Lebens streng genommen methodisch nicht zu. In einer anderen Alterskohorte, z. B. den

434 Im Jahr 2010 wurden im Rahmen der GEDA-Studie insgesamt 4.765 NRW-Bürgerinnen und Bürger zu ihrer Gesundheit befragt.

435 Subjektives gesundheitliches Befinden ab 65 Jahren; Nordrhein-Westfalen 2010 GEDA 2010, Robert Koch-Institut, n = 4.765, eigene Auswertung: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

Personen, die erst nach Ende des Zweiten Weltkriegs geboren wurden, könnte die Gesundheit im Alter über 80 Jahren anders bewertet werden, da Belastungen in der Kindheit, aber auch die Gesamtbelastung im Lebensverlauf durch Kriege oder ähnlich gravierende Lebensereignisse, von Generation zu Generation stark variieren können. In der landesspezifischen Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS)⁴³⁶ zeigten sich bei den befragten Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren⁴³⁷ hinsichtlich der subjektiven Gesundheit Unterschiede in verschiedenen Teilregionen Nordrhein-Westfalens. So war die Einschätzung der subjektiven Gesundheit im Ruhrgebiet im Durchschnitt etwas schlechter als in den übrigen Regionen Nordrhein-Westfalens, insbesondere im Vergleich zu den Rheinmetropolen (Köln, Bonn, Düsseldorf usw.). Wie in anderen Untersuchungen auch berichteten die Befragten mit dem höchsten Bildungsniveau deutlich häufiger über einen „guten“ bis „sehr guten“ subjektiven Gesundheitszustand (70 %) als Menschen mit geringer Bildung (45 %). Die schlechtere Einschätzung der subjektiven Gesundheit im Ruhrgebiet korrespondiert mit Unterschieden der sozialen, demografischen und gesundheitlichen Lage, die für Kreise und kreisfreie Städte in Nordrhein-Westfalen ermittelt wurden. Dabei ist für die demografisch und sozioökonomisch deutlich benachteiligten Ruhrgebietsstädte auch faktisch ein hohes Maß an gesundheitlicher Ungleichheit⁴³⁸ und dementsprechende gesundheitliche Problemlagen festzustellen.⁴³⁹

7.3.2.2 Körperliche Funktionsfähigkeit

Wenn es um die Fähigkeit zu einer selbstbestimmten Lebensführung geht, stellen nicht nur die dargestellten chronischen Krankheiten eine potenzielle Einschränkung dar. Weitere Behinderungen können aus Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Schlafstörungen, nachlassenden Leistungen von Sinnesorganen, des Gedächtnisses, der Muskelkraft und des Koordinierungsvermögens sowie aus Harninkontinenz resultieren.⁴⁴⁰ Diese können generell die Ausführung von Alltagsaktivitäten beeinträchtigen und, insbesondere bei zunehmender Unselbstständigkeit, die Teilnahme am sozialen Leben beträchtlich einschränken. In der landesspezifischen Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS) berichten jedoch auch die über 70-Jährigen mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 70 von 100 Punkten noch über eine gut ausgeprägte körperliche Funktionsfähigkeit. Auch in diesem Bereich zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsniveau und Geschlecht. Frauen schätzen ihre körperliche Leistungsfähigkeit etwas schlechter ein als Männer und gering gebildete Personen schlechter als höher gebildete Personen.⁴⁴¹

436 Vgl. Wagner M./Motel-Klingebiel: Die Lage älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Forschungsinstitut für Soziologie der Universität zu Köln und Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), 2013, Berlin.

437 In der DEAS-NRW 2008 Stichprobe wurden 466 Männer und 417 Frauen mündlich und z. T. zusätzlich schriftlich zu verschiedenen Themenfeldern (u. a. auch zu ihrer Gesundheit) befragt.

438 Gesundheitliche Unterschiede wurden für die Kreise und kreisfreien Städte anhand von Krankenhausfällen zu unterschiedlichen Indikationen (Lungenkrebs, Diabetes, alkoholbedingte Leberkrankheiten sowie Schlaganfall) ermittelt (vgl. Dahlbeck/Neu 2014).

439 Dahlbeck, E./Neu M. (2014). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Nordrhein-Westfalen. Institut für Arbeit und Technik, Forschung Aktuell, 3., 2014. (www.iat.eu/forschung-aktuell/2014/fa2014-03.pdf (Stand: 22.4.2014))

440 Vgl. Saß, A.C./Wurm, S./Scheidt-Nave, C.: Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2010 (5), S. 404-416, S.411.

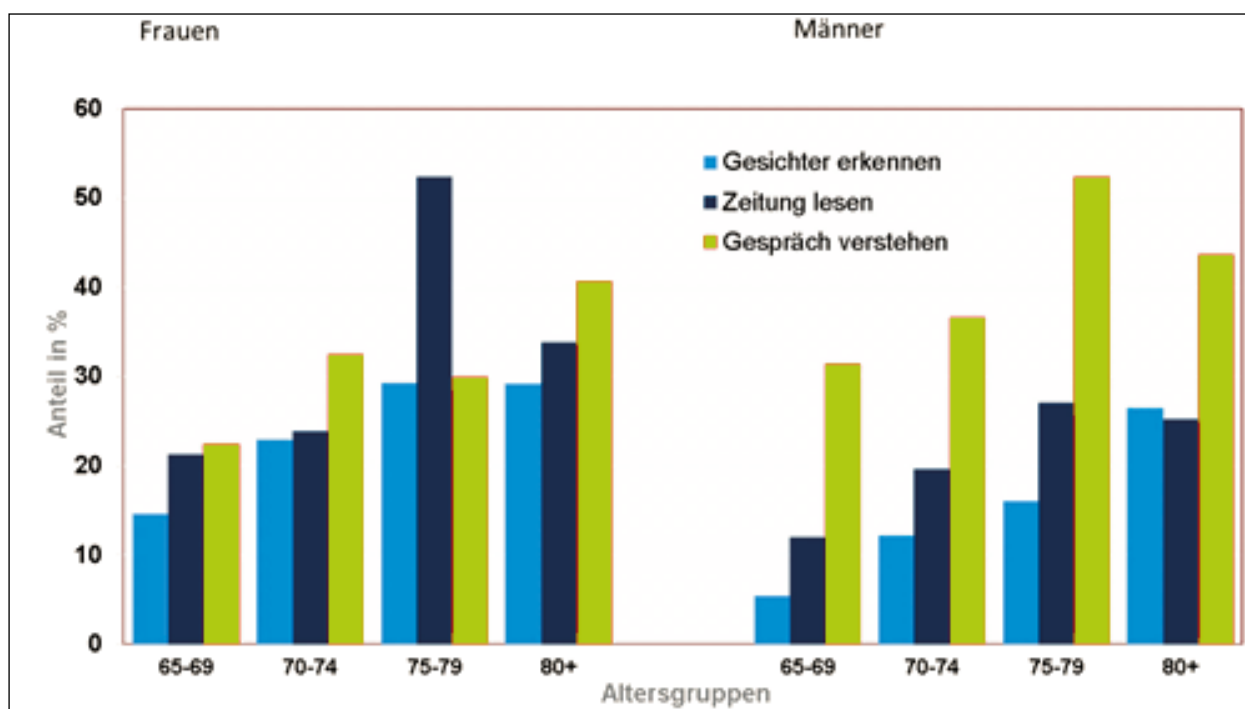
441 Vgl. Wagner, M./Motel-Klingebiel: Die Lage älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Forschungsinstitut für Soziologie der Universität zu Köln und Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), 2013, Berlin.

Nachlassende Fähigkeiten des Hörens und Sehens wirken sich besonders nachteilig auf die soziale Teilhabe aus. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der unmittelbaren Kommunikation mit anderen Menschen, sondern auch in Bezug auf die persönliche Mobilität im Straßenverkehr. Eine Beeinträchtigung der Lebensqualität entsteht auch, wenn das Gesagte „in einem Gespräch mit mehreren Personen“ – ggf. auch mit einem Hörgerät – nicht mehr verstanden werden kann.

Schwierigkeiten „das Gedruckte einer Zeitung zu lesen“ mögen bei einem vielfältigen Angebot anderer Informationsquellen noch als vergleichsweise harmlos erscheinen. Gravierender in ihrer alltäglichen Wirkung dürfte es jedoch sein, wenn das „Gesicht einer Person in vier Metern Entfernung, z. B. auf der anderen Straßenseite“ gar nicht oder nur noch „mit großen Schwierigkeiten“ erkannt werden kann. Zu den häufigsten Augenerkrankungen im Alter (die nicht über eine Brille oder Kontaktlinsen korrigiert werden können) gehören der graue Star (Katarakt), der grüne Star (Glaukom), die Netzhautablösung, die Diabetische Retinopathie, und die Altersbedingte Makuladegeneration (AMD).

Wie in der nachfolgenden Grafik mit Selbstauskünften aus der bereits zitierten GEDA-Studie zeigen⁴⁴² erkennbar (s. Abbildung 90), sind diese Handicaps je nach Alter mit 10 bis 30 % (Schwierigkeiten der Erkennung von Gesichtern) bzw. 30 bis über 50 % (Verstehen von Gesprächen) relativ weit verbreitet. In der Fachliteratur finden sich Hinweise, dass diese Probleme in der ambulanten Versorgung eher zu gering beachtet werden.⁴⁴³

90 Schwierigkeiten mit dem Hören und Sehen⁴⁴⁴



442 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“, 2011, Berlin.

443 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. 2009, Berlin.

444 Schwierigkeiten mit Hören und Sehen, ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2010; GEDA 2010, n = 1.144, Robert Koch-Institut, eigene Auswertung; LZG.NRW.

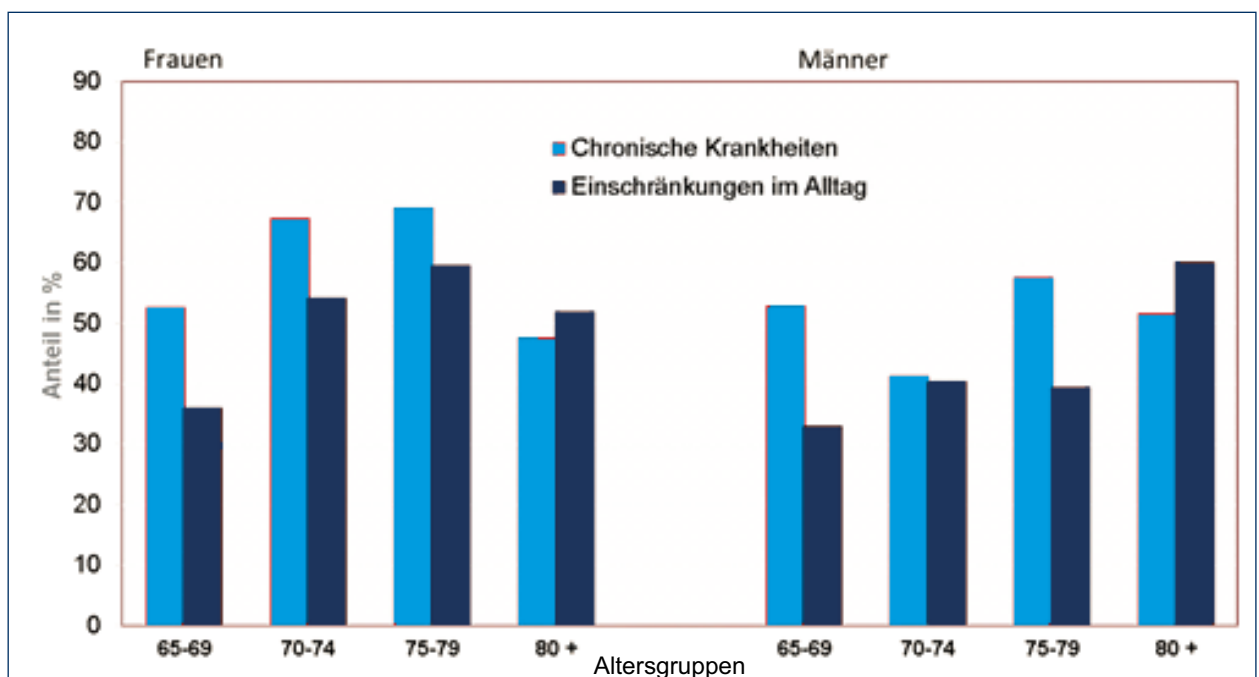
7.3.2.3 Einschränkungen im Alltag und Hilfebedarf

Welche Einschränkungen mit chronischen Krankheiten verbunden sind, lässt sich in einer Stufenfolge beschreiben. Sie beginnt mit der Anpassung alltäglicher Aktivitäten an eine reduzierte Leistungsfähigkeit, z. B. langsames Gehen und verlängerte Ruhezeiten im Tagesverlauf. Ein höherer Grad der Einschränkungen ist gegeben, wenn notwendige Verrichtungen des alltäglichen Lebens, insbesondere der Haushaltsführung (Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Putzen usw.) nicht mehr allein bewältigt werden können. Eine Steigerung dieses Verlusts an Selbstständigkeit ist schließlich in den verschiedenen Stufen der Pflegebedürftigkeit gegeben.

Mit rund 50 % fällt der Anteil der über 65-Jährigen, die nach eigenen Angaben „durch Krankheit in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft eingeschränkt“ sind, geringer aus als die Verbreitung chronischer Krankheiten.⁴⁴⁵

Erst ab einem Alter von 80 Jahren übersteigen die Einschränkungen im Alltag die Prävalenz chronischer Krankheiten bei Frauen und bei Männern (s. Abbildung 91).

91 Chronische Krankheiten und Einschränkungen im Alltag 2010⁴⁴⁶



Viele chronische Krankheiten sind bei näherer Betrachtung als Funktionsstörungen anzusehen, deren medizinische (Früh-)Behandlung den weiteren Krankheitsverlauf verlangsamen und akute Ereignisse vermeiden kann. Ein Behandlungserfolg besteht bei dieser Ausgangssituation auch darin, dass Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag weitgehend beeinträchtigungsfrei und selbstständig bleiben.

Für Ältere ist die Fähigkeit, das Leben eigenständig meistern zu können, außerordent-

445 Vgl. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“, 2011, Berlin.

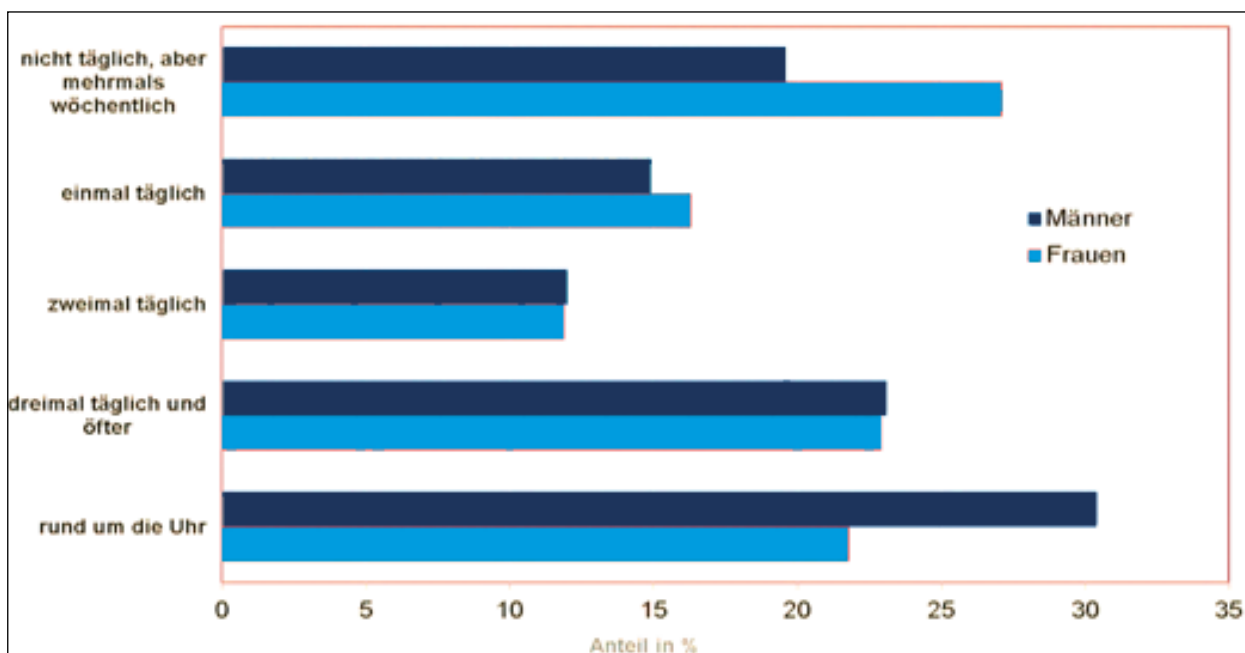
446 Chronische Krankheiten und Einschränkungen im Alltag, ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2010; GEDA 2010, n = 1.144, Robert Koch-Institut, eigene Auswertung: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

lich wichtig. Nur 12,8 % geben auf eine entsprechende Frage im Rahmen einer Zusatzerhebung im Rahmen des Mikrozensus' des Statistischen Bundesamtes an, dauerhaft Hilfe bei der Bewältigung von Aufgaben des täglichen Lebens zu benötigen.⁴⁴⁷

Das wären hochgerechnet auf die aktuelle 65-jährige und ältere Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen 463.000 Personen.

An erster Stelle des Hilfebedarfs rangiert die hauswirtschaftliche Versorgung, gefolgt von Hilfen bei der Mobilität, der Körperpflege und der Ernährung. Diese Rangfolge korrespondiert eng mit der Intensität des Hilfebedarfs. Etwa ein Viertel der Hilfebedürftigen benötigt die Hilfe nicht täglich und damit vergleichsweise selten. Gut die Hälfte benötigt sie ein- bis mehrmals in der Woche und lediglich ein knappes weiteres Viertel braucht eine intensive Betreuung „rund um die Uhr“. Das gilt insbesondere für hilfebedürftige Männer (s. Abbildung 92).

92 Subjektiver Hilfebedarf nach Häufigkeit 2003⁴⁴⁸

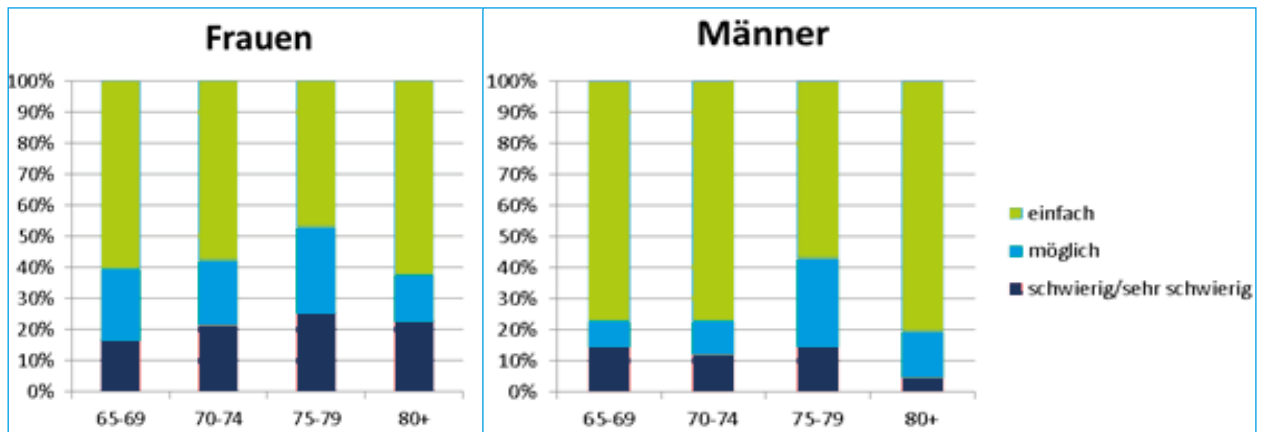


Einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung einer halbwegs selbstständigen Lebensführung können Nachbarinnen und Nachbarn leisten, indem sie kleinere Besorgungen erledigen, bei besonders anstrengenden Hausarbeiten helfen oder einfach nur die Sicherheit geben, bei Bedarf ansprechbar zu sein. Solche Hilfen sind für die große Mehrheit der Älteren nach eigener Auskunft „einfach“ bzw. „sehr einfach“ zu erlangen oder aber immerhin „möglich“. Für 15 bis 25 % der älteren Frauen und Männer gestaltet sich die Inanspruchnahme nachbarschaftlicher Hilfe jedoch als „schwierig“ bis „sehr schwierig“, wobei Männer seltener über Schwierigkeiten berichten als Frauen.

447 Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Sozialbericht Nordrhein-Westfalen 2004, Düsseldorf.

448 Subjektiver Hilfebedarf älterer Menschen nach Häufigkeit in der Woche, ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2003; Mikrozensus 2003, Sozialbericht Nordrhein-Westfalen 2004:269, LZG.NRW.

93 Schwierigkeiten nachbarschaftliche Hilfe zu bekommen 2009⁴⁴⁹

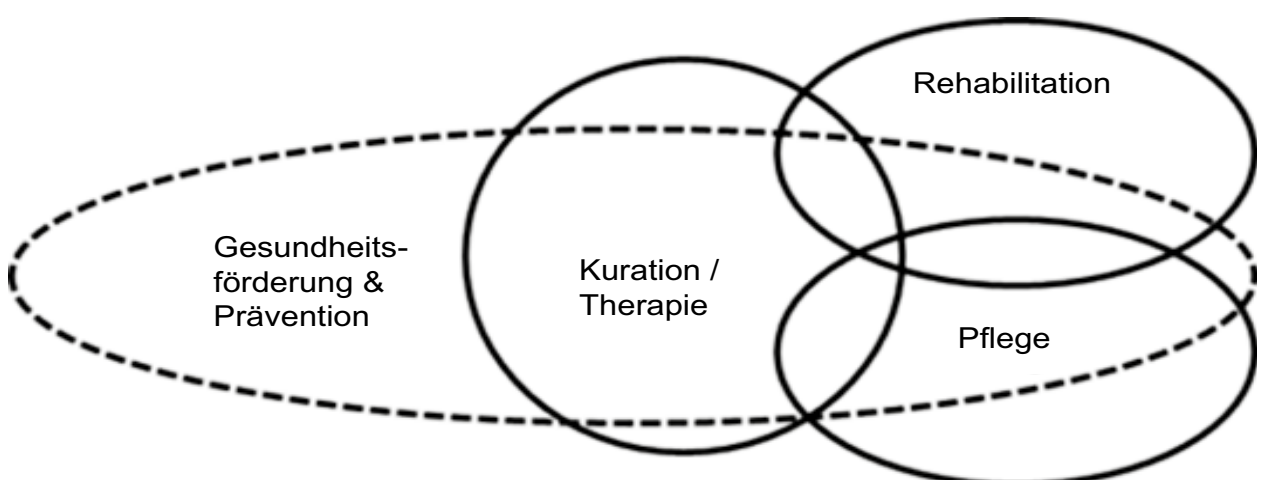


7.3.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Entscheidende Anteile gesundheitsbezogener Werte und des individuellen Gesundheitsverhaltens werden bereits von Mädchen und Jungen im Kindesalter erlebt und gelernt. Vorstellungen von „Gesundheit“ und die Entwicklung eines „Lebensstils“ sind darüber hinaus mit jeweils geltenden gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen und der Einbindung in eine soziale Gruppe verbunden. Daraus resultieren komplexe Bedürfnis- und Motivationsstrukturen und schließlich Gewohnheiten, die zwar langfristig wirksam sein können, aber grundsätzlich auch in späteren Lebensphasen veränderbar sind.

Gesundheitsförderung und Prävention sind wichtig für Menschen in allen Lebensphasen, so auch für die Zielgruppe der älteren Frauen und Männer. Sie setzen im Idealfall nicht nur lange vor der Kuration, Rehabilitation und Pflege ein, sondern sind als integrativer Bestandteil aller Versorgungssegmente anzusehen.

94 Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustandes der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems⁴⁵⁰



449 Schwierigkeiten nachbarschaftliche Hilfe zu bekommen, ab 65 Jahren, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009, GEDA 2009, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

450 Eigene Darstellung (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) nach Hurrelmann et al. 2004.

Mit dem Begriff der „Gesundheitsförderung“⁴⁵¹ werden Maßnahmen beschrieben, die auf die Förderung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen sowie auf die Stärkung persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenzen zielen.^{452 453 454} Ansätze der klassischen (Primär-) Prävention⁴⁵⁵, wie die Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung sowie die Bekämpfung der Gesundheitsrisiken des Rauchens und Alkoholkonsums sind ebenfalls in allen Lebensphasen und bis ins hohe Alter in unterschiedlichem Ausmaß für Frauen und Männer relevant. Auch bei bereits eingeschränkter Gesundheit oder behandlungsbedürftigen Krankheiten können Verhaltensänderungen auf diesen Gebieten zu einer Verbesserung der Krankheitsbewältigung und des allgemeinen Wohlbefindens beitragen.⁴⁵⁶

So können Aspekte wie Mobilität erhalten, Selbstständigkeit und Teilhabe im Alltag unterstützt und die Entstehung von Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Hier gilt es, krankheitsbedingte Auswirkungen zu lindern, den Ausbruch neuer Erkrankungen zu vermeiden und/oder zu erlernen, ein Leben mit einer Krankheit zu führen. Darüber hinaus soll eine Grundlage geschaffen werden, um zusätzliche Lebensjahre mit einer möglichst hohen Lebensqualität erleben zu können.

Neben verhaltenspräventiven Maßnahmen kommt insbesondere für ältere Menschen auch den verhältnispräventiven Interventionen – und somit der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie struktureller und sozioökonomischer Rahmenbedingungen – Bedeutung zu. Prävention (mit dem Ziel der Reduzierung von Risikofaktoren) und Gesundheitsförderung (mit dem Ziel Erhalt und Stärkung von Gesundheitsressourcen) sind zudem als ergänzende Strategien zu verstehen und der parallele Einsatz von ressourcenorientierten und risikominimierenden Interventionen⁴⁵⁷ ist auch im Hinblick auf ältere Menschen zu befürworten.

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen umfassen ein breites Handlungsfeld. Für die Gestaltung bedarfsgerechter Maßnahmen für ältere Frauen wie Männer wird in der Fachliteratur auf verschiedene handlungsleitende Grundsätze verwiesen:⁴⁵⁸ An dieser Stelle werden insbesondere die Grundsätze der „Befähigung“ und „Beteiligung“ sowie der „Berücksichtigung sozialer und gesundheitlicher Ungleich-

451 WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion

452 Vgl. Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz T./Haisch J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, Verlag Hans Huber. S. 11-20.

453 Vgl. Hurrelmann, K./Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München, Juventa-Verlag. S. 749-780.

454 Vgl. Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Urban & Fischer. S. 181-188.

455 Primärpräventive Interventionen umfassen die Krankheitsverhütung/-vermeidung; unter sekundärer Prävention versteht man die Krankheitsfrüherkennung (z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Screenings) und frühzeitige Behandlung. Bei der tertiären Prävention werden bereits erkrankte Personen adressiert; Ziel ist es, eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine Chronifizierung zu vermeiden (Franzkowiak, 2006, S. 179). Franzkowiak, P. (2006). Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 179-180.

456 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009.

www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14

457 Walter, U./Patzelt C. (2012). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: C. Klose J. & Schmacke N. Günster (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, S. 233-244. Zitat S. 234

458 Lis, K. (2011). Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. 16 evidenzbasierte Leitlinien. LIGA.Praxis 7

heit“ im Überblick dargestellt. Im Anschluss daran werden Maßnahmenbereiche der Gesundheitsförderung, die für das Leben im Alter besonders relevant oder durch Maßnahmen besonders gut beeinflussbar sind, beschrieben und mit praktischen Beispielen unterlegt. Exemplarisch werden gesundheitsfördernde Maßnahmen für ältere Menschen in NRW in den Bereichen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit vorgestellt.

7.3.3.1 Grundsätze für die Gestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Eine wesentliche Orientierung für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen bietet der Setting-Ansatz. Hierbei handelt es sich um eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung, die eine Verbindung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen anstrebt. Gemäß der Grundidee dieses Ansatzes, muss Gesundheitsförderung im Lebensalltag der Frauen und Männer ansetzen.⁴⁵⁹ Ausgangspunkt der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung ist, dass sich nicht nur das individuelle Gesundheitsverhalten, sondern auch die jeweiligen Lebensverhältnisse auf die Gesundheit der Menschen auswirken. Dementsprechend zielt die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung auf.^{460 461 462}

- die Stärkung individueller Ressourcen und Kompetenzen der Frauen und Männer in der jeweiligen Lebenswelt, d. h. die Befähigung der Zielgruppe, aktiv mit Problemen und Belastungen umzugehen, Lösungsansätze und Bewältigungsstrategien zu formulieren und umzusetzen;
- die aktive Gestaltung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen und Lebens(welt)en, einschließlich der Entwicklung von Lebens- und Arbeitsbedingungen zu einem gesundheitsfördernden Setting (Strukturbildung) und
- die systematische und aktive Einbindung der Menschen in der jeweiligen Lebenswelt in Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse (Partizipation).

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen sind somit dann erfolgversprechend, wenn sie direkt an den Lebenswelten (z. B. Quartier, Nachbarschaft, Seniorenheim) der Frauen und Männer anknüpfen, die Bedarfe berücksichtigen (z. B. geschlechtsspezifische, kultursensible Orientierung) und die Zielgruppe der älteren Menschen, die sich durch eine ausgesprochenen Heterogenität auszeichnet, mit einbeziehen (Beteiligung und Befähigung).⁴⁶³

7.3.3.1.1 Befähigung und Beteiligung

Damit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bedarfsgerecht gestaltet werden können, ist es wichtig, die ältere Zielgruppe nach Möglichkeit bereits an der Pla-

459 Altgeld, T. (2004). Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise für die Regiestelle E & C-der Stiftung SPI. BMFSFJ (Hrsg.) (06/2010) Online verfügbar unter www.eundc.de/pdf/09600.pdf

460 Kilian, H./Geene, R./Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In Rosenbrock, R. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven, WirtschaftsVerlag N W Verlag für neue Wissenschaften. S. 151-232.

461 Rosenbrock, R. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. Das Gesundheitswesen, 66, 146-152.

462 Gold, C. et al. (2008). Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Gesunde Lebenswelten schaffen. Heft 1. Gesundheit Berlin (Hrsg.). Möller Druck und Verlag GmbH, Berlin.

463 Lis, K. (2011). Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. 16 evidenzbasierte Leitlinien. LIGA.Praxis 7.

nung und Entwicklung zu beteiligen. Gerade ältere Menschen verfügen häufig über Zeit und Interesse, sich weiterzubilden, zu informieren und zu engagieren. Partizipativ entwickelte und gestaltete Angebote können ältere Menschen Handlungs-, Begegnungs- und Beteiligungsspielräume eröffnen, um Problemfelder und Lösungsstrategien selbst zu formulieren und zu bearbeiten. Wohnortnahe Angebote zur Aktivierung, Bildung, (Gesundheits-)Beratung, Beteiligung sowie sozialen Vernetzung können dazu beitragen, ältere Menschen im Bereich gesundheitsbezogener Themen zu befähigen und ihnen einen Zugang zu relevanten Informationen, Medien oder Gremien ermöglichen. Die Wahrnehmung von eigenen und fremden Bedürfnissen und das Wissen um Einflussmöglichkeiten auf die eigenen Lebensumstände fördern ein gesundes, aktives Leben im Alter.⁴⁶⁴

Unter der Perspektive der Vernetzung im Quartier oder in der Nachbarschaft sollten explizit auch gesundheitsfördernde Themen bearbeitet und ältere Menschen gezielt angesprochen und einbezogen werden. Neben lokalen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich können dabei auch ältere Menschen selbst zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden, die Gesundheitswissen weitertragen und zur Entwicklung von Strukturen beitragen (Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement).

Die Beteiligung und Befähigung älterer Frauen und Männer erfordert entsprechende Kompetenzen und (professionelle) Strukturen wie sie u. a. über die gesundheitsbezogene Selbsthilfe bereitgestellt werden.

Nach Angabe von NAKOS⁴⁶⁵ sind auf lokaler Ebene in Deutschland ca. 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen und ca. 270 Selbsthilfekontaktstellen auszumachen.⁴⁶⁶ Bundesweit haben sich zudem ca. 360 Selbsthilfeorganisationen etabliert.⁴⁶⁷ In Nordrhein-Westfalen übernehmen die landesweit mehr als 10.000 Selbsthilfegruppen wichtige Funktionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Rehabilitation. Freiwillig engagiert sind in den Bereichen Soziales, Gesundheit und Pflege überwiegend Frauen mit einem Anteil von 63 %.⁴⁶⁸ Männer hingegen sind in den Bereichen Gewerkschaft, Sport (Vereine) und Rettungsdiensten dominant verankert, leitende Funktionen im Ehrenamt werden zu 42 % von Männern bekleidet.⁴⁶⁹ Zusammengefasst zeigt sich im Ehrenamt eine Reproduktion vergeschlechtlicher Rollenmuster (siehe hierzu auch Kapitel 7.6). Mit Blick auf die Nutzerinnen und Nutzer (Betroffene und/oder Angehörige) fällt überdies auf, dass Selbsthilfegruppen zudem überwiegend von Frauen aufgesucht und in Anspruch genommen werden. Ein besonderer Bedarf an Unterstützung einerseits, der zudem die sehr heterogene Gruppe der Frauen andererseits betrifft, ist damit zunächst festgestellt. Selbsthilfegruppen verfolgen das Ziel, ihre Mitglieder bei der Bewältigung chronischer Krankheiten und Behinderungen oder in sozialen Ausnahmesituationen zu unterstützen.

464 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 6. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 2003.

465 NAKOS = Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Vgl. Internetquelle: www.nakos.de/site/ (letzter Zugriff: 16.08.2014).

466 Vgl. Hundertmark-Mayser, J./Möller, B./Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004): Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23, S. 11.

467 Ebd.

468 Vgl. Notz, G. (2011): Ehrenamt. In: Ehlert, G./Funk, H./Stecklina, G. (2011): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa-Verlag Weinheim und München, S.101-103.

469 Vgl. WZB (Wissenschaftszentrum Berlin), Projektgruppe Zivilengagement (2009): Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. Berlin: BMFSFJ.

Ratsuchende können über die Selbsthilfe-Kontaktstellen, die es in allen Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens gibt, themenspezifische Angebote der Selbsthilfe finden.⁴⁷⁰ Schwerpunkte der Koordination für Selbsthilfe-Unterstützung im Jahr 2013 waren die Themen „Selbsthilfe und Demenz“ sowie „Selbsthilfe und Pflege bzw. pflegende Angehörige“.⁴⁷¹

Viele chronische Krankheiten, wie z. B. Diabetes, Asthma oder Multiple Sklerose können durch ein aktives Selbstmanagement erfolgreicher bewältigt und damit in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden. Deshalb wird in den verschiedenen, leitliniengestützten Behandlungsprogrammen großer Wert auf die Schulung der Patientinnen und Patienten gelegt.

Hausärztinnen und Hausärzte können ebenfalls im Rahmen ihrer regulären Sprechstunden wesentliche Beiträge leisten, indem sie Belastungsursachen initiativ ansprechen und Patientinnen und Patienten zu aktiver Bewältigung anregen, ihrer Empathie für das von Patientinnen und Patienten angesprochene Leid Ausdruck verleihen, Beistand und Rat – auch für Angehörige – geben, wenn die Krankheit von Patientinnen und Patienten von familiären Problemen begleitet wird und die Gefahr negativer Wechselwirkungen besteht, sowie Hinweise auf externe Hilfen, z. B. von Beratungsstellen und anderen Einrichtungen, geben.⁴⁷²

Eine systematische Bestandsaufnahme zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen im Allgemeinen sowie zu Angeboten und Leistungen zur Bewältigung chronischer Krankheiten im Besonderen steht allerdings noch aus.

Praxisbeispiele aus Nordrhein-Westfalen

- In Nordrhein-Westfalen werden in verschiedenen Kommunen die „aktive“ Weitergabe von Informationsmaterialien zu Angeboten der Gesundheitsförderung sowie das Ausstellen von „Bewegungsrezepten“ durch Hausärztinnen und Hausärzte als Möglichkeit angesehen, ältere Patientinnen und Patienten für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und zu aktivieren.^{473 474} Eine Erprobung des „Rezepts für Bewegung“ erfolgt in Nordrhein-Westfalen seit 2010 in Kooperation zwischen Landessportbund NRW, den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie den Sportärztebünden Nordrhein und Westfalen.⁴⁷⁵
- Der „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ fokussiert u. a. auch eine bedarfsgerechte Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung, die es wohnortnah sicherzustellen

470 Vgl. KOSKON – Koordination für die Selbsthilfeunterstützung in Nordrhein-Westfalen www.koskon.de/adressen/selbsthilfe-kontaktstellen.html

471 Koordination für Selbsthilfe in NRW (KOSKON): Sachbericht 2013 der Koordination für Selbsthilfe-Unterstützung (KOSKON) in Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter www.koskon.de/fileadmin/downloads/01.01.2013_-_31.12.2013_-_Internetversion.pdf.

472 Vgl. Streich, W./Stock, K.: Was ist der spezifische Beitrag von Hausärzten zur Prävention? - Eine qualitative Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen. Prävention und Gesundheitsförderung. (2012), DOI 10.1007/s11553-012-0342-S, S. 1-6

473 Vgl. Kuhlmann, A. (2012). Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen – zwischen kommunaler Verantwortung und Selbstverpflichtung. Eine Untersuchung in ausgewählten kommunalen Gesundheitskonferenzen in Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen. Dissertation. TU Dortmund, Dortmund.

474 Vgl. LIGA NRW (2010): Bewegungsförderung 60+ Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA.Praxis 6. Online verfügbar unter https://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_06_2010.pdf (Stand: 30.6.2014).

475 Vgl. ebd.

len gilt. Durch die Verbindung sozialer und gesundheitlicher Unterstützungsangebote im Quartier kann ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheitsförderung geleistet werden. Zentral für die Umsetzung von Quartiersprojekten ist dabei die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung.

- Das Handlungsfeld „sich einbringen“ greift den Wunsch älterer Menschen nach der Ausübung sinnerfüllter Tätigkeiten in und für Gemeinschaft auf und unterstützt sie dabei u. a. mit präventiven Angeboten und der Förderung von Kompetenzen und Eigeninitiative.⁴⁷⁶ Darüber hinaus kann eine altengerechte Quartiersentwicklung durch weitere Instrumente befördert werden; der „Fachplan Gesundheit“⁴⁷⁷ bietet die Möglichkeit, speziell die gesundheitliche Versorgung im Quartier zu unterstützen.⁴⁷⁸
- Beteiligung und Befähigung im Bereich Gesundheitsförderung wird nicht zuletzt durch die Landesseniorenvertretung unterstützt, die sich maßgeblich auch zum Themenfeld Gesundheit engagiert, u. a. durch regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit, entsprechende Schwerpunktsetzungen in der LSV-Zeitschrift „Nun reden wir“⁴⁷⁹ sowie die Unterstützung und Mitwirkung in Projekten und Initiativen.

7.3.3.1.2 Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter

Auch im Alter sind Menschen von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen und die Chance für ein gesundes Alter(n) sozial ungleich verteilt (vgl. Kap. 7.3.3.1).

Für die Zielgruppe ältere Menschen – und hier insbesondere ältere Frauen und Männer, die von sozialer Benachteiligung bedroht oder betroffen sind – wurde in den letzten Jahren die Bedeutung des Settings Kommune (bzw. unterschiedlicher Sozialräume wie Stadtteile, Quartiere, Nachbarschaften) als geeigneter lebensweltbezogener Zugang zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung hervorgehoben.^{480 481} Durch einen lebensweltbezogenen Ansatz der Gesundheitsförderung im Setting Kommune können ältere Frauen und Männer gezielt erreicht werden und ihnen ein niedrigschwelliger Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten eröffnet werden. Dabei gilt es insbesondere diejenigen Älteren zu adressieren, die bislang kaum an entsprechenden Maßnahmen partizipieren.

Dies sind in besonderem Maße ältere Beschäftigte mit geringer Qualifikation, ältere Arbeits- und Wohnungslose, Frauen und Männer im Rentenalter mit geringem Einkommen wie beispielsweise Witwen und Alleinerziehende, ältere Frauen und Männer mit Migrationshintergrund, alleinstehende ältere Frauen und Männer mit geringer sozialer Einbindung, pflegebedürftige und ältere Frauen und Männer mit Behinderung und Mobilitätseinschränkungen.⁴⁸²

476 Vgl. MGEPA NRW (2013): „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter.

477 https://www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_planen/fachplan_gesundheit/

478 Vgl. ebd.

479 www.lsv-nrw.de/fileadmin/Dokumentenablage/lsv-nrw/Nun-reden-wir/NRW_Ausgabe_88.pdf

480 Vgl. Kumpers, S./Rosenbrock, R. (2010). Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In: Naegele, G. (Hrsg.). Soziale Lebenslaufpolitik. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 281-308.

481 Vgl. Kumpers, S. (2008). Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozioökonomisch benachteiligten älteren Menschen – Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In: Richter, A./Bunzendahl, I./Altgeld, T. (Hrsg.). Dünne Rente – dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Frankfurt, a. M., Mabuse-Verlag. S. 133-148.

482 Vgl. Altgeld T.: Alt werden, gesund bleiben – Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2009, S. 220-234.

Geschlechterspezifische Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet, dass die zu meist sehr unterschiedlichen Bedürfnisse beider Geschlechter ermittelt und in die Planung von entsprechenden Maßnahmen einbezogen werden.⁴⁸³

Grundlage für eine adäquate gesundheitliche Förderung bilden neben dem Geschlecht weitere, miteinander verzahnte Dimensionen, die über die Lebensspanne Einfluss auf das Verhalten und die Gestaltung der Lebenslagen nehmen bzw. genommen haben.

Eine so verstandene Gesundheitsförderung und Prävention folgt zwei Maximen:

Zum einen erhalten Frauen und Männer beim Vorliegen derselben Bedürfnisse auch das gleiche Angebot (horizontale Chancengleichheit), zum anderen werden ihnen bei geschlechtsbedingt unterschiedlichen Bedürfnissen auch geschlechtsdifferenzierte Maßnahmen angeboten (vertikale Chancengleichheit).^{484 485} Geschlechtergerechte Ansätze für ältere Menschen zielen u. a. auf folgende Inhalte ab:

- Maßnahmen für sozial Benachteiligte sollten vor allem Frauen berücksichtigen, da diese sich in der Regel in einer schlechteren sozialen Lage befinden und
- Männer, die sich zeitlebens nicht mit Gesundheit beschäftigt haben, sollten auch noch im Alter zu mehr Gesundheitsbewusstsein und einem gesünderen Lebensstil befähigt und motiviert werden.
- Da es häufig die Frauen sind, die informelle Hilfen erbringen, sollten für sie mehr Unterstützungsangebote geschaffen werden.⁴⁸⁶

Auch für ältere Menschen ist eine kultursensible Orientierung in der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutsam. Modellrechnungen zeigen, dass der Anteil älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen in den nächsten Jahren stark ansteigen wird.

Migrantinnen und Migranten sind nicht grundsätzlich kränker als einheimische Menschen – aber ihre Erkrankungen werden oft durch zusätzliche Probleme begleitet. Dazu gehören z. B. ein schlechterer Zugang zum Versorgungssystem, kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis und sprachliche Barrieren.

Angesichts der Kumulation verschiedener gesundheitlicher Risikofaktoren stellen ältere Migrantinnen und Migranten eine besonders gefährdete Gruppe dar, deren Chancen für ein gesundes Altern erheblich beeinträchtigt sind.

Die häufig prekären Lebenslagen und damit einhergehende gesundheitliche Gefährdungsaspekte älterer zugewanderter Menschen verweisen auf die Notwendigkeit einer umfassenden zielgruppenorientierten Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 8.2.5).

Gleichzeitig weisen Befragungen darauf hin, dass insbesondere ältere Migrantinnen und Migranten zu den von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention am wenigsten erreichten Zielgruppen gehören.⁴⁸⁷ Der Zugang und die Teilnahme von älte-

483 Vgl. Lademann J./Kolip P. (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg.): Fehlzeiten – Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer 2008, S. 5-20.

484 Dahrouge S./Hogg W./Tuna M et al.: An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. *BioMed Central Public Health*. 2010 (10), 151, S. 1-12.

485 Lademann J./Kolip P.: Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg.): Fehlzeiten – Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer 2008, S. 5-20.

486 Kruse A.: *Gesund altern – Broschüre*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2004.

487 Vgl. Hollbach-Grömig B./Seidel-Schulze A.: *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene - eine Bestandsaufnahme*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 33).

ren Migrantinnen und Migranten an gesundheitsfördernden Angeboten werden durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Diese müssen bei der kultursensiblen Gestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen berücksichtigt werden, z. B. durch^{488 489}

- niedrigschwellige, aufsuchende bzw. wohnortnahe Angebote,
- kontinuierliche, vertrauensschaffende Maßnahmen, z. B. durch muttersprachliche Informationen und eine direkte persönliche Ansprache, möglichst durch vertraute Bezugspersonen,
- lebensweltorientierte Ansätze, z. B. durch nationalitäten- bzw. herkunftslandspezifische Angebote, geschlechtsspezifische Angebote sowie kostengünstige bzw. kostenfreie Angebote ohne Vorfinanzierungsverpflichtung, die den häufig engen finanziellen Spielräumen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund Rechnung tragen,
- ganzheitliche Ansätze, die die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit (physische, psychische und soziale Aspekte) integrieren und damit den häufig multiplen Risikokonstellationen älterer Migrantinnen und Migranten Rechnung tragen,
- Unterstützung der Selbsthilfe, Selbstorganisation und Partizipation älterer Migrantinnen und Migranten im Bereich der Gesundheitsförderung,
- Ausbau der zielgruppenorientierten Koordination und Kooperation durch Vernetzung zwischen den Handlungsfeldern Gesundheitsversorgung, Migrations- bzw. Integrationsarbeit und Altenhilfe sowie ggf. weiteren in der Gesundheitsförderung aktiven Einrichtungen (Sport, Erwachsenenbildung etc.),
- Ausweitung und Weiterentwicklung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung, indem z. B. Begegnungsstätten oder Treffpunkte älterer Migrantinnen und Migranten, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren, gezielt unterstützt werden,
- Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe durch Angebote, die den jeweiligen individuellen und örtlichen Rahmenbedingungen entsprechen.

Praxisbeispiele aus Nordrhein-Westfalen

Die Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit Nordrhein-Westfalen“ am LZG.NRW ist Teil eines bundesweiten Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Sie schafft Kontakte, vermittelt Wissen und zeigt Möglichkeiten auf, das Thema zu bearbeiten, Projekte bekannt zu machen sowie Akteurinnen und Akteure zu sensibilisieren. Die Koordinierungsstelle hat einen inhaltlichen Schwerpunkt zum Thema „Gesundheitsförderung im Alter“.

Das Aktionsbündnis „Gesund leben und älter werden in Eving“ (2008 – 2009)⁴⁹⁰ zielte auf die Etablierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen

488 Vgl. Olbermann, E./Drewniak A./Lak, C. (2010). Praxisleitfaden zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Forschungsprojektes und Handlungsempfehlungen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie. Auftraggeber: BMBF. Online verfügbar unter [www.ffg.tu-dortmund.de/Projekte/Abgeschlossene Projekte/2010/Gesundheitsfoerderung_und primaerpraevention/index/html](http://www.ffg.tu-dortmund.de/Projekte/Abgeschlossene_Projekte/2010/Gesundheitsfoerderung_und_primaerpraevention/index/html). (Stand: 21.7.2014).

489 Vgl. Olbermann, E. (2014). Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund: Forschungsstand zur gesundheitlichen Lage, zum Bedarf, zu Zugangswegen und zur Angebotsgestaltung. Vortrag im Rahmen der Fachtagung der BZgA zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund“ am 9. Dezember 2013 in Köln.

490 Vgl. Lis., K./Olbermann, E./von Koenen, C./Wisniewski, G. (2011). Praxishandbuch. Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie.

im Dortmunder Stadtbezirk Eving. Adressiert wurden ältere Bürgerinnen und Bürger, die hohe soziale, personale und gesundheitliche Risikofaktoren aufwiesen und von bestehenden Angeboten bisher nicht oder kaum erreicht wurden (ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, ältere Männer, ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen). Im Rahmen des Projektes wurde ein Leitfaden mit praktischen Hinweisen zur partizipativen Entwicklung von gesundheitsfördernden Angeboten sowie zur wohnortnahen Gestaltung von Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung für ältere vulnerable Zielgruppen erarbeitet.

7.3.3.2 Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Gesundheitsförderung und Prävention legen in der Praxis oft einen Fokus auf die individuellen Lebensweisen bzw. das Gesundheitsverhalten älterer Menschen. Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen adressieren dabei unterschiedliche Aspekte wie z. B. Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit.

Bei der Entwicklung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention ist generell auf förderliche bzw. hemmende Rahmenbedingungen zu achten, die z. B. eine Teilnahme an Maßnahmen begünstigen (z. B. Komm-Strukturen oder kostenfreie Angebote) bzw. die Annahme von Angeboten verhindern oder erschweren (z. B. schlechte Verkehrsverbindungen), einschließlich zugehender Angebote in die eigene Häuslichkeit. Auch die jeweiligen Lebensbedingungen sind maßgeblich für die Gesundheit von älteren Menschen und damit ebenfalls Gegenstand von Interventionen. Die Verhaltens- und Verhältnisebenen lassen sich dabei nicht strikt voneinander trennen, sie ergänzen und bedingen sich gegenseitig. So läuft z. B. die Motivation zum Radfahren oder Zufußgehen ins Leere, wenn keine Radwege vorhanden sind oder Geschäfte und andere Anlaufstellen zu weit vom Wohnort entfernt sind.

7.3.3.2.1 Körperliche Aktivitäten und Sport

Einfluss von körperlicher Aktivität und Sport auf die Gesundheit

Körperliche Aktivität und Sport haben eine zentrale Funktion für die Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit von älteren Menschen. Die gezielte regelmäßige Bewegung wirkt sich günstig auf die biologischen Altersmerkmale wie maximale Sauerstoffaufnahme, Muskelmasse, Körperfettanteil, Knochendichte, Insulinsensitivität, Cholesterin und Blutdruck aus.⁴⁹¹ Bereits moderate körperliche Aktivität stellt eine wirksame Maßnahme zur Prävention und Therapie verschiedener Krankheiten dar und senkt das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.⁴⁹² Durch einen aktiven Lebensstil kann die Entwicklung von bestimmten Krankheitsbildern, wie z. B. Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Arteriosklerose, Osteoporose, Diabetes und Darmkrebs, vorgebeugt werden. Auch das Risiko für altersbedingte Stürze und Hüftfrakturen kann durch eine regelmäßige körper-

491 Vgl. Haber, P. (2007): Präventive Bewegung und Training für Menschen über 40: wer, was, wieviel? In: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 14 (Nr. 4), S. 5-7 (Ausgabe Österreich).

492 Vgl. Löllgen, H. (2011a): Von der Sportmedizin zur Bewegungsmedizin: In der Evidenz angekommen! In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 62, (Nr. 5), S. 111-112.

liche Aktivität minimiert und eine längere Selbstbestimmung aufrechterhalten werden.⁴⁹³ Neben gesundheitlichen Einschränkungen können auch Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit vermieden oder hinausgezögert werden.⁴⁹⁴ Ferner belegen wissenschaftliche Studien einen positiven Zusammenhang zwischen regelmäßiger Bewegung und kognitiver Leistungsfähigkeit.⁴⁹⁵

Regelmäßige körperliche Aktivität stärkt das soziale, psychische und mentale Wohlbefinden. Freude und Spaß an der Bewegung sowie aktives Erleben und Erfahrbarmachen der Sinne beeinflussen die Stimmung positiv, fördern die Antriebskraft und tragen zu einem stabilen Selbstkonzept und Selbstbewusstsein bei.⁴⁹⁶ Nicht zuletzt fördert ein körperlich aktiver Lebensstil die individuellen Gesundheitsressourcen und Alltagskompetenzen. Besonders im Alter ist der Erhalt der Selbstständigkeit und Mobilität entscheidend und Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.⁴⁹⁷

Grundsätzlich sind die beiden Begriffe „körperliche Aktivität“ und „Sport“ zu unterscheiden. „Körperliche Aktivität“ wird als Oberbegriff für jede körperliche Bewegung, die durch Muskelarbeit und Energieverbrauch einhergeht, definiert. Dies umfasst Alltagsaktivitäten wie Berufs- oder Hausarbeit, Bewegungen zum Zwecke der Fortbewegung (z. B. Radfahren, Gehen, Treppensteigen) oder Bewegungen die der Entspannung dienen (z. B. spazieren gehen, den Hund ausführen).⁴⁹⁸

Dagegen umfasst „Sport“ eine aus dem Alltag herausgenommene körperliche Aktivität, die in der Freizeit geplant, umgesetzt und wiederholt wird. Die Bewegungen entsprechen dabei bestimmten qualitativen und quantitativen Anforderungen, welche Wachstumsvorgänge der beanspruchten Organe auslösen und nachhaltig deren Funktions- und Leistungsfähigkeit verbessern).⁴⁹⁹

Belastungsreize und körperliche Adaptation

Unabhängig vom Lebensstil setzen biologische Alterungsprozesse um das 35. Lebensjahr ein, welche mit einer abnehmenden Funktionstüchtigkeit der Organsysteme (z. B. Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Nervensystem, Knochendichte) und der motorischen Fähigkeiten (Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Koordination) ein-

493 Vgl. Rütten, A./Abu-Omar, K./Lampert, T./Ziese, T. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität. Robert Koch-Institut Berlin; Stessmann J./Hammermann-Rozenberg R./Cohen A./Ein-Mor E./Jacobs J. M. (2009): Physical activity, function, and longevity among the very old. In: Archives of Internal Medicine, 169, Nr. 16, S. 1476-1483; Mechling, H. (1998): Bonner Thesen zum Training im Alterssport. In: Mechling, H. (Hrsg.): Training im Alterssport. Sportliche Leistungsfähigkeit und Fitness im Alternsprozess. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann.

494 Vgl. Kuhlmeiy, A./Schaeffer, D. (Hrsg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.

495 Vgl. Voelcker-Rehage C./Godde, B./Staudinger U.B. (2010): Physical and motor fitness are both related to cognition in old age. In: European Journal of Neuroscience, 31, S. 167-176; Schlicht, W./Schott, N. (2013): Körperlich Aktiv altern. Grundagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

496 Vgl. Mechling, H. (1998): Bonner Thesen zum Training im Alterssport. In: Mechling, H. (Hrsg.): Training im Alterssport. Sportliche Leistungsfähigkeit und Fitness im Alternsprozess. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann; Kaiser, H. J. (1998): Pädagogisch-didaktische Überlegungen zum Alterssport. Aktuelle theoretische Konzepte der Gerontologie – und ihre Bedeutung für den Alterssport. In: Mechling, H. (Hrsg.): Training im Alterssport. Sportliche Leistungsfähigkeit und Fitness im Alternsprozess. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann.

497 Vgl. Cirkel, M./Juchelka, R. (2007): Gesundheit und Mobilität im Alter. Public Health Forum, 15, Nr. 3, S. 24-26.

498 Vgl. Rütten et.al (2005); Abu-Omar, K./Rütten A. (2006): Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49, (11); S.1162-1168; Schlicht, W. /Schott N.(2013): Körperlich aktiv altern, Weinheim und Basel: Beltz, Juventa

499 Vgl. Schlicht, W./Schott N.(2013); Haber, P. (2007); Krug, S./Jordan, S./Mensink, G.B.M./Müters, S./Finger, J.D./Lampert, T. (2013): Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitschutz 56; S. 765-771.

hergehen.⁵⁰⁰ Dennoch kann auch der alte oder hochaltrige Mensch in der zweiten Lebenshälfte sowie Ungeübte an Körperlichkeit gewinnen. Die Anpassungsfähigkeit wird zwar mit ansteigendem Lebensalter geringer, bleibt aber grundsätzlich erhalten, so dass durch körperliche Trainingsreize, selbst im höheren Erwachsenenalter, dem Abbau von Körperfunktionen vorgebeugt werden kann.⁵⁰¹ Folglich können Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit auch im Alter durch Training verbessert werden. Viele kleine Bewegungseinheiten und körperliche Aktivitäten summieren sich im Alltag und in der Freizeit zu einer großen Einheit am Tag.⁵⁰² Entscheidend ist die Kontinuität und Regelmäßigkeit von Bewegungsreizen sowie einer angemessenen Muskelaktivität.⁵⁰³

Bewegungsempfehlungen

Körperliche Aktivität und Sport sollten nach individuellen Bedarfslagen sowie auf situative Bedingungen des alltäglichen Lebens ausgerichtet sein. Bewegungsreize sind daher leistungsdifferenziert, individuell dosiert und nach Interessen spezifiziert zu gestalten. Dies setzt eine Abklärung mit dem Haus- oder Sportarzt voraus und betrifft insbesondere ältere Menschen mit Risikofaktoren oder Beschwerden sowie Betagte, die nach einer Auszeit wieder anfangen, sich intensiver zu bewegen.⁵⁰⁴

Die nachfolgend dargestellten Bewegungsempfehlungen richten sich daher ausschließlich an gesunde ältere Menschen, bei denen keine Kontraindikationen in Bezug auf körperliche Aktivität gegeben sind.⁵⁰⁵

Allgemeine Bewegungsempfehlungen für gesunde ältere Menschen ab 65 Jahren sind von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert und finden ihre Ausarbeitung in den Österreichischen Bewegungsempfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung.⁵⁰⁶ Diese sind in Abb. 95 dargestellt und werden nachfolgend erläutert.

500 Vgl. Haber (2007); Israel, S. (1998): Sportmedizinische Ansätze für einen effektiven Alterssport. In: Mechling, H. (Hrsg.). Training im Alterssport. Sportliche Leistungsfähigkeit und Fitness im Altersprozess. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann.

501 Vgl. Kruse, A. (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *Bildungsforschung*, 3 (2), S. 1-25; Conn, V.S./Minor, M.A./Burks, K.J./Rantz, M.J./Pomeroy, S.H. (2003): Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 51 (Nr. 8); S. 1159-1168; Vogel, T./Brechat, P.H./Lepretre, P.M./Kaltenbach, G./Berthel, M./Lonsdorfer, J. (2009): Health benefits of physical activity in older patients. A review. *International Journal of Clinical Practice* 63 (Nr.), S.303-320; Geuter, G./Hollederer, A. (2012): Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. In: Geuter, G./Hollederer, A. (Hrsg.): *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber; Israel, S. (1998); Schlicht/Schott (2013).

502 Vgl. Löllgen, H. (2011a): Von der Sportmedizin zur Bewegungsmedizin: In der Evidenz angekommen! In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 62, (Nr. 5), S. 111-112.

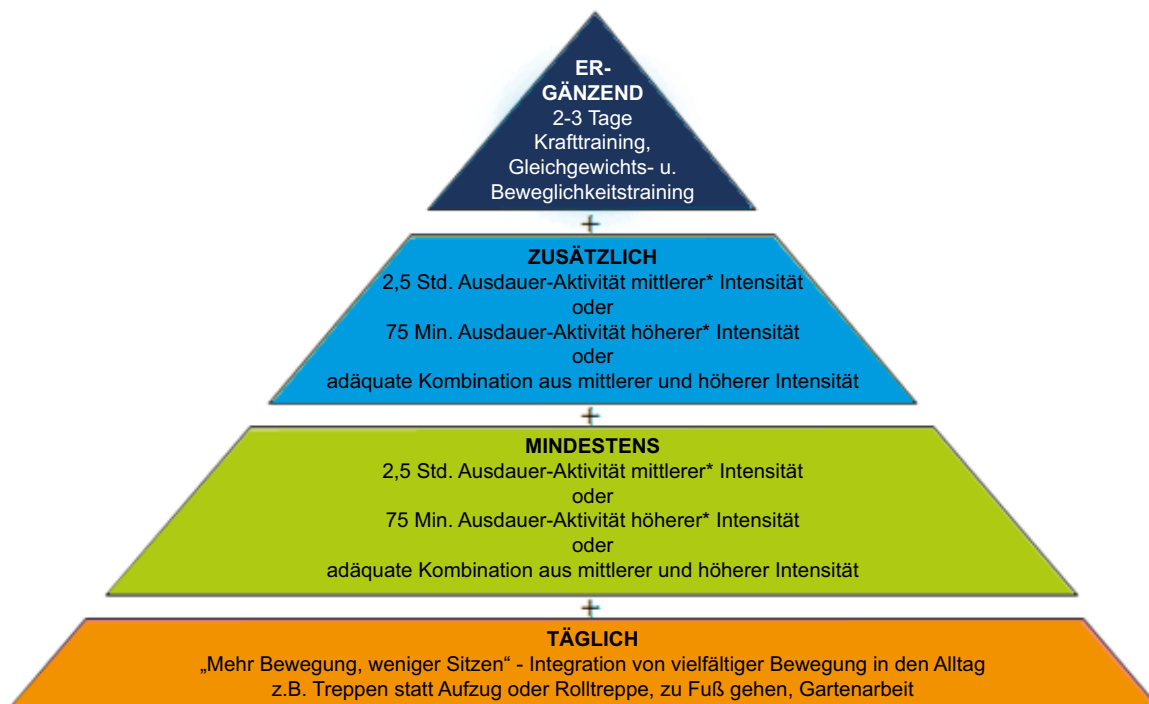
503 Vgl. Israel, S. (1998).

504 Vgl. Löllgen (2011a); Löllgen, H./Wismach, J./Kunstmann, W. (2013): Das Rezept für Bewegung. Einsatzmöglichkeiten für Arzt und Patient. In: *Kliniker*, 42 (9), S. 416-420; Mayer, F./Gollhofer, A./Berg, A. (2003): Krafttraining mit Älteren und chronisch Kranken. Positionspapier der Sektion „Rehabilitation und Behindertensport“ der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP). In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 54, (Nr. 3), S. 88-94.

505 Vgl. Titze, S./Ring-Dimitriou, S./Schober, P.H./Halbwachs, C./Samitz, G./Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (2010): *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.

506 Vgl. WHO (2011); Titze S. et al. (2010)

95 Darstellung der WHO-Bewegungsempfehlungen in Anlehnung an die Bewegungspyramide nach Löllgen⁵⁰⁷



Erläuterungen:

* Intensität für Ausdauer-Aktivität

Skala 0-10 (Sitzen = 0; Körperliche Verausgabung = 10)

mittlere Intensität: 5-6, Atmung und Herzfrequenz erhöhen sich merkbar

höhere Intensität: 7-8, starke Steigerung der Atmung und Herzfrequenz

* Intensität für Krafttraining

2-3 Serien zu je 8-12 erschöpfenden Wiederholungen,

jeweils 2-3 Min. Pause zwischen den Serien

Entsprechend der Bewegungsempfehlungen sollen über 65-Jährige pro Woche mindestens 2,5 Stunden eine mäßig anstrengende Ausdauer-Aktivität oder 75 Minuten eine sehr anstrengende Ausdauer-Aktivität durchführen. Die Verteilung der Aktivität sollte möglichst auf mehrere Bewegungseinheiten pro Woche mindestens zehn Minuten am Stück erfolgen. Ein zusätzlicher gesundheitlicher Nutzen kann durch die Erhöhung des Bewegungsumfangs auf insgesamt fünf Stunden pro Woche mittlerer Intensität bzw. 2,5 Stunden höherer Intensität erreicht werden.⁵⁰⁸

Aus wissenschaftlicher Sicht ist ebenfalls ein Krafttraining für Ältere zu befürworten.⁵⁰⁹ Danach sollen mindestens zwei bis dreimal pro Woche größere Muskelgruppen gekräftigt werden. Als Trainingsdosierung wird hierbei ein submaximaler Intensitätsbereich (ca. 70 bis 80% der maximalen, individuellen Kraft) bei mittlerer bis längerer Belastung empfohlen. Dies entspricht zwei bis drei Serien zu je acht bis zwölf erschöpfenden Wiederholungen bei einer Anzahl von acht bis zehn Übungen.

Eine wertvolle Ergänzung des Krafttrainings wird durch das sogenannte sensomotorische Training erreicht. Werden die Kräftigungsübungen nicht an Geräten, sondern unstrukturiert und z. B. auf instabilen Unterlagen durchgeführt, so kann das Zusammenspiel von Muskel und Nervensystem und damit die Balancefähigkeit und Reflexaktivität verbessert werden. Insofern wird ein Gleichgewichts- und Koordinationstraining emp-

507 Vgl. Löllgen, H. (2011b).

508 Vgl. ebd.

509 Vgl. Mayer, F. et al. (2003); WHO (2011); Titze S. et al. (2010).

fohlen, um das Sturzrisiko zu minimieren. Besonders geeignet ist daher ein kombiniertes Training mit Kraftübungen vor allem für die oberen Extremitäten und ein sensomotorisches Training für die unteren Extremitäten. Zusätzlich ist ein Beweglichkeitstraining, z. B. mit Gymnastik- und Dehnübungen, zur Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Flexibilität erforderlich. Das Training älterer Menschen sollte also nicht einseitig sein, sondern die Komponenten Ausdauer, Kraft, Koordination und Beweglichkeit umfassen. Ebenso wird grundsätzlich eine Teilnahme in Gruppen empfohlen.⁵¹⁰

Umsetzungsstrategien und Angebote zur Bewegungsförderung in NRW

Der organisierte Sport und die Sportvereine in Nordrhein-Westfalen (NRW) leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung.⁵¹¹ Mit den Programmen „Bewegt älter werden in Nordrhein-Westfalen!“ und „Bewegt gesund bleiben in NRW!“ hat der Landessportbund (LSB) NRW geeignete Strategie- und Umsetzungskonzepte für die Akteure im Verbundsystem des Sports entwickelt und perspektivisch bis zum Jahr 2020 angelegt. Die Förderprogramme schaffen nachhaltige vereinsunterstützende Strukturen vor Ort und stärken die Fachverbände sowie Stadt- und Kreissportbünde in ihrer programmbezogenen Handlungsfähigkeit.

Adressatengerechte Bewegungs- und Gesundheitsangebote sowie vielfältige gesellige Freizeitangebote stellen einen wichtigen institutionellen Rahmen dar, der die Kommunikation und den Kontakt zwischen den Generationen in einzigartiger Weise ermöglicht.⁵¹²

Fast 30 % der Sportvereine in NRW bieten Angebote mit Zielsetzungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation auf hohem Niveau.⁵¹³ Mit über 6.000 zertifizierten Präventionsangeboten der Sportvereine und über 24.500 anerkannten Rehabilitationssportangeboten für fast 30 verschiedene Indikationen existiert in NRW eine flächendeckende Angebotsstruktur.⁵¹⁴ Das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“, welches durch den LSB NRW umgesetzt wird, zeichnet gesundheitsorientierte Sportangebote nach vorgegebenen Qualitätsstandards aus. Analog wird das Qualitätssiegel „Sport pro Fitness“ für vereinseigene Gesundheits- und Fitnessstudios vergeben, die hohe Standards in Bezug auf qualifiziertes Personal, Service- und Hygieneanspruch sowie Geräteausstattung erfüllen. In NRW führen bereits 67 vereinseigene Fitnessstudios das Siegel.⁵¹⁵

Ärztinnen und Ärzte können ihren Patientinnen und Patienten das „Rezept für Bewegung“ verschreiben, das körperliche Aktivitäten empfiehlt. In Verbindung mit entsprechenden Angebotsverzeichnissen der Sportvereine kann je nach festgestellter Indikation ein geeignetes und qualitätsgesichertes Trainingsprogramm ausgewählt werden. Für die Verordnung von Rehabilitationssport stehen ein gesondertes Formular und spezifische Angebote des Rehabilitationssports zur Verfügung.⁵¹⁶

Ferner bieten Kooperationen und Netzwerke zwischen Sportvereinen und kommunalen Partnern die Möglichkeit, anhand der Bedürfnisse und Lebenspraxis der Generation

510 Vgl. Löllgen, H. (2011b).

511 Vgl. Abu-Omar/Rütten (2006).

512 Vgl. LSB NRW (2012a); LSB NRW (2012b).

513 Vgl. Breuer, C. (Hrsg.) (2013): Sportentwicklungsbericht 2011/2012. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. Köln: Strauß.

514 Vgl. LSB NRW (Stand: Ende 2013).

515 Vgl. Ebd.

516 Vgl. Löllgen, H. (2013); www.lsb.nrw.de.

50plus, Sport- und Bewegungsangebote differenziert und vielseitig zu gestalten.⁵¹⁷ In NRW wurde das Teilprojekt „Jung und Alt – gemeinsam sportlich aktiv“ in über 16 Vereinen und Generationenprojekten durchgeführt,⁵¹⁸ welches zu übergeordneten Kampagnen des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) wie „Bewegungsnetzwerk 50plus“, „Richtig fit ab 50“ und „Bewegungsangebote 70plus“ gehört.

Unter dem Dach des nationalen Aktionsplans „In Form – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ werden für die Zielgruppe der Älteren nach dem Motto „Aktiv im Alter“ verschiedene Aktionen und Maßnahmen wie Gesundheitswandern, Wanderabzeichen oder Fitness und Muskelkräftigung im Alter in den Kommunen von NRW umgesetzt.

Eine weitere Anlaufstelle in NRW rund um das Thema Bewegungsförderung im Alter bietet das Zentrum für Bewegungsförderung, das 2009 gegründet wurde und seit 2012 im Landeszentrum für Gesundheit NRW (LZG.NRW) integriert ist.

Primäre Aufgabe ist die Schaffung von Transparenz über bereits vorhandene Konzepte und Angebote sowie beteiligte Akteure stärker zu vernetzen und bewegungsfreundliche Strukturen weiterzuentwickeln. In dem Rahmen werden Fachinformationen zielgruppenspezifisch aufbereitet, Netzwerkportale angeboten sowie Veranstaltungen und Fachkonferenzen durchgeführt.⁵¹⁹

Körperliches und sportliches Aktivitätsverhalten im Alter

Körperliche und sportliche Aktivität sind gezielt in den Alltag und die Freizeit zu integrieren, um die zuvor beschriebenen Bewegungsempfehlungen der WHO zu verwirklichen. Laut einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) erreichen jedoch nur ein Viertel der Männer und knapp ein Sechstel der Frauen in den höheren Altersgruppen (60 bis 69 Jahre und 70 bis 79 Jahre) das gewünschte Bewegungssoll der WHO von mindestens 2,5 Stunden körperlicher Aktivität pro Woche. Vor allem die älteren Männer ab 60 Jahren bewegen sich im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen weniger (vgl. Abb. 96). Hingegen zeigen sich bei den Frauen keine signifikanten Altersgruppenunterschiede.⁵²⁰

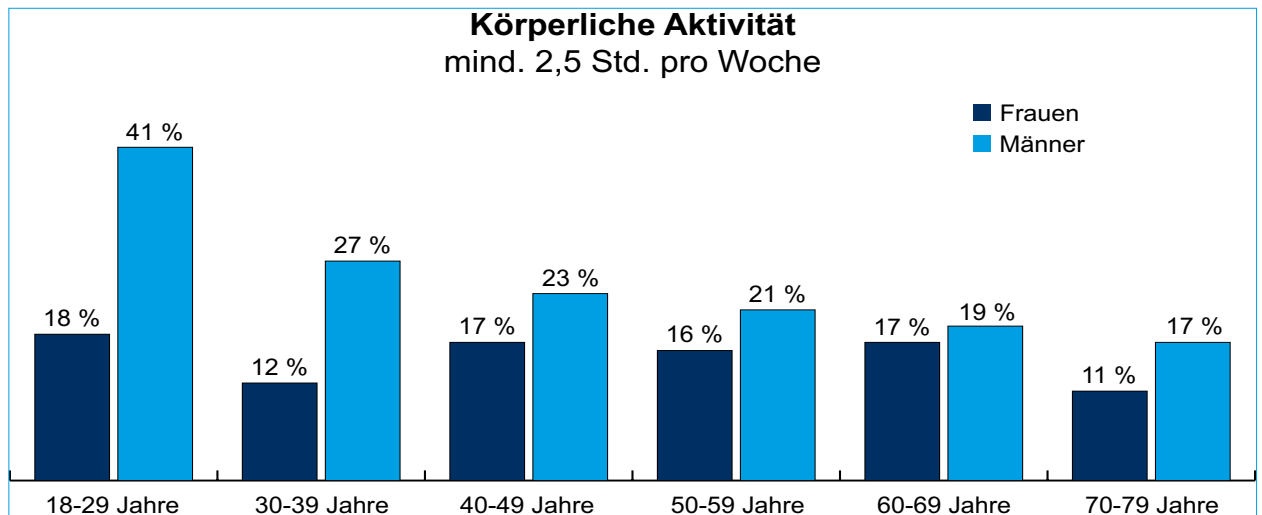
517 Vgl. www.dosb.de.

518 Vgl. LSB NRW (2011).

519 Vgl. www.lzg.gc.nrw.de.

520 Vgl. Krug, S./Jordan, S./Mensink, G.B.M./Müters, S./Finger, J.D./Lampert, T. (2013): Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56; S. 765-771.

96 Körperliche Aktivität nach Geschlecht und Altersgruppen



Die Studienergebnisse belegen ferner, dass die sportliche Betätigung mit zunehmendem Alter abnimmt. Rund ein Drittel der Frauen im Alter von 60 bis 69 Jahren sind sportlich inaktiv und bei den gleichaltrigen Männern geringfügig mehr. In der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre machen bereits ca. 45 % der Männer und Frauen keinen Sport (vgl. Abb. 97 und 98). Dennoch ist seit Ende der 90er Jahre ein positiver Trend zu mehr Bewegung gerade in den höheren Altersgruppen (60-69 Jahre und 70-79 Jahre) festzustellen.

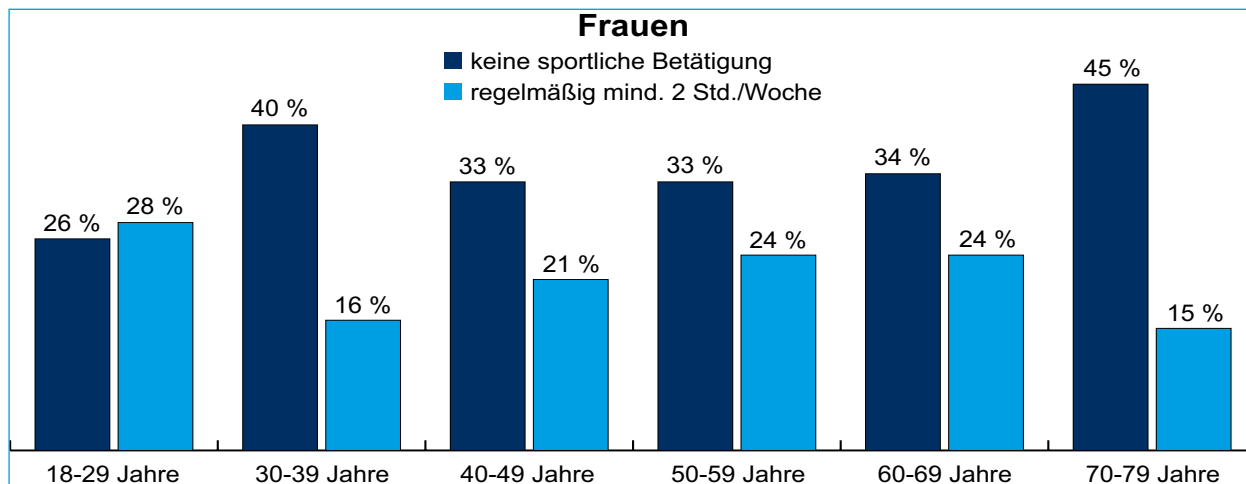
Überproportionale Zuwächse sind dabei bei den Frauen und den 70-Jährigen zu verzeichnen. Ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein bis ins hohe Alter, der Zuschnitt von spezifischen Bewegungs- und Sportangeboten sowie veränderte Alters- und Geschlechterrollen scheinen ausschlaggebend für die Dynamik der Versportlichung zu sein.⁵²¹

Des Weiteren haben sich im Laufe der letzten Jahre die Sportengagements zwischen den Geschlechtern angeglichen. Rund ein Viertel der 60 bis 69-jährigen Männer und etwas weniger bei den gleichaltrigen Frauen betätigen sich mindestens zwei Stunden sportlich pro Woche. Bevorzugte Sport- und Bewegungsaktivitäten im Alter sind vor allem Gymnastik, Schwimmen, Radfahren, Spazierengehen, Wandern, Laufen.⁵²²

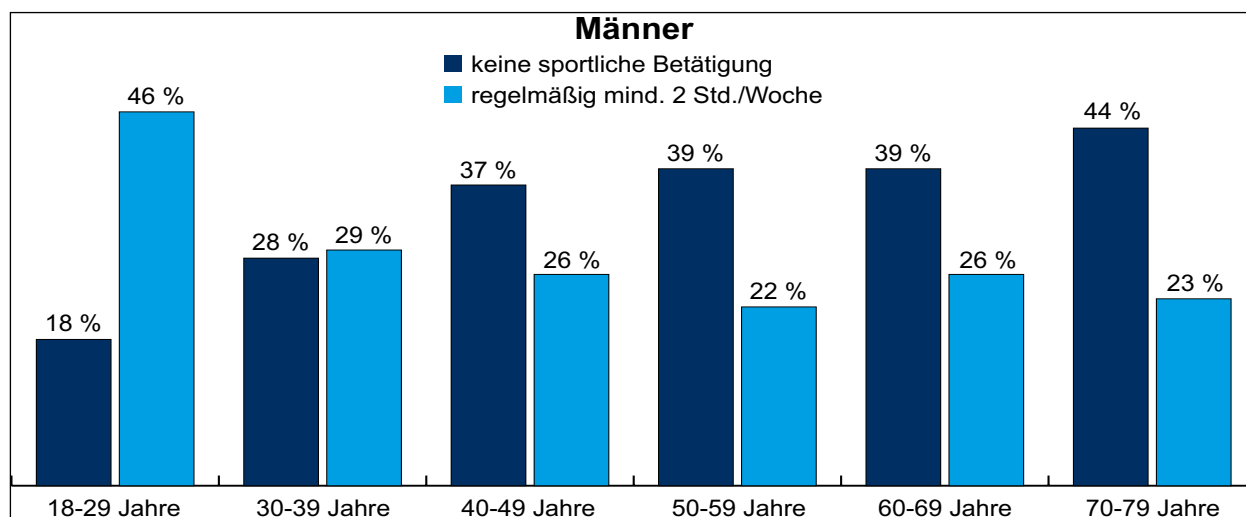
521 Vgl. Krug S. et al. (2013); Hartmann-Tews, I./Tischer, U./Combrink (2012): *Bewegtes Alter(n). Sozialstrukturelle Analysen von Sport im Alter*. Opladen: Budrich; RKI (2012).

522 Vgl. Krug S. et al. (2013); Hartmann-Tews, I. et al. (2012); Moschny, A./Klaaßen-Mielke, R./Platen, P./Hinrichs, T. (2014): Haus- und Gartenarbeit, Wege zu Fuß und Sport im Alter: Querschnittsdaten aus der getABI-Kohorte. In: *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 30, S.54-60.

97 Sportliche Aktivität bei Frauen nach Altersgruppen



98 Sportliche Aktivität bei Männern nach Altersgruppen



Organisationsgrad in NRW

Grundsätzlich bewegen sich Ältere bevorzugt im informellen Rahmen, d. h. in selbstorganisierter Form. Erst an zweiter Stelle wird Sport im Verein getrieben, gefolgt von kommerziellen Anbietern.⁵²³ Der Anteil älterer und alter Menschen (männliche und weibliche Aktive über 60 Jahre) in nordrhein-westfälischen Sportvereinen beläuft sich auf 17 % und liegt damit knapp unter dem bundesweiten Durchschnitt von 19 %.⁵²⁴ Im Vergleich dazu liegt der Anteil älterer und alter Menschen bezogen auf die Gesamteinwohnerzahl in NRW bei 26 %. Damit sind die über 60-Jährigen in den Sportvereinen unterrepräsentiert. Im Hinblick auf ältere Erhebungen des Sportentwicklungsberichts kann jedoch konstatiert werden, dass der Anteil älterer und alter Menschen in Vereinen angestiegen ist.⁵²⁵ Betrachtet man die geschlechtsspezifische Verteilung der älteren Aktiven, so sind ältere Männer zahlenmäßig stärker organisiert als ältere Frauen. Dieser Unterschied relativiert sich zwar leicht, sofern man die Gesamtmitglieder als Bezugsgröße heranzieht (vgl.

523 Vgl. Hartmann-Tews, I. et al. (2012).

524 Vgl. Abb. 99 sowie Breuer, C. (2013).

525 Vgl. Breuer, C. (2013).

Abb. 99), deutet aber darauf, dass der organisierte Vereinssport nach wie vor Männerdomäne ist, wogegen Frauen signifikant häufiger Sport im Fitness-Studio treiben.⁵²⁶

99 Einwohnerzahl, Vereinsmitglieder und Organisationsgrad in NRW

	Alle Altersgruppen	Über 60 Jahre	Relativer Anteil der über 60-Jährigen an Gesamtgröße in %
Mitglieder gesamt*	5.096.635	856.442	17%
davon Männer	3.096.301	495.817	16%
davon Frauen	2.000.334	360.625	18%
Einwohner gesamt**	17.554.329	4.628.816	26%
davon Männer	8.540.698	2.028.960	24%
davon Frauen	9.013.631	2.599.856	29%
Organisationsgrad in %	29%	18%	
davon Männer	36%	24%	
davon Frauen	22%	14%	

Quellen: *LSB NRW, Mitgliedererhebung mit Stand 1. Januar 2013 sowie **IT NRW, Einwohnererhebung mit Stand 31. Dezember 2012.

Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Für die „Alten“ und „Hochaltrigen“ bedarf es besonderer Anstrengungen, um diese Zielgruppen zu erreichen. Voraussetzung hierfür sind entsprechend gestaltete Wohn- und Lebensumfelder, bewegungsfreundliche Angebote und Strukturen, die Qualifizierung und Mitarbeiterentwicklung der Vereine sowie das Vereins- und Netzwerkmanagement. Insofern besteht ein Ausbaupotenzial für Seniorensportangebote und bietet zugleich eine Chance für die Vereinsentwicklung.

Das Breitensportprogramm 2020 des LSB NRW strebt an, das Bewusstsein für die Bedeutung von Bewegung zu heben und den organisierten Sport als Träger der Bildungs- und Qualifizierungsarbeit für Ältere zu stärken. Die Arbeit an neuen Angebots- und Umsetzungskonzepten für Vereine werden in den kommenden Jahren besonders unterstützt. Ebenso sollen die Stadt- und Kreissportbünde als zentrale Anlaufstellen für den Sport der Älteren fungieren.

7.3.3.2.2 Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung ist wichtiger Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Sie kann vor der Entstehung verschiedener Erkrankungen und Begleiterscheinungen schützen

⁵²⁶ Vgl. Hartmann-Tews, I. et al. (2012).

zen und bereits bestehende Erkrankungen lindern.⁵²³ Mit dem Alter gehen häufig physische Veränderungen einher, die sich auf das Ernährungsverhalten und folglich auch auf die Gesundheit auswirken können:

- der Energiebedarf sinkt (ab 60 Jahren um ein Viertel niedriger als bei jüngeren Menschen),
- die Muskelmasse und Knochendichte nehmen ab,
- Veränderungen des Geschmacks- und Durstempfindens treten auf,
- Kau- und Schluckbeschwerden können entstehen.⁵²⁴

Diese Umstände können bei älteren Menschen eine ausgewogene Ernährung verhindern oder erschweren, weshalb Mangelernährung ein häufiges Problem ist. Viele ältere Menschen ernähren sich zu nährstoffarm und/oder trinken zu wenig. Dies kann zu Erkrankungen führen oder bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen den Krankheitsverlauf verschlechtern.⁵²⁵

Neben der Befähigung, sich gesund zu ernähren und genügend zu trinken, müssen auch im Quartier die Rahmenbedingungen für eine ausgewogene Ernährung gegeben sein. Das heißt, frische und vielfältige Lebensmittel müssen im Wohnumfeld erhältlich und die Zubereitung bzw. Aufbewahrung von Speisen durch Mittagstische und Bringdienste sollte qualitativ hochwertig sein.⁵²⁶

Im Alter stellt zudem die Mund- und Zahngesundheit eine wesentliche Voraussetzung für eine gesunde Ernährung und ausreichende Nahrungsaufnahme dar. Kaubeschwerden sind u. a. auf fehlende Zähne bzw. oftmals schlecht sitzenden Zahnersatz sowie Mundtrockenheit oder -entzündungen zurückzuführen; diese beeinträchtigen nicht nur die Zerkleinerung der Nahrung, sondern wirken sich auch negativ auf den Appetit aus. Der Sicherstellung der Zahn- und Mundgesundheit kommt deshalb – insbesondere bei pflegebedürftigen älteren Menschen, die oftmals eingeschränkten Zugang zu zahnärztlicher Versorgung haben – besondere Bedeutung zu.⁵²⁷ Dies gilt noch einmal in gesteigertem Maße für Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit Demenz.

Praxisbeispiele aus Nordrhein-Westfalen

Die Paderborner Trainingsstudie (PATRAS) zielte auf die Verhütung von Mangelernährung, die Verbesserung des Ernährungszustandes, den Erhalt und die Stärkung der körperlichen Mobilität sowie Förderung der Lebensqualität und Selbstständigkeit.

Das Projekt „Bis(s) ins hohe Alter“ im Rhein-Kreis Neuss/Gesundheitsamt Grevenbroich zielt darauf, für pflegebedürftige Menschen die Mundgesundheit zu verbessern. Neben Schulungen der Pflegekräfte zur speziellen Mundpflege übernehmen sogenannte Patenzahnärzte halbjährliche Vorsorgeuntersuchungen sowie kleinere zahnmedizinische Behandlungen im Rahmen von Hausbesuchen bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern durch.⁵²⁸

523 Vgl. Kruse, A.: Gesund altern – Broschüre. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2004.

524 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin: BMG 2012.

525 Vgl. ebd.

526 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): „Alt sind immer die Anderen“ 2012,

527 Gold, C. et al. (2012). Gesund und aktiv älter werden. Heft 6. „Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“. Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.).

528 Vgl. ebd.

7.3.3.2.3 Psychische Gesundheit

Seelische Belastungen, wie etwa Verlusterlebnisse (z. B. Tod der Partnerin oder des Partners), Isolation und Angst vor der Zukunft und dem Tod sowie Rollenverluste (nach dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben), können psychische Erkrankungen hervorrufen oder verstärken.⁵²⁹ Ungünstige Nebenwirkungen von Medikamenten auf die psychische Befindlichkeit können hinzukommen.

Die genannten Erkrankungen und Belastungen sind besondere Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention: Die Stärkung der individuellen psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz), der eigenen Kompetenzen und der individuellen Ressourcen ist wichtig, damit psychische Erkrankungen hinausgezögert oder verhindert werden können.⁵³⁰ Ein wesentliches Element zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter ist die erlebte Selbstwirksamkeit, also die Überzeugung, „neue oder schwierige Anforderungen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können“.⁵³¹ Diese gilt es auch im Alter zu aktivieren und zu trainieren. Denn Isolation und abnehmende Aktivität können dazu führen, die Welt und ihre Anforderungen als nicht (mehr) bewältigbar wahrzunehmen. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten nimmt ab, wenn diese nicht genutzt werden. Deshalb ist es im Rahmen der Gesundheitsförderung unverzichtbar, die soziale Teilhabe von älteren Menschen zu stärken und zu fördern.

Praxisbeispiele aus Nordrhein-Westfalen

Das Projekt „NADiA – Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen“ bietet Demenzkranken und ihren Angehörigen die Möglichkeit, zusammen an regelmäßigen Aktivitäten teilzunehmen. Gemeinsame Lernprozesse zielen darauf, Gesundheit und Wohlbefinden positiv zu beeinflussen.

Im Modellprojekt „Lebenslinien – Krisen und suizidale Entwicklungen im Älterwerden“ (gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen) wurden an drei Standorten in Nordrhein-Westfalen regionale Netzwerke aufgebaut, die ältere Menschen ansprechen und unterstützen sollen, bevor eine Krisensituation entsteht. Ziel ist es, in der Öffentlichkeit ein stärkeres Bewusstsein für das Thema Alterssuizid zu schaffen und Strategien zur Suizidprävention zu entwickeln.

7.3.4 Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen in einer älter werdenden Gesellschaft und Innovationstransfer

Die Versorgung älterer und insbesondere hochbetagter Menschen stellt besondere Anforderungen an das Gesundheitssystem. Das betrifft etwa die Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Angebote aufsuchender Hilfe, die Kontinuität der Betreuung und die Abstimmung der Leistungen auf die speziellen Erfordernisse alterstypischer Gesundheitsprobleme. Im Folgenden wird nach der Beschreibung regionaler demografischer Unterschiede und daraus ableitbarer gesundheitlicher Versorgungserfordernisse ein

⁵²⁹ Vgl. Zebhauser, A./Hofmann-Xu, L./Baumert, J./Häfner, S./Lacruz, M.E./Emeny, R.T./Döring, A./Grill, E./Huber, D.(Peters, A./Ladwig, K.H.: How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2013 Jun 27. Doi: 10.1002/gps3998 (epub ahead of print).

⁵³⁰ Vgl. Kruse, A.: Psychologische Veränderungen im Alter. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit, Krankheit*. Bern: Huber 2008, S. 15-32.

⁵³¹ Tesch-Römer, C./Wurm, S.: Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter*. 2009, Berlin, S. 7-20

Überblick zur gesundheitlichen Sicherung der älteren Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen gegeben. Daran anschließend finden insbesondere die Bereiche der gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen Beachtung, in denen Anhaltspunkte für eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung identifiziert werden können.⁵³² Im Einzelnen werden die ambulante und stationäre Versorgung, die Palliativversorgung und Hospize sowie die Arzneimittelversorgung adressiert.

Regionale Unterschiede

Soziodemografische Entwicklungen vollziehen sich auch in Nordrhein-Westfalen in regional und lokal unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Geschwindigkeit.⁵³³ So weisen z. B. der Kreis Mettmann und der Ennepe-Ruhr-Kreis sowie die kreisfreien Städte Mülheim an der Ruhr, Hagen, Köln, Remscheid und Essen z. Z. schon einen vergleichsweise hohen Bevölkerungsanteil Älterer (>22 %) auf (s. Kap. 6). In diesen Regionen gibt es dementsprechend einen (noch) höheren Bedarf an Versorgungsangeboten, die an eine alternde Bevölkerung angepasst sind, als in den übrigen Regionen Nordrhein-Westfalens. Diese unterschiedlichen Entwicklungen verweisen auf den hohen Stellenwert einer frühzeitigen und kleinräumigen Analyse der bereits eingetretenen und der zu erwartenden Alterungsprozesse sowie der Entwicklung jeweils angemessener demografiesensibler Handlungsstrategien⁵³⁴ (vgl. dazu Kap. 9).

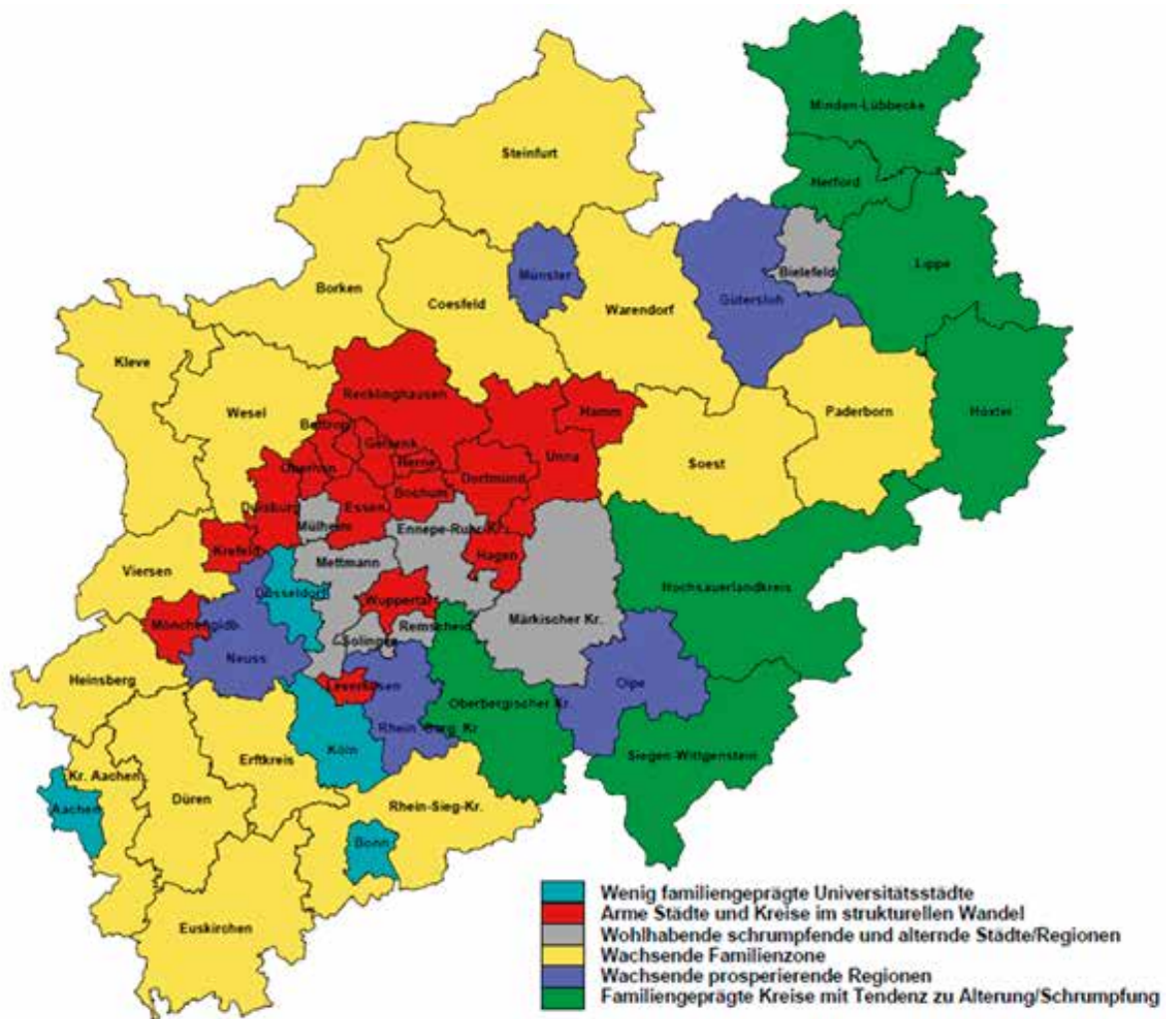
532 Unter Unterversorgung versteht man die „teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen und (...) in effizienter Form, also i.e.S. ‚wirtschaftlich‘, zur Verfügung stehen“. „Eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus ist ‚Übersversorgung‘, d. h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen, oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen (medizinische Übersversorgung) oder mit Leistungen mit nur geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt (...) (‚ökonomische Übersversorgung‘)“. „Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht.“ (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachen 2000/2001)

www.svr-gesundheit.de/index.php?id=160

533 Vgl. Menning, S. et al. (2010); Bogumil, J. et al. (2013); Strohmeyer, K.-P. (2002); Strohmeyer, K.-P./Neu, M. (2011).

534 Vgl. Backes, G. et al. (2011); Naegele, G. (2010); Rehling, B. et al. (2011).

100 Regionstypen (Cluster) nach Strukturdaten 2008⁵³⁵

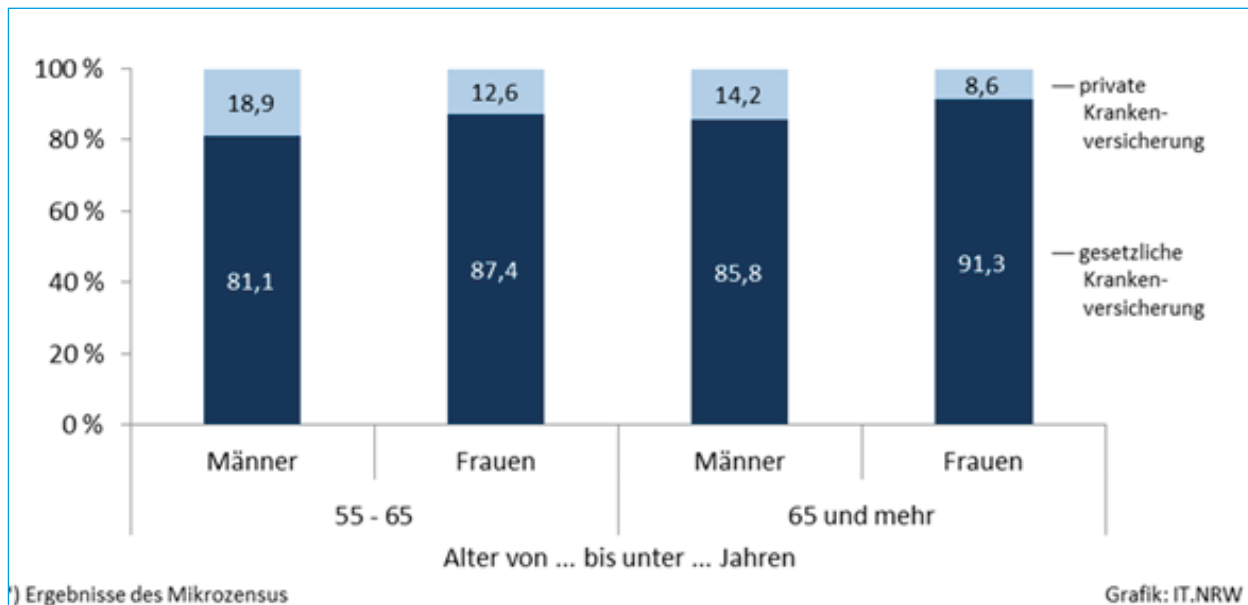


Gesundheitliche Sicherung im Alter

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass ältere Menschen über die gesetzliche und/oder private Krankenversicherung formal Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsstrukturen haben, die im Folgenden beschrieben werden. Im Jahr 2011 waren in der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen sowie in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen die überwiegende Mehrheit (jeweils mehr als 80 %) Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung. Demgegenüber waren in diesen Altersgruppen entsprechend wenig privat Krankenversicherte zu verzeichnen und insgesamt jeweils weniger Frauen als Männer über eine private Krankenversicherung abgesichert.

⁵³⁵ Typisierung der Verwaltungsbezirke in Nordrhein-Westfalen nach soziodemografischen Indikatoren, 2008, Faktor Familie: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

101 Bevölkerung im Alter von 55 und mehr Jahren 2011 nach Art der Krankenversicherung, Geschlecht und Altersgruppen



7.3.4.1 Ambulante Versorgung

Die bisherigen Ausführungen zur Verbreitung chronischer Krankheiten und zur Multimorbidität in der älteren Bevölkerung zeigen die Bedeutung einer ganzheitlich angelegten, krankheitsbegleitenden und kontinuierlichen Betreuung der Versorgung. Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte sind aufgrund ihrer Stellung als „Lotse“ im Versorgungssystem hierfür prädestiniert. Gleichzeitig sind neue Handlungsrahmen und Strukturen nötig, um die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in der allgemeinmedizinischen und geriatrischen Versorgung durch eine Systematisierung von Betreuungsfunktionen und eine stärkere Einbeziehung von psychosozialen Gesundheitsberufen noch effektiver zu gestalten.

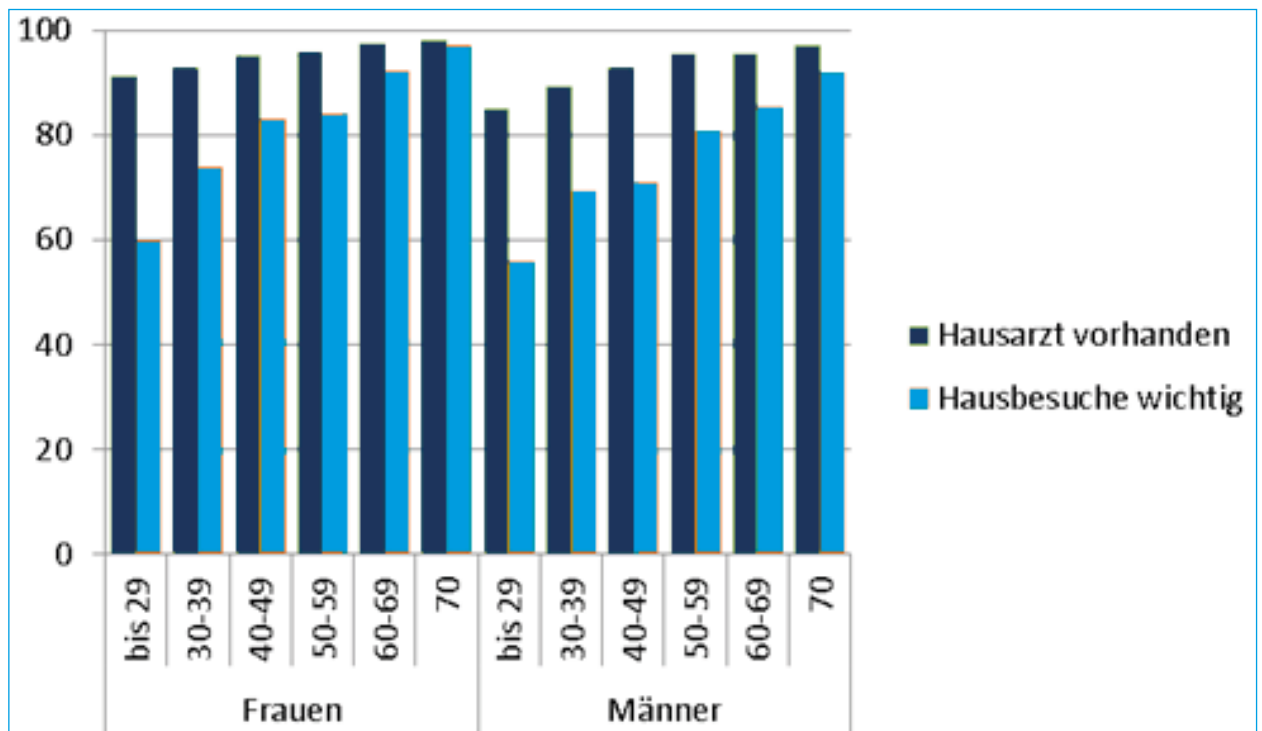
Die nachfolgenden Ergebnisse einer schriftlichen Befragung zeigen,⁵³⁶ dass Hausärztinnen und -ärzte auch aus der Sicht der Bevölkerung eine zentrale Rolle im Versorgungsalltag spielen. Die Frage: „Haben Sie einen Hausarzt, zu dem Sie gewöhnlich gehen, wenn Sie krank sind oder einen medizinischen Rat benötigen?“ beantworten über 90 % aller Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zustimmend. Selbst bei diesem allgemein hohen Niveau selbsterklärter Bereitschaft zur aktiven Unterstützung eines primärärztlichen Betreuungsverhältnisses ist noch eine Tendenz der Zunahme mit dem Alter der Befragten erkennbar (vgl. Abb. 102)

Hausbesuche gewährleisten eine medizinische Versorgung im Falle von krankheitsbedingter Immobilität und geben der Ärztin bzw. dem Arzt Gelegenheit, die häusliche Lebenssituation von älteren Patientinnen und Patienten ein Stück weit kennenzulernen. So können ggf. Fragen der Ernährung, Schlafhygiene, Unfallrisiken in der Wohnung und anderes mehr angesprochen werden. Dieses Potenzial der Einflussnahme auf Faktoren der Krankheitsbewältigung und Vorsorge ist in einigen Ländern, wie Deutschland, Großbritannien, Kanada, Schweiz, USA und Schweden zum Anlass für eine modellhafte

⁵³⁶ Bertelsmann Gesundheitsmonitor, Public Use File (2002 bis 2009): Auswertung Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

Erprobung präventiver ärztlicher Hausbesuche – vorzugsweise für ältere Menschen ab 75 Jahren – genommen worden.⁵³⁷ Der Nutzen konnte bisher noch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Ungeachtet dessen zeigen die hier präsentierten Zahlen eine hohe, mit dem Alter noch zunehmende Wertschätzung von Hausbesuchen. Sie ist bei Frauen, von denen ein hoher Anteil allein lebt, noch ausgeprägter als bei Männern (vgl. Abb. 102).

102 Einschätzung der Bedeutung hausärztlicher Betreuung 2002 bis 2009⁵³⁸



Der Bedarf an hausärztlicher Versorgung wird künftig aufgrund der Alterung unserer Gesellschaft eher zu- als abnehmen. Die medizinische Versorgung von Älteren zu Hause werden die niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte aber nicht mehr alleine leisten können. Hinzu kommt: Die Nachbesetzung von Hausarztpraxen gerade in eher ländlich geprägten Regionen wird immer schwieriger.

Dies hat in mehreren Bundesländern dazu geführt, die Übertragung von Hausbesuchen auf nicht-ärztliches Personal im Rahmen von öffentlich geförderten Modellprojekten zu erproben.⁵³⁹ Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein bietet die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung für Medizinische Fachangestellte (MFA) bzw. Arzthelferinnen, die mindestens drei Jahre Berufserfahrung in einer

537 Meinck, M. (2012): Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. In: Günster, Ch./Klose, J./Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart: Schattauer, S. 249-257.

538 Nutzung hausärztlicher Versorgung und Bedeutung von Hausbesuchen nach Alter und Geschlecht, BRD, Bertelsmann Gesundheitsmonitor, PublicUseFile (2002-2009), Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG. NRW).

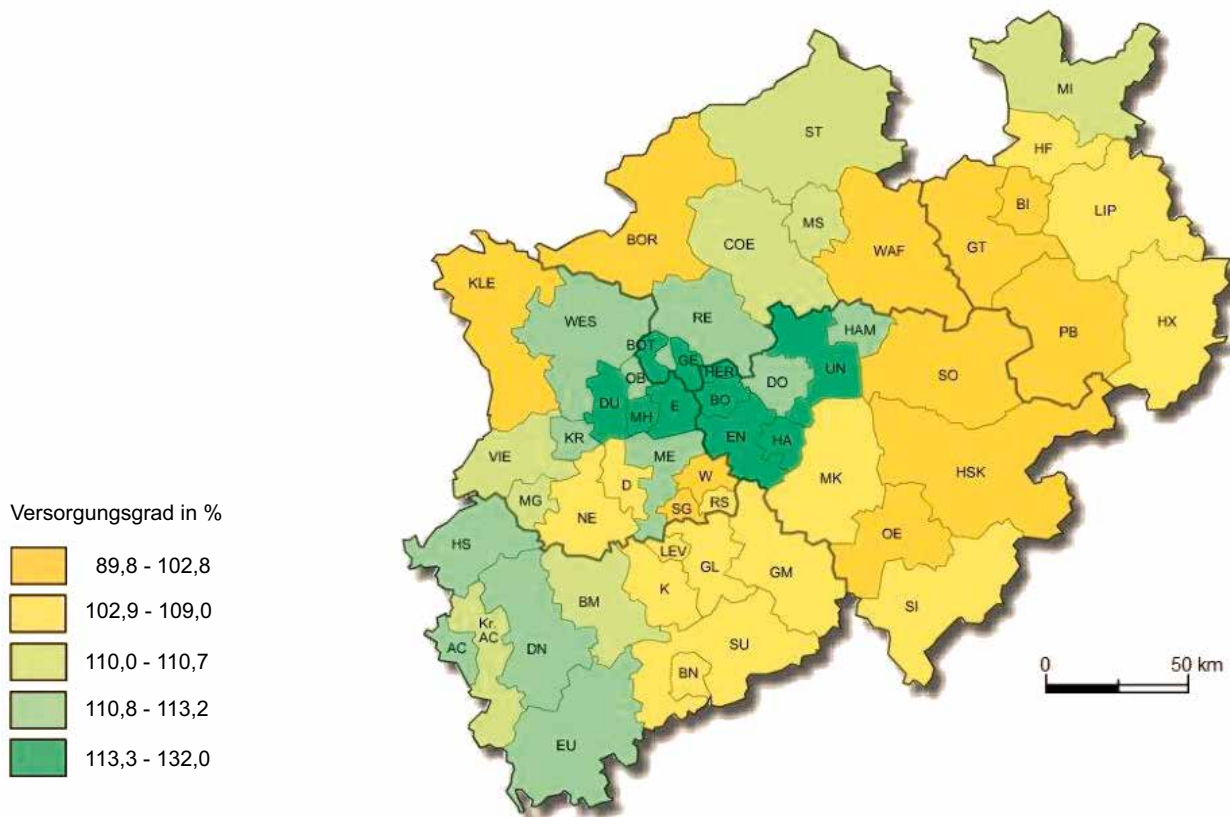
539 Vgl. Schüler, G.: Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen (Projekt im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer). Das Gesundheitswesen, 2013, 75, S. 503-509; Berg, N. v.d./Hoffmann, W.: Das AGnES-Konzept: neue Versorgungsansätze in ländlichen Regionen. In: Renz G, et al. (Hrsg.): Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen. Bad Boll: Ev. Akademie (2009), S. 145-147.

hausärztlichen Praxis haben, die Fortbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) an. Auch in Westfalen-Lippe bietet die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der KV Westfalen-Lippe Kurse zur EVA als Spezialisierungs- und Aufstiegsqualifikation für MFA an. Entlastende Versorgungsassistentinnen (EVA) unterstützen Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Praxis, indem sie z. B. Hausbesuche durchführen oder das Wundmanagement übernehmen.

Die EVA-Hausbesuche waren bis Ende 2014 nur in hausärztlich unterversorgten Gebieten nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab abrechenbar.⁵⁴⁰ Seit 2015 kann der Einsatz von nichtärztlichem Praxispersonal unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen des vertragsärztlichen Honorars vergütet werden.

Die aktuelle hausärztliche Versorgungsinfrastruktur ist gegenwärtig, trotz regionaler Unterschiede in der Hausärztdichte und einzelner Versorgungsengpässe, landesweit ausreichend sichergestellt. In einigen Regionen, vorzugsweise in städtischen Ballungsgebieten, gibt es auch rechnerisch überversorgte Planungsregionen in der hausärztlichen Versorgung (s. Abbildung 103).

103 Hausärztliche Versorgung 2011⁵⁴¹



Die Altersstruktur der praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte sowie allgemeine Trends der ärztlichen Berufsausübung (Bevorzugung spezialisierter Fachrichtungen,

⁵⁴⁰ Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). Berlin, Stand 3/2013, erstellt am 13.8.2013 (V. 7.1).

⁵⁴¹ Versorgungsgrad (in %) mit Hausärztinnen und Hausärzten, Nordrhein-Westfalen (2011); Indikator 6.2: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

Interesse an geregelten Arbeitszeiten) lassen allerdings für die nächsten Jahre Probleme erwarten, insbesondere in ländlichen Regionen. Rund die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein-Westfalen sind älter als 55 Jahre und werden in den kommenden zehn bis 15 Jahren ihre Praxis vermutlich aus Altersgründen aufgeben – und womöglich keine Nachfolge finden.

Auch wenn die KVen den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung haben, hat das Land Nordrhein-Westfalen eine politische Mitverantwortung bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Diese nimmt das Land wahr, insbesondere durch das Aktionsprogramm „Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in Nordrhein-Westfalen“ (Hausarztaktionsprogramm). Damit setzt das Land finanzielle Anreize, um die Niederlassung für Hausärztinnen und Hausärzte in ländlichen Regionen attraktiver zu machen und punktuellen Engpässen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung entgegenzuwirken.

Das Hausarztaktionsprogramm wirkt präventiv und nimmt zentral die Altersstruktur der Hausärzteschaft vor Ort in den Blick. Hausärztinnen und Hausärzte, die sich in Kommunen, die Teil des Hausarztaktionsprogramms sind, niederlassen wollen, können von einer zielgerichteten Förderung des Landes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung profitieren.

Um in das Programm aufgenommen werden zu können, müssen Kommunen zwei Kriterien erfüllen: Die Kommunen dürfen erstens nicht mehr als 25.000 Einwohnerinnen und Einwohner haben. Und zweitens muss der Versorgungsrad unter alleiniger Berücksichtigung der vertragsärztlich tätigen Hausärztinnen und Hausärzte, die jünger als 60 Jahre alt sind, unter 75 % liegen. Die aktualisierten Förderlisten und weitere Informationen zum Hausarztaktionsprogramm sind unter www.hausarzt.nrw.de abrufbar.

Das Hausarztaktionsprogramm soll auch ein Stück weit dazu beitragen, dass sich mehr junge Menschen für den Hausarztberuf begeistern und dazu bewogen werden sollen, sich verstärkt in ländlichen Gebieten wie dem Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, dem Sauerland oder am Niederrhein niederzulassen.

Grundsätzlich stellt das „Hausarztmodell“ eine „sach- und bedarfsgerechte Antwort auf geriatrische Versorgungsbedarfe im Wohnbereich“⁵⁴² dar, das es zukünftig zu erhalten und weiter auszubauen gilt. Diesbezüglich wird seit Langem auch auf die Notwendigkeit der Verbesserung der geriatrischen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte hingewiesen.⁵⁴³ Nicht zuletzt aufgrund der bundesweit lediglich vereinzelt vorhandenen universitären Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich Geriatrie⁵⁴⁴ gibt es bislang nur wenige Ärzte mit grundständiger geriatrischer Ausrichtung.⁵⁴⁵

Eine geriatrische Facharztausbildung „Innere Medizin und Geriatrie“ wird zudem bislang nur in einzelnen Bundesländern (Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt) angeboten; eine bundesweite Verbreitung dieser Ausbildung wird seitens der geriatrischen Fachgesellschaften angestrebt.⁵⁴⁶

542 Naegele, G. (2009): Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42, 6, S. 437.

543 Vgl. ebd.

544 Lehrstühle für Geriatrie bestehen u. a. in Bochum, Witten/Herdecke, Aachen, Nürnberg, Erlangen, Berlin und Ulm (Lübke et al. 2008). Lübke, N., Ziegert, S./Meinck, M. (2008). Geriatrie. Erheblicher Nachholbedarf in der Fort- und Weiterbildung. In: Dt. Ärzteblatt, 105, 21, S. 1120-1122. www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=60269.

545 Vgl. ebd. und Naegele, G. (2009), S. 437;

546 Online verfügbar unter www.dggeriatrie.de/weiterbildung/facharzt-innere-medizin-und-geriatrie.html (Stand: 24.6.2014)

Nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes war in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2013 ein Arzt mit Gebiets- und Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatrie“ zu verzeichnen⁵⁴⁷ (bundesweit: 73 Ärzte⁵⁴⁸). Lediglich zwei Ärzte mit dieser Gebiets- und Facharztbezeichnung waren 2013 bundesweit für den niedergelassenen Bereich ausgewiesen.⁵⁴⁹

In allen Bundesländern kann in der Regel im Anschluss an eine Facharztausbildung die „Zusatz-Weiterbildung Geriatrie“ erworben werden. Insgesamt betrachtet fällt die Anzahl der geriatrisch weitergebildeten Ärzte im Vergleich zu anderen ärztlichen Zusatzausbildungen jedoch gering aus. Außerdem sind nur wenige geriatrisch weitergebildete Mediziner ambulant tätig.⁵⁵⁰ Im Ländervergleich ist Nordrhein-Westfalen mit 434 Ärzten mit „fakultativer Weiterbildung klinische Geriatrie“ deutlich führend; weitere 103 Ärzte verfügen über eine „Zusatzweiterbildung Geriatrie“ (Stand: 2007).⁵⁵¹ Neben der in Nordrhein-Westfalen bislang fokussierten stationären geriatrischen Versorgung ist zukünftig insbesondere für die hausärztliche Versorgung eine (weitere) geriatrische Qualifizierung wünschenswert, um die ambulante Versorgung älterer und hochaltriger Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht sicherzustellen.⁵⁵²

Wegweisend ist hier die von der Bundesärztekammer 2012 verabschiedete strukturierte curriculäre Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ (ehem. „Hausärztliche Geriatrie“), die auch in Nordrhein-Westfalen absolviert werden kann.⁵⁵³

Im Rahmen einer kontinuierlichen, krankheitsbegleitenden und die Versorgung koordinierenden Betreuung der älteren Patientinnen und Patienten gewinnt das Case Management an Bedeutung. Case Managerinnen und Case Manager begleiten Patientinnen und Patienten während des gesamten Behandlungsprozesses und organisieren die Schnittstellen zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften sowie Therapeutinnen und Therapeuten.

Beispielhaft sei an dieser Stelle das Modellprojekt „Regionales Versorgungskonzept Geriatrie (Gesundheitshelfer in Lippe)“⁵⁵⁴ zur Weiterentwicklung des ländlich geprägten Kreises Lippe zu einer leistungsfähigen und zukunftssicheren Gesundheitsversorgung für ältere und chronisch kranke Menschen genannt. Der Aufbau und die Implementierung eines Case Managements finden durch die Klinikum Lippe GmbH, die Ärztenetz Lippe GmbH sowie das Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft als Projektpartner statt. Das Ziel des „Regionalen Versorgungskonzeptes Geriatrie“ ist eine Effektivitäts- und Qualitätssteigerung durch sektorenübergreifende Koordination der notwendigen medizinisch-therapeutischen sowie pflegerischen Hilfen und Bündelung von Kompetenzen.

Eine weitere innovative Option, um die Ärztinnen und Ärzte bei Hausbesuchen zu entlasten, bildet das sogenannte Home-Telemonitoring. Telemonitoring, als Teilbereich

547 Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung (absolut, je 100.000 Einwohner und Einwohner je Arzt). Datenabfrage für alle Tätigkeitsbereiche für die Region Nordrhein-Westfalen unter www.gbe-bund.de (Stand: 24.06.2014).

548 Ebd.

549 Ebd.

550 Lübke, N./Ziegert, S./Meinck, M. (2008). Geriatrie. Erheblicher Nachholbedarf in der Fort- und Weiterbildung. In: Dt. Ärzteblatt, 105, 21, S. 1120-1122. www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=60269

551 Die geriatrischen Weiterbildungen werden bislang nicht überregional erfasst und wurden durch Befragung der Landesärztekammern ermittelt. Vgl. ebd.

552 Vgl. ebd

553 www.aekwl.de/index.php?id=1706

554 Weitere Informationen über: www.gesundheitshelfer-in-lippe.de/

der Telemedizin, bezeichnet die kontinuierliche Überwachung relevanter Vitalparameter. Über entsprechende telemetrische Endgeräte (u. a. Blutdruckmessgerät, Personenwaage) werden Vitalparameter erfasst und an ein telemedizinisches Zentrum, eine Arztpraxis oder ein beteiligtes Klinikum übermittelt. In der praktischen Anwendung wird Telemonitoring häufig mit Telecoaching (telefonischer Betreuung) kombiniert. Telemonitoring ermöglicht die eigenständige Erfassung von Vitalwerten im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten. Durch die häufige, kontinuierliche Messung und Datenübertragung an medizinische Fachangestellte sowie Ärztinnen und Ärzte ist es möglich, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Dabei dominieren noch modellhafte Anwendungen aus dem diabetischen und kardiologischen Bereich, insbesondere zur Betreuung chronisch Kranker oder von Hochrisikopatientinnen bzw. -patienten. Diese als Ergänzung gedachte Form der gesundheitlichen Versorgung und Kontrolle bietet besonders älteren alleinlebenden Patientinnen und Patienten eine zweckmäßige Alternative zu häufigen außerhäuslichen Praxisbesuchen an. Die bisher in Deutschland durchgeführten Studien zeigen signifikante oder mindestens tendenzielle Verbesserungen für die Lebensqualität der Betroffenen.

Immer vorausgesetzt, dass Telemedizin und -care bei garantierter Versorgungsqualität unabhängig von sozialen Ungleichheiten bezahlbar und auf die vielfältigen Bedürfnisse einer heterogenen, überwiegend weiblichen Gruppe zugeschnitten sein sollte.

Aus der Betreuung mit Telemonitoring resultierte eine verbesserte Einhaltung der Medikation, eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte und eine Steigerung der Kosteneffektivität.⁵⁵⁵ Herausgehobene Kompetenzen finden sich in Nordrhein-Westfalen auf institutioneller Ebene, beispielsweise im Institut für angewandte Telemedizin (IFAT) am Herz- und Diabeteszentrum in Bad Oeynhausen und im Fraunhofer Institut für Software und Systemtechnik in Dortmund.

Praxisbeispiele aus NRW

Projekt CorBene2⁵⁵⁶

Bei CorBene2 arbeiten niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte sowie ambulant tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Kardiologie eng zusammen, um für Patientinnen und Patienten mit Herzschwäche (Herzinsuffizienz) die Behandlung zu verbessern, z. B. in dem Doppeluntersuchungen vermieden werden und die Übergänge zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Praxis optimiert werden.⁵⁵⁷

Wundnetz Witten⁵⁵⁸

Im Wundnetz Witten werden Patientinnen und Patienten von ihrem Zuhause aus mittels telemedizinischer Bildübertragung bei Fachärztinnen und Fachärzten sowie Wundexpertinnen und Wundexperten vorgestellt. Mittels Telekonsilen, an denen auch Fachab-

555 Vgl. Augustin, U./Henschke, C.: Bringt das Telemonitoring bei chronisch herzinsuffizienten Patienten Verbesserungen in den Nutzen- und Kosteneffekten? – Ein systematischer Review. *Das Gesundheitswesen*, 2012, 74(12): e114-e121.

556 www.corbene.de

557 Vgl. Krüger-Brand, H.E.: Telemonitoring und Electronic Homecare: Therapie im Wohnzimmer. *Dtsch Ärztebl*; 2006, 103(9): A-522 / B-450 / C-430.

558 Vgl. Imhoff-Hasse, S.: Wundnetz Witten: Erfolgsmodell Telekonsil. *Dtsch Ärztebl*; 2008, 105(46),10.

teilungen in Krankenhäusern beteiligt sind, sollen eine beschleunigte Wundheilung, seltenere Verbandwechsel und Einsparungen von Krankenfahrten erreicht werden.

Projekte im ländlichen Raum

Besonders im ländlichen Raum sind zudem Ärztenetze für eine flächendeckende Versorgung von großer und perspektivisch wachsender Bedeutung. Gute Beispiele sind die bereits seit 1998 bestehenden regionalen Ärztenetze in Bünde und im Siegerland, aber auch das „ZukunftsDORF“ Legden, das als Teil der „ZukunftsLAND Regionale 2016“ älteren Menschen zu einem möglichst langfristig selbstbestimmten Leben verhelfen will. Das Projekt „StrateGIN – Strategien für die Gesundheitsversorgung in Südwestfalen“⁵⁵⁹ nimmt neben der Versorgung durch Haus- und Fachärzte die stationäre medizinische und rehabilitative Versorgung in dieser Region in den Blick. Auf der Grundlage einer umfassenden Infrastrukturanalyse wurden für die fünf Kreise und alle kreisangehörigen Kommunen in Südwestfalen Infrastrukturprofile⁵⁶⁰ erstellt, die nun für eine Bedarfsanalyse und die Entwicklung von lokalen Handlungsstrategien genutzt werden können.

7.3.4.2 Stationäre Versorgung

Ältere Menschen stellen für Krankenhäuser die größte Nutzerinnen- und Nutzergruppe dar. Patientinnen und Patienten ab einem Lebensalter von 75 Jahren bilden einen steigenden Anteil aller stationär Behandelte. Dieser Anteil lag 2011 bei 24,4 % und entsprach einer Gesamtanzahl von 1,059 Millionen Personen in Nordrhein-Westfalen.⁵⁶¹ Somit wird abgesehen von einigen Ausnahmen wie der Geburtshilfe, der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Alltag in den Akutkrankenhäusern nicht unerheblich von der Versorgung älterer Menschen bestimmt.

Je älter Patientinnen und Patienten sind, desto komplexer ist ihr Behandlungs- und umso langwieriger ihr Erholungsbedarf. Im Zeitraum von 2006 bis 2010 erhöhte sich die Zahl der stationär behandelten Fälle von 70-jährigen und älteren Personen kontinuierlich. Zugleich stieg auch die Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den geriatrischen Abteilungen von 14,67 Tagen in 2006 auf 15,22 Tage in 2010.

Die Aufnahmesituation zur stationären Krankenhausbehandlung stellt eine entscheidende Weichenstellung dar. Nur etwa ein Drittel der älteren Patientinnen und Patienten wird aus dem ambulanten Bereich direkt in die Geriatrie eingewiesen. Bei der Mehrzahl der geriatrischen Fälle handelt es sich um Verlegungen. Eine frühzeitige Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten könnte zu abweichenden Patientenströmen führen.⁵⁶²

Es gilt daher, jene Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig zu identifizieren, die von einer geriatrischen Behandlung profitieren. Derzeit werden viele Patientinnen und

⁵⁵⁹ Projekt „Gesundheitliche und pflegerische Versorgungsinfrastruktur und Lösungsansätze für demografisch bedingte Versorgungsengpässe (StrateGIN 1)“.

⁵⁶⁰ Die Infrastrukturprofile beinhalten Informationen zur Bevölkerungsstruktur und zum Risikoindex (dieser beinhaltet die Indikatoren „Bevölkerung ab 80 Jahre, einschließlich Frauenanteil“; „erwerbsfähige Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 67 Jahren, einschließlich Frauenanteil“ und ermöglicht Aussagen über die Versorgungs- und Bedarfspotenziale, vgl. Schmidt 2013), zu den medizinischen, (vor-)pflegerischen und pflegeergänzenden Angebotsstrukturen sowie zu Einrichtungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Gerling et al. 2013).

⁵⁶¹ Vgl. Krankenhausstatistik der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKV), www.dkgev.de/dkg.php/cat/62/title/Krankenhausstatistik

⁵⁶² Vgl. Pientka, L.: Krankenhausbedarfsplanung und Entwicklung eines Konzepts „Integrierte medizinische Versorgung älterer Menschen“. Gutachten für das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen LZG.NRW, Herne (2013), S. 88ff.

Patienten, die eine geriatricspezifische Behandlung benötigen, nicht in ausreichendem Maße als solche erkannt. Typische Begleitprobleme bei stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten sind beispielsweise Demenz, Schluckstörungen und andere Ernährungs- oder Wundprobleme. Auch um diese Komplikationen zu vermeiden, wird ein spezielles routinemäßiges Aufnahmescreening bei Patientinnen und Patienten beispielsweise ab 70 Jahren empfohlen.⁵⁶³

Daher sieht die neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen für alle Plankrankenhäuser ein Screening- und Assessmentverfahren zur Identifikation geriatrischer Versorgungsbedarfe als verpflichtenden Standard vor.⁵⁶⁴

Die methodische Qualität vorhandener Screening-Instrumente kann jedoch derzeit insgesamt noch nicht als ausreichend gewertet werden.⁵⁶⁵ Als Erhebungsinstrument kommt z. B. der ISAR-Score („Identification of Seniors at Risk Screening Tool“) in Frage.⁵⁶⁶

Hierzu liegen im Gegensatz zu den meisten anderen Instrumenten eine Vielzahl von Validierungs- und Implementierungsstudien vor.⁵⁶⁷ Darüber hinaus ist die verbindliche Zusammenarbeit zentrales Element im geriatrischen Versorgungsverbund. Zu diesem Zweck werden Kooperationsvereinbarungen zwischen den beteiligten Einrichtungen getroffen.⁵⁶⁸

Seit 2004 rechnen die Krankenhäuser nicht mehr nach tagesgleichen Pflegesätzen ab, sondern auf der Basis von Fallgruppen, die jährlich festgelegt werden. Mit diesem System sollen die Kliniken gleiche Preise für gleiche Leistungen erzielen. Mit der Einführung dieses neuen Vergütungssystems auf der Basis diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG) ist seit 2004 ein Prozess durchgreifender Veränderungen in Gang gesetzt worden.

Folgen sind z. B. Rationalisierungen durch interne Umstrukturierungen und Änderungen der Ablauforganisation in den einzelnen Kliniken, ein Betten- und Personalabbau, die Auslagerung von Leistungen aber auch die Ausweitung des Leistungsangebots sowie die Schließung unrentabler Abteilungen oder gar ganzer Kliniken.⁵⁶⁹

Diese Entwicklungen sind auch für die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten relevant. Die Kliniken haben ein betriebswirtschaftliches Interesse daran, Patientinnen und Patienten rasch zu entlassen, während ältere Menschen eine komplexere Versorgung und mehr Zeit für die Erholung benötigen als jüngere Patientinnen und Patienten. Bei der Entlassung müssen unter Umständen noch bestehende Einschränkungen ambulant in Übergangspflegeeinrichtungen oder Reha-Kliniken aufgefangen werden. Das Überleitungs- und Entlassungsmanagement, insbesondere an Wochenenden ohne gesicherte Anschlussbetreuung und Anschlussmedikation, werden den Problemstellun-

563 Vgl. Lübke, N.: Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart: Schattauer 2012, S. 63.

564 Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan 2015. Düsseldorf (2013), S. 90ff.

565 Vgl. Pientka, L. (2013), S. 64.

566 Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan 2015. Düsseldorf (2013), S. 90ff.

567 Vgl. Pientka, L. (2013), S. 64.

568 Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan 2015. Düsseldorf (2013), 90ff.

569 Vgl. List, S.M./Ryl, L./Schelhase, T.: Systeme mit Altersschwäche? Angebote gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für alte Menschen. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter (2009), Berlin: Robert Koch-Institut, S. 181.

gen älterer und hochbetagter Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen meist nur unzureichend gerecht.

Insgesamt setzt die möglichst frühe Entlassung von Patientinnen und Patienten eine enge Kooperation mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten, mit Pflegediensten bzw. Sozialstationen sowie mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen voraus. Im Hinblick auf das gerade für ältere Patientinnen und Patienten wichtige Überleitungsmanagement wird den Krankenhäusern eine „ausgeprägte Vernetzung“ und „weitreichende Nutzung“ der Netze für eine abgestimmte Patientenüberleitung zu ambulanten Versorgungseinrichtungen attestiert. Am deutlichsten ausgeprägt seien die Vernetzungen zwischen Krankenhäusern und vollstationären Pflegeeinrichtungen wie Altenheimen; weniger etabliert seien sie in Bezug auf Hospize sowie Wohnheime und andere Einrichtungen des betreuten Wohnens.⁵⁷⁰ Aber auch hier führt eine zunehmende Beschäftigung von kommunalen Gremien (Pflege- und Gesundheitskonferenz) sowie übergreifenden Arbeitsgruppen auf Landesebene zur Erarbeitung und standardisierten Etablierung von Überleitungsbögen, die eine Verbesserung der Informationsübergabe bieten sollen. Der Aufenthalt in einem Krankenhaus kann für ältere Menschen mit erhöhten Risiken verbunden sein. Alter und eine häufig einhergehende Multimorbidität bergen besondere Risiken in Bezug auf die Patientensicherheit, insbesondere hinsichtlich unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen durch Multimedikation. Durch altersbedingt reduzierte Reservekapazitäten kann z. B. nach einer Phase der Immobilisation die Muskelkraft so stark verringert sein, dass eine eigenständige Remobilisation nicht mehr möglich oder zumindest stark erschwert ist.

Zum Teil macht sich im Alter auch eine stärkere Abhängigkeit von unterstützenden Kontextfaktoren (wie beispielsweise die Anwesenheit der Ehepartnerin oder des Ehepartners) bemerkbar. Ältere Patientinnen und Patienten sind zudem häufig durch die Abläufe im Krankenhaus überfordert, insbesondere wenn sie von Demenz betroffen oder bedroht sind. Eine besondere Gefährdung älterer Patientinnen und Patienten besteht darin, dass sie häufiger nach Narkosen und operativen Eingriffen in einen verwirrten Zustand gelangen (perioperatives Altersdelir), was zu einer vorübergehenden Pflegebedürftigkeit führen kann und in der Regel längere Verweildauern nach sich zieht.

Die Notwendigkeit der besonderen Versorgung von älteren Menschen im Krankenhaus spiegelt sich in Nordrhein-Westfalen im Ausbau der stationären geriatrischen Versorgung wider. In diesem Bereich standen in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 mehr Betten zur Verfügung als in den vorangegangenen Jahren. Insgesamt waren dies 4.035 Betten, die sich auf 77 Abteilungen verteilten; in 48 (von 53) nordrhein-westfälischen Kreisen bzw. kreisfreien Städten war mindestens eine geriatrische Abteilung vorhanden. Nach mathematischer Trendberechnung unter Zugrundelegung der Auslastungsdaten aus 2010 sieht der Krankenhausplan 2015 NRW einen rechnerisch prognostizierten Bettenbedarf von 4.653 Betten (+13,3 %) vor.

Die demografische Entwicklung gab Anlass zur Erstellung eines geriatrischen Versorgungskonzepts, das eine qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung in NRW bedingen soll. Hierzu ist der Einsatz altersmedizinischer Standards erforderlich. Insbesondere die Bündelung entsprechender Kompetenzen aller Fachdisziplinen sowie eine

570 Vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: (LZG NRW) (Hrsg.): Innovationspanel 2010/2011. Klinikwirtschaft NRW. Ergebnisse einer Befragung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser zu ihren Modernisierungsthemmen und -projekten im Jahr 2010/2011, Bochum (2012), S. 69.

sektorenübergreifende, intensive Vernetzung sind dabei gefordert. Für die stationäre Behandlung Älterer ist zunächst wichtig, diejenigen Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von einer geriatrischen Intervention profitieren. Ziel der Versorgung bildet Wiederherstellung bzw. Erhalt der individuellen Selbstständigkeit und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nach einer schweren Erkrankung.

Zur gestuften Identifikation ist zunächst ein möglichst einfach anwendbares Screening-Verfahren einzusetzen, das in den stationären Aufnahmeprozess der Patientin bzw. des Patienten integriert werden kann. Bei Bestehen relevanter Defizite ist ein daran anknüpfendes, umfassenderes geriatrisches Assessment geboten. Abhängig vom Ergebnis dieses Assessments ist eine individuelle geriatrische Versorgung in patientenspezifischer Intensität erforderlich. Zur adäquaten Patientenversorgung sieht der Krankenhausplan NRW eine enge Kooperation nicht-geriatrischer Fachabteilungen mit der Geriatrie vor („Geriatrisierung“ der Nachbardisziplinen). Dabei bietet der Geriatrische Versorgungsverbund allen Fachabteilungen seine Unterstützung. Ziele bilden die Vereinbarung von Therapieabläufen, Behandlungs- und Qualitätsstandards. Daneben sollen die Festlegung verbindlicher Übernahmekriterien zur frühzeitigen geriatrischen Frührehabilitation, Rehabilitation oder gegebenenfalls notwendigen geriatrischen Weiterbehandlung erlangt werden.

Die Einrichtung eines geriatrischen Liaisondienstes in kooperierenden Aufnahmekliniken und die Gewährleistung eines gegenseitigen Konsiliardienstes dienen ebenfalls der qualitativ hochwertigen Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten. Mittels geriatrischer Institutsambulanzen bzw. alternativ geriatrischer Schwerpunktpraxen soll die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor überwunden werden. Dabei soll der Verbundaufbau den Informationsfluss und die individuelle Ausrichtung der konkreten Versorgung erleichtern.

Geriatrische Abteilungen zeichnen sich durch die Behandlung mit einem geriatrischen Team unter fachärztlicher Behandlung, standardisiertem geriatrischen und sozialem Assessment sowie aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal und teamintegriertem Einsatz aus den Bereichen Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie oder Psychologie/Neuropsychologie aus. Die aktivierend-therapeutische Pflege, die über die Grund- und Behandlungspflege hinausgeht, richtet sich an Personen mit Bedarf an Unterstützung, Pflege sowie Frührehabilitation. Ziel der aktivierend-therapeutischen Pflege sind eine individuell optimale Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe, bestenfalls in einem Ausmaß wie vor dem aktuellen stationären Aufenthalt.

Dabei stehen insbesondere das (Wieder-)Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenzen im Fokus.⁵⁷¹

Die bedarfsgerechte Versorgung kognitiv eingeschränkter oder gar demenziell vorerkrankter Menschen stellt eine zunehmende Herausforderung für Krankenhäuser und Rehakliniken dar. Es gibt inzwischen eine wachsende Anzahl von Projekten, die sich mit der Identifizierung und speziellen Begleitung dieser Patientinnen und Patienten beschäftigen. Daneben spielen für die Krankenhäuser auch betriebswirtschaftliche Aspekte eine Rolle, da die Akutverweildauer und somit der Betreuungsaufwand verkürzt

⁵⁷¹ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan 2015. Düsseldorf 2013, S. 90ff.

sowie das Risiko von Stürzen, Verletzungen oder krankenhaussassoziierten Infektionen vermindert werden können.

Anhand von Diagnosegruppen dokumentierter Leistungen finden sich zwischen geriatrischen und internistischen Fachabteilungen lediglich geringe Unterschiede. Jedoch ist die Behandlungsintensität in geriatrischen Fachabteilungen deutlich höher. Einen Grund hierfür könnte die dort häufig durchgeführte frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung bilden. Mit dieser gehen eine längere Verweildauer und eine im Vergleich zu anderen Abteilungen höhere Entlassungsquote in ein Pflegeheim einher. In 2010 lag die durchschnittliche Verweildauer der Geriatrie mit 15,22 Tagen deutlich über der Verweildauer in Fachabteilungen der Inneren Medizin (7,78 Tage).

80,4 % aller Behandlungen in der Geriatrie wurden regulär beendet und 3,2 % der Patientinnen und Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt. Die reguläre Beendigung der Behandlung in der Inneren Medizin lag 2010 bei 83,9 %. 4,4 % wurden in ein anderes Krankenhaus verlegt sowie 2 % in ein Pflegeheim. Die Entlassquote in eine Pflegeeinrichtung in der Fachabteilung der Geriatrie lag mit 5,4 % deutlich höher. Die Mortalität nahm in beiden Fachabteilungen verglichen mit den Vorjahren ab und lag in der Inneren Medizin bei 6,3 % und in der Geriatrie geringfügig niedriger bei 6,0 %.⁵⁷²

Praxisbeispiele in NRW

Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs

Am St. Franziskus-Hospital Münster wird ein Modellprojekt zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs durchgeführt.⁵⁷³ Die intensive, perioperative Betreuung durch ein speziell eingerichtetes Geriatrie-Team konnte dort das Auftreten eines sogenannten Durchgangssyndroms („perioperatives Delir“) nach einer Operation nachweislich deutlich senken.

Patientenbegleitung Freiwillige begleiten alte und allein stehende Personen bei Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen⁵⁷⁴

Das im Projekt „Patientenbegleitung“ entwickelte neue Engagementprofil „Patientinnen- und Patientenbegleiter“ zielt darauf, ältere und allein stehende Menschen im Untersuchungsraum Bochum bei der Bewältigung von Krankenhausaufenthalten und ggf. daran anschließenden Arztbesuchen zu unterstützen (z. B. organisatorische Planung, emotionaler Beistand, praktische Hilfen) sowie die Rückkehr nach Hause zu begleiten. Im Anschluss an die modellhafte Erprobung ist eine landesweite Verbreitung durch Schulung von Multiplikatoren in anderen interessierten Kommunen bzw. Städten geplant.

7.3.4.3 Palliativversorgung und Hospize

In der palliativen⁵⁷⁵ und hospizlichen⁵⁷⁶ Versorgung geht es darum, Menschen mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung zu begleiten und, wenn nötig, pallia-

572 Vgl. Pientka, L.: Krankenhausbedarfsplanung und Entwicklung eines Konzepts „Integrierte medizinische Versorgung älterer Menschen“. Gutachten für das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen LZG.NRW, Herne 2013, S. 88f.

573 Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs. Düsseldorf (2012), S. 131..

574 Online verfügbar unter www.fogera.de/patientenbegleitung/ (Stand 25.6.2015)

575 palliativ = Schmerzen/Beschwerden lindernd

576 hospizlich = sterbebegleitenden

tivmedizinisch zu behandeln. Das Ziel dabei ist, den Betroffenen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und Schmerzen so gut wie möglich zu lindern. Die Begleitung umschließt psychosoziale und spirituelle Angebote und bezieht Angehörige mit ein. Eine palliativ ausgerichtete Versorgung wird insbesondere bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, dem Vollbild der Infektionskrankheit AIDS, einer mit fortschreitenden Lähmungen einhergehenden Erkrankung des Nervensystems oder dem Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung notwendig. Hiervon können Menschen aller Altersgruppen betroffen sein. Ältere Menschen können in ihrer letzten Lebensphase auch aufgrund von Demenzerkrankungen, den Folgen eines Schlaganfalls oder durch Mehrfacherkrankungen eine Palliativversorgung benötigen.

Die meisten Menschen wünschen sich – unabhängig von ihrem Alter oder ihrer speziellen Lebenssituation – die letzte Lebensphase in einem vertrauten Umfeld zu erleben. Bei Älteren kann dies das eigene Zuhause sein, aber auch eine Pflegeeinrichtung, in der sie schon länger leben. Die Aufnahme auf eine Palliativstation oder Palliativeinheit eines Krankenhauses kann bei einer unheilbaren Erkrankung notwendig sein, wenn eine angemessene, palliativ-medizinische Behandlung außerklinisch nicht möglich ist. Schwerstkranke können an ihrem Lebensende aber auch in einem Hospiz betreut werden, wenn die Pflege zuhause nicht möglich und eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist. Ambulante Palliativpflegedienste waren in der Vergangenheit vielfach nicht bekannt und deshalb selten genutzt. Die Vervielfachung des Angebots in diesem Bereich innerhalb der letzten zehn Jahre deutet aber darauf hin, dass der Bekanntheitsgrad und die Nutzung deutlich zugenommen haben. Im Rahmen der psychosozialen Begleitung Sterbender und der Trauerbegleitung für Angehörige haben ambulante Hospizdienste und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer eine wichtige und immer noch wachsende Bedeutung.⁵⁷⁷

In Nordrhein-Westfalen gibt es ein weitreichendes und gut vernetztes Angebot an palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung. Für Erwachsene stehen 418 Palliativbetten an 61 Krankenhäusern (davon sind 347 Palliativbetten im Krankenhausbedarfsplan 2015 berücksichtigt),⁵⁷⁸ 112 ambulante Palliativpflegedienste, 64 Hospize, über 300 ambulante Hospizdienste und über 8.000 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zur Verfügung.

Zwei vom Land Nordrhein-Westfalen eingerichtete ALPHA-Stellen (ALPHA-Rheinland und ALPHA-Westfalen)⁵⁷⁹ fungieren als Ansprechstellen für Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung.

Perspektivisch ist in den kommenden Jahren insbesondere im Bereich von Pflegeeinrichtungen mit Verbesserungen der palliativen und hospizlichen Versorgung für die Bewohnerinnen und Bewohner zu rechnen. Der große Bedarf an professioneller Palliativversorgung in diesen Einrichtungen wurde erkannt und es gibt für Nordrhein-Westfalen eine daraus abgeleitete Konzeption zur Implementierung von Hospizkultur und Palliativ-

577 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit, und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Hospizarbeit und Palliativmedizin: Stand und Entwicklung, Düsseldorf (2007).

578 Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan 2015. Düsseldorf (2013).

579 ALPHA NRW: www.alpha-nrw.de

versorgung in Pflegeeinrichtungen.⁵⁸⁰ Zur Umsetzung dieser Konzeption gehören Schulungen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Einsatz von Pflegekräften mit Palliative-Care-Qualifikation in allen Wohnbereichen und eines Konsil-Teams für die gesamte Einrichtung. Auf lokaler Ebene sollen Pflegeeinrichtungen mit lokalen Anbietern kooperieren und sich an Netzwerken beteiligen. Für die Trägerebene ist es wichtig, das Leitbild entsprechend anzupassen sowie neue Standards (z. B. zur symptomlindernden Pflege) einzuführen.

Im Zuge der zu verzeichnenden Ausweitung dieses Versorgungsbereichs wird es auch darum gehen, die Angebote zielgruppenspezifischer auszurichten und z. B. verstärkt spezifische Bedarfe von Migrantinnen und Migranten, Nicht-Sesshaften und Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

7.3.4.4 Arzneimittelversorgung

Die Verschreibung von Medikamenten ist ein Kernelement der ambulanten medizinischen Therapie. Deshalb spielt die Verschreibungspraxis der Ärztinnen und Ärzte in der Versorgungsforschung eine herausragende Rolle. Formen einer Fehl- und Überversorgung werden am Beispiel der Multimedikation sichtbar. Sie ist nach überwiegender Auffassung gegeben, wenn innerhalb eines Quartals fünf oder mehr Arzneimittel eingenommen werden.⁵⁸¹ Zu den Risiken der Multimedikation zählen das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen sowie geriatrischer Syndrome, zu denen Stürze, Inkontinenz, Immobilität und kognitive Einschränkungen gehören. Auch die korrekte Handhabung der Medikation wird für Patientinnen und Patienten mit zunehmender Zahl der verordneten Medikamente immer schwieriger.

Nach den Ergebnissen einer Analyse von Daten einer großen Krankenversicherung mit 26 Millionen Versicherten wurden Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren innerhalb eines Quartals (2010) durchschnittlich 4,6 Wirkstoffe als Dauermedikation verordnet; 42 % erhielten jedoch fünf oder mehr.

In Alten- und Pflegeheimen werden häufig sogar durchschnittlich acht Medikamente verordnet. Bei dieser Personengruppe sind die genannten Risiken als erhöht anzusehen, zumal Befragungsergebnisse zeigen, dass ältere Menschen in erheblichem Umfang neben Vitaminpräparaten, Mineralstoffen und Stärkungsmitteln zusätzlich auch nicht rezeptpflichtige Medikamente (z. B. Schmerzmittel) einnehmen.⁵⁸²

Neben der Zahl regelmäßig eingenommener Medikamente stellt auch die Verordnung bestimmter, potenziell ungeeigneter Arzneimittel ein gesundheitliches Risiko dar. Hierzu gibt es eine Liste mit derzeit 83 Medikamenten (PRISCUS-Liste), die nach Einschätzung eines Expertengremiums im Regelfall ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis für ältere Menschen aufweisen.

Nahezu ein Viertel (24 %) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren hat im Jahr 2010 mindestens ein Medikament dieser Liste verordnet bekommen. Die Autorinnen und Autoren räumen allerdings selbst ein, dass sich ein Teil dieser Verordnungen auf-

580 Vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen: Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis. Düsseldorf (2014).

581 Thürmann, P.A./Holt-Noreiks, S./Nink, K./Zawinell, A.: Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster Ch, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart: Schattauer (2012), S. 111-130.

582 Vgl. Zok, K.: Einstellungen älterer Menschen zur Arzneimitteltherapie. Ergebnisse einer Umfrage unter 1000 GKV-Versicherten ab 65 Jahren. WIdO-Monitor. (2012), Nr. 1, S. 3; Thürmann P.A./Holt-Noreiks, S/Nink, K./Zawinell, A.: Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster Ch, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart: Schattauer (2012), S. 116.

grund von Multimorbidität oder Schwere der Symptome nicht vermeiden lässt.⁵⁸³ Frauen in allen Altersgruppen sind häufiger von Multimedikation betroffen als Männer (27 vs. 20 %). Bei näherer Betrachtung der Arzneimittelgruppen zeigt sich, dass Frauen häufiger Psychopharmaka – insbesondere Antidepressiva sowie Sedativa und Hypnotika – erhalten, Männer demgegenüber häufiger Arzneimittel zur Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen.⁵⁸⁴

Die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen hat sich im Jahr 2012 mit dem Thema „Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren Versorgung der Bürgerinnen und Bürger“ auseinandergesetzt. Sie sieht im Hinblick auf eine nachhaltige Arzneimitteltherapiesicherheit insbesondere folgende Handlungsfelder, welche in besonderem Maße auch ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten betreffen: Pharmakotherapiemangement, Kooperation der Versorgungssektoren, Versorgungssettings wie z. B. Pflegeheime und häusliche Pflege, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und Stärkung der Information und Kompetenz von Patientinnen und Patienten.⁵⁸⁵

Die Apothekerkammer Nordrhein bietet im Rahmen ihres Pilotprojekts „Athina“⁵⁸⁶ eine systematische Bestandsaufnahme der jeweiligen gesamten Medikation für Patientinnen und Patienten an und berät sie zur korrekten Anwendung der Arzneimittel. Im Vorfeld werden die Apothekerinnen und Apotheker entsprechend geschult. Ziel ist eine qualitätsgesicherte Beratung von Patientinnen und Patienten, die gleichzeitig verschiedene Medikamente einnehmen. Von der Apothekerkammer Westfalen-Lippe wurden bis Oktober 2013 in Kooperation mit der Universität Münster bereits insgesamt 140 sogenannte „AMTS-Manager“ fortgebildet. Hier wird die sichere Anwendung von Arzneimitteln, die Begleitung der Therapie und die Vermeidung von Wechselwirkungen vermittelt, um ein möglichst hohes Maß an Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu erreichen. Fachapothekerinnen und Fachapotheker können darüber hinaus in Weiterbildungsmaßnahmen der Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe die Zusatzbezeichnung „Geriatrische Pharmazie“ erwerben.

Praxisbeispiele in NRW

Arzneimittelkonto NRW (NRW, Lennetal)

Das Projekt richtet sich an ältere Patientinnen und Patienten in der Region Lennetal und zielt darauf, die AMTS im Alter zu verbessern, wobei insbesondere geschlechtsspezifische Unterschiede betrachtet werden sollen. Zudem sollen durch Transparenz und gezielte Erinnerungen ein Beitrag zur besseren Compliance geleistet werden. Im Rahmen des Projektes werden alle Arzneimittelverordnungen eines Patienten in einem (digitalen) zentralen Arzneimittelkonto zusammengeführt. Über eine „Key Card“ können Ärzte und Patienten auf die Informationen am PC oder Smartphone zugreifen. Patientinnen und Patienten können hier auch ihre Selbstmedikation erfassen. Mit Hilfe einer

583 Vgl. Thürmann, P.A./Holt-Noreiks, S./Nink, K./Zawinell, A.: Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster Ch, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart: Schattauer (2012), S. 114.

584 Vgl. ebd., S. 118.

585 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: 21. Landesgesundheitskonferenz NRW. Düsseldorf (2012).

586 Vgl. Apothekerkammer Nordrhein: Arzneimitteltherapie in Apotheken (ATHINA): Interaktionsmanagement/ Basis-Seminar Brown Bag Review/ Tool-Workshop inkl. Kommunikation <https://www.aknr.de/apotheker/fortbildungskalender.php?id=2>

AMTS-Prüfsoftware kann die Gesamtmedikation auf Interaktionen, Kontraindikationen und Doppelverordnungen geprüft werden. Auf diese Weise sollen langfristig die Medikation reduziert sowie die unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Klinikeinweisungen vermieden werden.⁵⁸⁷

Team eGK⁵⁸⁸ (NRW, Bochum-Wattenscheid)

Das Projekt „TEAM eGK“ greift auf die in Apotheken bereits vorliegenden medikationsrelevanten Daten zurück und zielt darauf, diese für alle Apotheken nutzbar zu machen. Durch eine apothekenübergreifende Übersicht sollen arzneimittelbezogene Probleme (z. B. Wechselwirkungen) schneller und in ihrer Gesamtheit erfasst werden. Ob diese apothekenübergreifenden Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) praktikabel ist und welcher Nutzen damit einhergeht, wird in der Untersuchungsregion Bochum-Wattenscheid getestet.⁵⁸⁹ Ausgehend von der Annahme, dass bei Frauen in der Regel eine umfangreichere Medikation vorliegt, sollen insbesondere geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nutzung ermittelt werden.⁵⁹⁰

Medikationsplan NRW

Der „Medikationsplan NRW“ ist ein gemeinsames Projekt der beiden Ärztekammern in NRW und zielt darauf, Patienten und alle an ihrer Versorgung Beteiligten Professionen über die aktuelle Medikation zu informieren. Nach der Erprobungsphase, die in einem Ärztenetz zunächst mit einer Papierversion durchgeführt werden soll, erfolgen ggf. eine weitere Überarbeitung des Medikationsplans und die Ergänzung eines Barcodes. Darüber können dann die Informationen digital eingelesen, bearbeitet und ausgedruckt werden.⁵⁹¹

Arzneimittelmanagement in der Gesundheitsregion Siegerland

Das Projekt wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und dem Praxisnetz Siegerland durchgeführt und umfasst ein arztgestütztes Arzneimittelmanagement für Versicherte kooperierender Krankenkassen in der Untersuchungsregion. Teilnehmen können Polypharmazie-Patienten, die fünf oder mehr Medikamente einnehmen. Auf ihren Wunsch und mit ihrem Einverständnis führt der Hausarzt eine Überprüfung der aktuellen Medikation anhand einer arztübergreifenden 12-Monats-Übersicht, die die KVWL für alle an der Versorgung des Patienten Beteiligten bereit stellt, durch. Diese „Gesamtschau“ ermöglicht eine umfassende Beurteilung und ggf. Austausch und weitere Absprachen zwischen den Behandelnden.⁵⁹²

587 Vgl. Ladendorf, F. (2013): Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger; ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (o.J.): Arzneimitteltherapiesicherheit. Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der Arzneimittelversorgung.

588 telematikinfrastrukturunterstützte Erweiterung der AMTS-Prüfungs-Datengrundlage als Mehrwertanwendung der elektronischen Gesundheitskarte.

589 <http://egesundheit.nrw.de/projekt/team-egk/>

590 ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (o.J.): Arzneimitteltherapiesicherheit. Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der Arzneimittelversorgung. <http://egesundheit.nrw.de/projekt/team-egk/>

591 Vgl. ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (o.J.): Arzneimitteltherapiesicherheit. Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der Arzneimittelversorgung.

592 Vgl. ebd.

7.3.5 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

In einer alternden Gesellschaft gewinnen Fragen der Gesundheit im Alter und die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen zunehmend an Bedeutung. Auch wenn Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist, kann die Förderung eines gesunden Älterwerdens der Bevölkerung als eine wesentliche Herausforderung auch für Nordrhein-Westfalen angesehen werden. Vor dem Hintergrund der hier vorliegenden ersten landesspezifischen Bestandsaufnahme sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – u. a. folgende Entwicklungsbedarfe und Perspektiven zu benennen:

Für die Betrachtung der Entwicklungen von Krankheiten im Alter erscheint es zukünftig bedeutsam, weitere alter(n)srelevante Themen aufzugreifen (u. a. Barrierefreiheit beim Wohnen und beim Zugang zur sozialen und medizinischen Versorgung, Versorgung mit Hilfsmitteln, Inkontinenz). Für das Thema Sucht im Alter zeichnen sich zudem folgende Entwicklungsbedarfe ab: Entwicklung altersangemessener Präventions- und Hilfsangebote,⁵⁹³ stärkere Berücksichtigung älterer suchtkranker Frauen und Männer in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Entwicklung entsprechender Versorgungskonzepte, einschließlich der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,⁵⁹⁴ Altersdifferenzierung in der Suchtforschung, Berücksichtigung genderspezifische Aspekte im Forschungsfeld „Sucht und Alter“⁵⁹⁵ und Aufbau einer landesspezifischen Suchthilfestatistik.⁵⁹⁶

Um zukünftig landesspezifische Entwicklungsbedarfe für die Versorgungsbereiche Gesundheitsförderung und Prävention formulieren zu können wäre es zudem wünschenswert, einen Überblick zu landesspezifischen Versorgungsstrukturen und zum Stand der Umsetzung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen (unter Berücksichtigung der Ansiedlung dieses Themas an der Schnittstelle zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales) zu erstellen.

Darüber hinaus besteht in diesem Versorgungssegment ungebrochen Entwicklungsbedarf für Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter(n)s-/Lebensverlauf. Neben verhaltens- und verhältnispräventiven Angeboten für ältere Menschen mit geringem sozioökonomischen Status erscheint insbesondere die Förderung kultursensibler sowie geschlechterspezifischer Angebote für ältere Menschen bedeutsam.

Vor dem Hintergrund der regionalen Kumulation gesundheitlicher Problemlagen ist zudem Bedarf für die Entwicklung regional differenzierter und zielgruppenspezifischer gesundheitlicher Versorgungsangebote gegeben. Neben lokalen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich barrierefreier Wohnkonzepte sollte zukünftig insbesondere die ambulante geriatrische Versorgung durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte fokussiert werden. Hier wäre u. a. ein Monitoring der Absolventinnen- und Absolventenzahlen der strukturierten curriculären Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ und die Beobachtung der Entwicklung ambulanter geriatrischer Versorgungsstrukturen von Interesse. Dabei sollte nicht nur die Versor-

593 Vgl. MGEPA NRW (Hrsg.) (2012). Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen – Grundsätze/Strategie/ Handlungsrahmen – (2012). Online verfügbar unter www.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/Landeskonzept%20gegen%20Sucht_ENDVERSION.pdf (Stand: 22.4.2014).

594 Vgl. Weyerer, S./Bickel H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (764).

595 Ebd.

596 Vgl. MGEPA NRW (Hrsg.) (2012). Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen - Grundsätze/Strategie/ Handlungsrahmen - (2012). Online verfügbar unter www.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/Landeskonzept%20gegen%20Sucht_ENDVERSION.pdf (Stand: 22.4.2014).

gungssituation älterer Patientinnen- und Patientengruppen in Privathaushalten, sondern auch die (haus-)ärztliche (geriatrische) Versorgung in Pflegeheimen sowie das Überleitungsmanagement zwischen stationärer geriatrischer und ambulanter (haus-)ärztlicher Versorgung in den Blick genommen werden.

Die Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten erfordert eine stärkere Integration der Versorgung, bei der präventive, kurative und rehabilitative Leistungen aufeinander abgestimmt werden müssen. Dabei sind Antworten auf der Ebene der individuellen ärztlichen Kompetenz, der Gestaltung des Gesundheitssystems, von der einzelnen Praxis bis hin zu gesetzlichen Regelungen, aber auch in der medizinischen Lehre (Aus-, Weiter- und Fortbildung) und der Wissenschaft gefordert.

Wichtig erscheinen in diesem Zusammenhang auch die Schaffung und Weiterentwicklung aufsuchender Dienste aufgrund zunehmender Immobilität im Alter. Im Bereich der Krankenhausversorgung sollte ein Schwerpunkt auf demenzsensible Konzepte gelegt werden, da immer häufiger Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz stationär behandelt werden.

Weitere zielgruppenspezifische Angebote sind zukünftig auch in einer stärkeren traumasensiblen Ausrichtung der Pflegearbeit, der Palliativ-/Hospizversorgung, sowie in der Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung erforderlich.

Gender-Implikationen

Wie vorangegangene Ausführungen zum „Gender-Paradox“ aufzeigen, ist im Kontext von Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung eine gendersensible Betrachtung von Frauen und Männer von zentraler Bedeutung für geschlechtergerechte Gesundheitschancen im Alter. Soziale Ungleichheiten schlagen sich in gesundheitlichen Ungleichheiten nieder und zeigen, dass allein eine Unterscheidung von Frauen und Männer hinsichtlich ihres biologischen Geschlechts nicht ausreicht.

Eine bis dato verbreitete praktizierte vermeintlich geschlechtsneutrale Berücksichtigung von Frauen und Männern führt häufig zu Verzerrungen („Gender-Bias“) und äußert sich konkret in Über-, Unter- oder Fehlversorgung beider Geschlechter.⁵⁹⁷ Erklärungs- und Interventionsansätze für Männer und Frauen sollten daher bereits im jeweiligen Forschungsprozess getrennt untersucht und vergleichend gegenübergestellt werden.⁵⁹⁸

Maßgeblich Einfluss auf die Gesundheit in allen Lebensphasen nehmen soziale Faktoren, die sich innerhalb der Gesellschaft vertikal wie horizontal beeinflussen. Im Kontext von Gesundheit sind es die Gesundheitswissenschaften (Health Sciences), die in Deutschland seit den 1980er-Jahren unterschiedliche Disziplinen vereinen und sich besonders effektiv und nachhaltig einbringen.

Bestehende Forschungslücken veranschaulichen einerseits die Komplexität der Thematik, die sich mit den geistigen, körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit einer Gesellschaft befasst. Andererseits weisen bestehende Forschungslücken allerdings auch auf eine gewisse Resistenz gegenüber gendersensibler und -gerechter Darstellungen hin, die es auch im Hinblick auf bedeutende gesell-

597 Vgl. Kolip, P./Lademann, J. (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Eine Einführung. In: Kolip, P./Lademann, J. (Hrsg.) (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Juventa Verlag Weinheim und München, S. 10f.

598 Vgl. Mielck, A. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann/ Kolip (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber Verlag, S. 391.

schaftliche Transformationsprozesse zu überwinden gilt. Mit Blick auf den demografischen Wandel, d. h. mit speziellem Fokus auf den Anstieg der Bevölkerung im dritten und im vierten Lebensalter, rücken „die Alten“ mit ihren Bedürfnissen und Potenzialen aus vielfältigen Gründen unweigerlich ins Zentrum der Betrachtungen. Ein gendersensibler Blick auf diese Altersgruppen kann aufzeigen, inwiefern psychosoziale und strukturelle Faktoren auch bei ihnen ineinandergreifen. So lässt sich beispielsweise für die fehlende Bereitschaft der (älteren) Männer an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen konstatieren, dass Gesundheitsförderungsangebote und Präventionsmaßnahmen vielfach frauenzentriert sind und mit gängigen Männlichkeitsvorstellungen nicht vereinbar scheinen.⁵⁹⁹ Ein Ausbau der Männergesundheitsforschung als gleichwertige Erweiterung zur bereits etablierten Frauengesundheitsforschung könnte u. a. der Qualifizierung einer männerbezogenen Gesundheitsförderung Vorschub leisten⁶⁰⁰ und die Entwicklung von frauen- und mänderspezifischen, aber auch geschlechterübergreifenden und dennoch ungleichheitssensiblen Angeboten unterstützen.⁶⁰¹

Immer mitgedacht sollte eine gleichzeitige Analyse der Notwendigkeit der Angebote im Hinblick auf ihrer Bedeutung für die Kategorie Geschlecht sein. Erkrankungen von Frauen werden beispielsweise trotz gewissenhaften Wahrnehmens von Gesundheitsförderungsangeboten und Präventionsmaßnahmen nicht hinreichend erkannt. Zugrunde liegen häufig androzentrische und geschlechterinsensible Annahmen in der Erstdiagnose, die z. B. außer Acht lassen, dass Frauen im Krankheitsfall unter Umständen andere oder schwächere Symptome aufzeigen als Männer. Insgesamt verdeutlicht sich, dass gender- und schichtensible Präventionsmaßnahmen bereits im Kindes- und Jugendalter eingeleitet gehören, da ein gesundheitsschädigendes Verhalten beispielsweise in Form von Genussmittelmisbrauch oder Bewegungsmangel bereits in der Jugend geprägt wird und sich bis ins hohe Alter auswirken kann.⁶⁰² Andererseits zeigt sich, dass eine Änderung des Gesundheitsverhaltens in jedem Alter im weiteren Lebensverlauf zu einem verbesserten Wohlbefinden beitragen kann.

Das Konzept „Gender Mainstreaming“ zielt darauf ab, gesundheitliche Ressourcen für Frauen und Männer gleichberechtigt innerhalb vertikaler wie horizontaler Zugänge zu sichern.⁶⁰³ Ein Verknüpfen von Geschlechtergerechtigkeit und Gleichstellungspolitik mit den Reformkonzepten des öffentlichen Sektors erweist sich dabei als kennzeichnend für Gender Mainstreaming.⁶⁰⁴ Damit geraten beispielsweise nicht mehr primär Frauen als förderungsbedürftig in den Fokus, sondern die Institutionen.⁶⁰⁵ Ein offener Dialog zwischen Praxis, Politik und Wissenschaft sollte dabei stets vorausgesetzt sein. Wird die Umsetzung von Gender Mainstreaming ernstgenommen, dann führt sie zu einer Quali-

599 Vgl. Kolip, P./Koppelin, F. (2002): Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann/ Kolip (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Huber Verlag, S. 501.

600 Vgl. Neuber, G. (2011): Gesundheitsförderung. In: Ehlert, G./Funk, H./Stecklina, G. (Hrsg.): *Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht*, S. 174.

601 Vgl. Lademann, J./Kolip, P. (2005): *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Robert Koch Institut, Berlin, S. 88.

602 Weyers, S. (2007): *Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten: Ergebnisse einer medizinsoziologischen Studie im Ruhrgebiet*. Berlin: LIT Verlag, S. 11ff

603 Vgl. Lademann, J./Kolip, P. (2005): *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Robert Koch Institut, Berlin, S. 90

604 Kuhlmann, E. (2010): Gender im Mainstreaming der Medizin. Wohin geht die Reise? In: Kolip, P. / Lademann, J. (Hrsg.): *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Versorgung zwischen Marketing und Ignoranz*, S. 241

605 Vgl. ebd.

tätsverbesserung.⁶⁰⁶ So trägt das Offenlegen vermeintlich allgemein frauenspezifischer Versorgungsbedürfnisse auch dazu bei, dass sich weitere Gruppen artikulieren können, die einen besonderen Bedarf haben bzw. hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung benachteiligt sind: Frauen mit Behinderung, Migrantinnen, Prostituierte, wohnungslose Frauen, drogenabhängige Frauen.⁶⁰⁷ Gemeint sind damit aber auch Männer und Gruppen mit anderen geschlechtlichen Identifizierungen. Zudem müssen all diese Zielgruppen als heterogene Gruppen betrachtet werden, die in unterschiedlichen Lebenskonstellationen und -bedingungen eingebunden sind.

Für einen umfassenden genderanalytischen Blick auf Gesundheit und gesundheitliche Sicherung im Alter ist es notwendig neben den Gruppen der Nutzerinnen und Nutzer, der Patientinnen und Patienten auch die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitssystems genauer zu betrachten. Es zeigt sich, dass die berufliche Situation im deutschen Gesundheitswesen noch immer von geschlechtlicher Segregation geprägt ist.⁶⁰⁸ Im Jahr 2013 sind von insgesamt 1,1 Millionen Beschäftigten im Gesundheitssystem in Nordrhein-Westfalen rd. 76% Frauen.⁶⁰⁹ Noch deutlicher zeigt sich der Frauenanteil unter den Arzthelferinnen und Arzthelfern (rd. 99 %), Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (rd. 84 %) und weiteren Beschäftigten in den Pflegeberufen mit rd. 83 %.⁶¹⁰ Lediglich die Berufsgruppe der (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker ist mit rd 63 % männerdominiert. Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass der Anteil Frauen im Vergleich zu den Männern, die einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen höher ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Frauen dominieren zwar quantitativ das Gesundheitswesen, sind aber aufgrund ihrer Stellung und Aufgaben bei prestigeträchtigen und einflussreichen Stellungen unterrepräsentiert.⁶¹¹

Die bereits im vorangegangenen Kapitel 7.3.4.1 erwähnten Entlastenden Versorgungsassistentinnen (EVA) dokumentieren diese Tendenzen. Auffällig ist allerdings die Wahl des Akronyms EVA, das sich in eine lange Reihe von Abkürzungen einfügt, die vergleichbare Weiterqualifizierungen von medizinischen Fachangestellten benennen, wie beispielsweise VerAH (Versorgungs-Assistentin in der Hausarztpraxis) oder AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention). Diese und bundesweit verwendete weitere Akronyme weisen sich durch eine eindeutig weiblich konnotierte Namensgebung aus. Mit Blick auf den geschlechtersegregierten Arbeitsmarktes und den gegenwärtig hohen wie zukünftig ansteigenden Bedarf an Fachkräften in der Pflege und Versorgung sollte, um überzeugend auch dringend benötigte männliche Auszubildende rekrutieren zu können, auf derart vergeschlechtlichte Bezeichnungen verzichtet werden.

606 Vgl. Helfferich, K./Köster, M. (2008): Dokumentation des BZgA-Workshops „Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention“. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Gesundheitsförderung konkret, Band 10, Köln, S. 23.

607 Vgl. Lademann, J./Kolip, P. (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut, Berlin, S. 89.

608 Vgl. Kolip, P./Lademann, L. (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitswesen. Eine Einführung. In: Kolip, P. / Lademann, J. (Hrsg.): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Versorgung zwischen Marketing und Ignoranz S. 9.

609 www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2015/pres_237_15.html; (letzter Zugriff: 31.05.2016).

610 Vgl. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2014

611 Vgl. Kolip, P./Lademann, L. (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitswesen. Eine Einführung. In: Kolip, P. / Lademann, J. (Hrsg.): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Versorgung zwischen Marketing und Ignoranz S. 15.

Damit Frauen mehr berufliche Chancen und einen größeren Handlungs- und Entscheidungsspielraum zur Weiterqualifizierung erhalten, werden seit 2011 in Nordrhein-Westfalen an sieben Hochschulstandorten elf Modellstudiengänge in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen angeboten. Damit ist NRW bundesweit Vorreiter in den hochschulischen Ausbildungen in den Pflege- und Gesundheitsberufen.

Seit Einführung der Altenpflegeumlage im Jahr 2012 konnte die Zahl der Altenpflegeschülerinnen und -schüler von rd. 10.000 im Dezember 2011 auf rd. 17.500 im Dezember 2015 erhöht werden. Neben dem Angebot hochschulischer Studiengänge in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen ist der Aufwuchs in der Altenpflege ein erfolgreicher Meilenstein zur Fachkräftesicherung in Nordrhein-Westfalen.

7.4 Pflege und Alter

Das vorliegende Kapitel beschreibt das Thema „Pflege und Alter“ in Nordrhein-Westfalen (NRW) aus dem Blickwinkel der Lebenslagen. Als Lebenslage wird hierbei die Gesamtheit der äußeren Bedingungen bezeichnet, durch die das Leben von Personen beeinflusst wird. Ein Grundmerkmal des Begriffs der Lebenslage ist seine Mehrdimensionalität: Er umfasst immer mehrere Lebensbereiche zugleich.⁶¹² Da das Thema „Pflege und Alter“ nicht losgelöst von anderen Aspekten des Altenberichts betrachtet werden kann, werden, soweit nötig, Verweise zu den entsprechenden Kapiteln vorgenommen, um Redundanzen zu vermeiden.

Der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Betrug der Anteil an über 65-Jährigen im Jahr 1961 noch knapp 10 %, so liegt er im Jahr 2014 bereits bei etwas über 20 %.⁶¹³ Der höhere Anteil älterer Bürgerinnen und Bürger ist unter anderem mit der sinkenden Geburtenrate sowie mit der Verbesserung der medizinischen Versorgung und einer damit einhergehenden höheren Lebenserwartung verbunden.

Heutzutage erreichen ältere Menschen bei zunehmend besserer Gesundheit das dritte und vierte Lebensalter⁶¹⁴, anders als noch Generationen vor ihnen.⁶¹⁵ Sie sind aktiver, agiler und selbstbestimmter. Zwar nehmen mit fortschreitendem Alter langfristige Gesundheitsprobleme in der Regel zu, manifestieren sich als chronische Krankheiten oder Mehrfacherkrankungen, dennoch ist der überwiegende Teil der älteren Bevölkerung in der Lage, den Alltag selbstbestimmt und selbstständig zu gestalten.⁶¹⁶

Das gilt, solange ältere Menschen über ausreichend individuelle Ressourcen hinsichtlich ihrer biologischen Konstitution wie auch bezüglich ihrer psychosozialen Kompetenzen im Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verfügen. Aber auch finanzielle Ressourcen spielen bei der weiteren Lebensplanung und Umweltgestaltung hinsichtlich der Berücksichtigung besonderer Bedarfe im Alter eine wesentliche Rolle.

612 Vgl. Engels, Dietrich (2008): Lebenslagen. In B. Maelicke (Hrsg.); Lexikon der Sozialwirtschaft (S. 643-646). Baden-Baden: Nomos-Verlag

613 IT.NRW, Band 84, S. 15, Tabelle 1 www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/tabellen/graf_097_14.html

614 Drittes Lebensalter: ab 60 Jahren, viertes Lebensalter: ab 80 Jahren

615 Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2010). Demografischer Wandel. In Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und Ländern (Heft 2, S. 24f.).

616 Kuhlmeiy, A./Mollenkopf, H./Wahl, H.-W. (2007); Menning (2006)

Das Alter wird erst dann zum größten Risikofaktor für die Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensqualität und Autonomie, wenn diese Ressourcen nicht mehr verfügbar sind und Funktionseinbußen nicht mehr aus eigener Kraft kompensiert werden können. Durch den sogenannten demografischen Wandel steigt auch die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner, die aufgrund von alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen pflegebedürftig sind. In NRW lebten zum Stand 31. Dezember 2013 über eine halbe Million Menschen⁶¹⁷, die im Sinne des Gesetzes (§ 14 SGB XI) pflegebedürftig sind. Hiernach ist eine Person leistungsberechtigt, die für mindestens sechs Monate aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf.⁶¹⁸ Tritt eine Pflegebedürftigkeit plötzlich auf, bleibt nicht viel Vorbereitungszeit. Rasch stellt sich die Frage nach der Organisation der Pflege. In vielen Fällen wird diese zunächst durch Angehörige übernommen.⁶¹⁹ Auf diese Weise kann dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen nachgekommen werden, so lange wie möglich zu Hause wohnen zu bleiben. Die freiwillige Unterstützung und Pflege durch Angehörige – hierzu zählen unter anderem Verwandte, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie verschwägerte Personen – leisten einen wichtigen Beitrag zum Zusammenhalt der Generationen. Die Lebenslage pflegender Angehöriger wird im Kapitel „Pfleger Angehörige in NRW – Lebensphase Pflege“ beschrieben.

Doch nur durch familiäre Hilfe allein, kann die Pflege in der Regel auf Dauer nicht gewährleistet werden. Zudem kann eine dauerhafte Belastung, die durch die Pflege eines Angehörigen entsteht, zu gesundheitlichen Einschränkungen sowie Verdienstaufschlägen bei den Pflegenden führen.⁶²⁰ Unterstützung bei der häuslichen Versorgung können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in NRW von einer Vielzahl ambulanter Pflegedienste erhalten. Zusätzlich bieten Tagespflegeeinrichtungen, Kurzzeit- und Verhinderungspflegeplätze sowie niedrigschwellige Angebote Möglichkeiten, die Pflege zu Hause zu organisieren. Wenn die Pflege in den eigenen vier Wänden nicht mehr gewollt oder möglich ist, so stehen in NRW knapp 180.000⁶²¹ stationäre Pflegeheimplätze zur Verfügung. Eine detaillierte Analyse der Versorgungssituationen pflegebedürftiger Menschen in Nordrhein-Westfalen befindet sich in dem Kapitel „Versorgungssettings“. Die größte Herausforderung an die Alten- und Pflegepolitik auf allen Ebenen ist es, die Rahmenbedingungen für das Leben der immer größer werdenden Anzahl älterer Menschen so zu gestalten, dass auch bei Pflegebedürftigkeit im Alter ein möglichst selbstbestimmtes Leben mit einer passgenauen Versorgungssicherheit möglich ist. Wesentliches Merkmal tragfähiger Lösungen ist es, dass diese konsequent von den betroffenen Menschen her gedacht und gemeinsam mit ihnen auf Augenhöhe gestaltet werden.

617 Vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

618 Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014): § 14 Abs. 1

619 Vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

620 Vgl. R + V Versicherung AG/IfD Allensbach (2012): Weil Zukunft Pflege braucht. Wiesbaden: R + V Versicherung AG

621 Vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

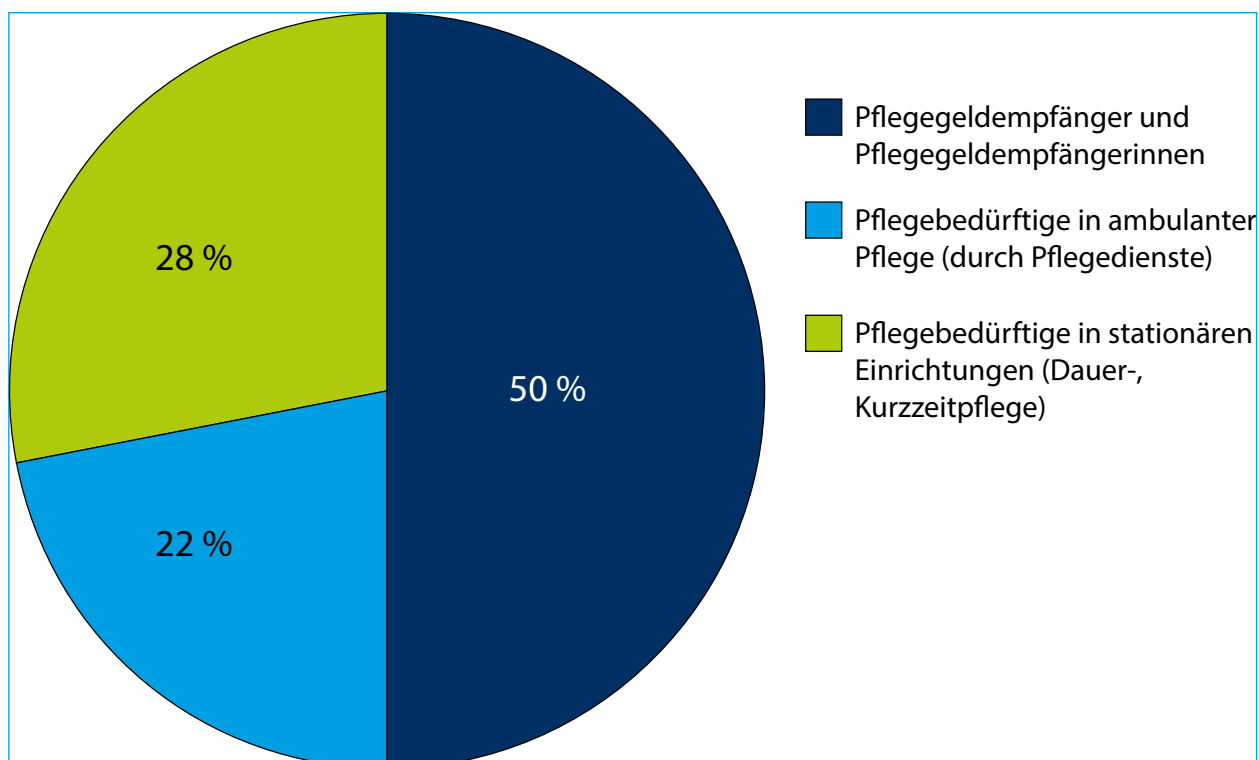
Dies ist kein gesellschaftliches Zugeständnis, sondern ein Recht, das durch Artikel 4 Absatz 3 der UN-Behindertenrechtskonvention verbrieft ist. Hieraus folgt, dass die konkrete Entwicklung und Umsetzung zukunftsgerechter Angebote vor allem vor Ort auf der lokalen Ebene zu erfolgen hat. Sie muss den direkten Lebenszusammenhang der älteren Menschen in den Blick nehmen und ihr direktes Wohn- und Lebensumfeld bedarfsgerecht gestalten.

7.4.1 Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und Art der Versorgung

Wenn man die absoluten Zahlen von Pflegebedürftigen in NRW betrachtet, so stellt man fest, dass Ende Dezember 2013 mit 581.492 Personen rund 3,3 % der Einwohner Nordrhein-Westfalens pflegebedürftig waren.⁶²² Zwei Jahre zuvor lag die Quote noch bei 3,1 %. Der Großteil der Betroffenen (65 %) ist weiblich (vgl. Kapitel 7.4.4.).

Die Mehrzahl (72 %) der 581.492 pflegebedürftigen Menschen wird zu Hause versorgt (vgl. Abb. 104). Die meisten Pflegebedürftigen (289.737 Personen) haben sich dazu entschieden, ausschließlich Pflegegeld in Anspruch zu nehmen, um damit die Pflege durch selbst organisierte Pflegehilfen sicherzustellen. Die übrigen Pflegebedürftigen (131.431 Personen) haben Sachleistungen bzw. eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen gewählt und werden bei der häuslichen Pflege durch ambulante Pflegedienste unterstützt.

104 Pflegebedürftige Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen nach Versorgungsart (Daten aus 2013)⁶²³



⁶²² Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die Daten im vorliegenden Kapitel alle auf folgende Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

⁶²³ Vgl. ebd.

Diese Präferenz der Leistungsempfängerinnen und -empfänger belegt den Wunsch der überwiegenden Zahl der Menschen, auch im Alter und bei vorliegenden Einschränkungen, selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Dabei wird die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung, die durch die Pflegesachleistungen abgedeckt werden, meistens erst dann gewählt, wenn die Versorgung durch Angehörige nicht mehr zu gewährleisten ist.

Um die professionelle Versorgung in der häuslichen Umgebung haben sich im Jahr 2013 insgesamt 2.377 ambulante Pflegedienste gekümmert. Im Schnitt hatte jeder Pflegedienst somit 55,3 Pflegebedürftige zu betreuen und zu pflegen. Von den Pflegebedürftigen, die eine ambulante Versorgung in Anspruch genommen haben, waren 57,6 % in Pflegestufe I, 32,3 % in Pflegestufe II und lediglich 10,0 % in Pflegestufe III.

Diese Verteilung verdeutlicht, dass die häusliche Versorgung bei zunehmender Pflegebedürftigkeit nur noch bedingt leistbar ist bzw. in Anspruch genommen wird. Dies liegt vor allem an dem erhöhten zeitlichen und personellen Aufwand, der für eine pflegebedürftige Person in einer höheren Pflegestufe notwendig ist. Eine stundenweise Unterstützung ist nicht mehr ausreichend und die zu pflegende Person braucht auch in der Nacht Pflege. Um pflegebedürftigen Menschen auch trotz höherem Pflegebedarf ein selbstbestimmtes Leben möglichst in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen, müssen alternative Wohnformen, wie z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften, stärker in den Fokus gerückt werden.

Trotz der oft festzustellenden Belastung bzw. Überforderung (vgl. Kapitel 7.4.9.) durch die häusliche Pflege, nimmt nur ein geringer Anteil (9.700 Personen) der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, auch teilstationäre Leistungen, also Leistungen der Tages- und Nachtpflege, in Anspruch. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zum einen können zielgruppenspezifische Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Hierzu zählen z. B. dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Angebote nicht kennen oder „Schwellenangst“ haben, diese wahrzunehmen. Auch der erhöhte finanzielle Aufwand, der durch die Tages- und Nachtpflege anfällt, nimmt auf die Entscheidung Einfluss. Ebenfalls kann ein Mangel in der regionalen Infrastruktur (z. B. schlechte Erreichbarkeit von Angeboten) und der Angebotspalette dazu führen, dass diese zu wenig wahrgenommen werden.⁶²⁴ Hieraus lässt sich ableiten, dass diese Strukturen für eine Betreuung sowohl innerhalb als auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit weiter ausgebaut werden und den Leistungsempfängerinnen und -empfängern ohne bürokratischen Aufwand zur Verfügung stehen müssen. Auch die Beratung hinsichtlich dieser sogenannten teilstationären Angebote und die Transparenz über die vorhandenen Angebotsstrukturen sollten zukünftig einen größeren Stellenwert erhalten.

In Pflegeheimen waren im Jahr 2013 160.324 Personen in vollstationäre Dauer- oder Kurzzeitpflege untergebracht. Diese Personen waren zu 37,4 % in Pflegestufe I, zu 39,7 % in Pflegestufe II und zu 21,7 % in Pflegestufe III eingestuft (die übrigen Personen waren nicht eingestuft).

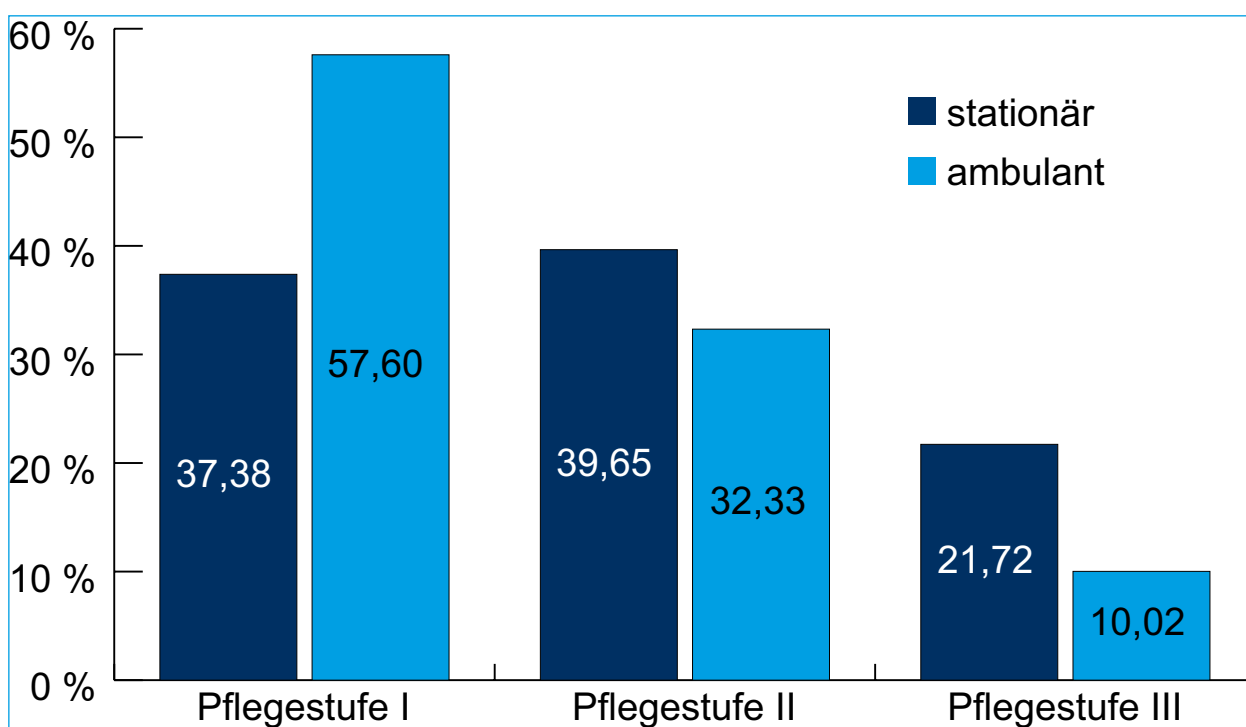
Insgesamt existierten Ende des Jahres 2013 in Nordrhein-Westfalen 2.458 Pflegeheime, wovon 2.098 solche mit vollstationärer Dauerpflege waren. Das Angebot der übrigen stationären Einrichtungen setzte sich aus Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege zusammen. In all diesen Einrichtungen waren in Nordrhein-Westfalen 181.670 Pflege-

624 Vgl. Kirchen-Peters, S. (1999): Die Tagespflege - Zwischen konzeptionellem Anspruch und realer Vielfalt. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V.

plätze vorhanden, von denen 171.747 Plätze in Heimen mit vollstationärer Dauerpflege waren. Die Pflegeplätze in Heimen mit vollstationärer Dauerpflege waren nach dieser Statistik zu 90,7 % ausgelastet. Da hierbei aber nicht alle Bewohnerinnen und Bewohner leistungsrechtlich erfasst werden (z. B. Personen mit Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I) liegt der tatsächliche Auslastungsgrad höher.

Die Verteilung der Pflegestufen (vgl. Abb. 105) macht im Vergleich zum ambulanten Sektor deutlich, dass der Pflegeaufwand im stationären Bereich wesentlich höher ist. Der Anteil von Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III ist mit 21,72 % mehr als doppelt so hoch wie in der häuslichen Versorgung (10,02 %).

105 Pflegebedürftige Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen nach Pflegestufen und Versorgungsart in % (Daten aus 2013)⁶²⁵



Personen mit Pflegestufe III sind häufig von Multimorbidität betroffen. Das bedeutet, dass sie eine Vielzahl an Erkrankungen und Einschränkungen haben und daher einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen. Zusätzlich entsteht in der Regel ein größerer Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen, wie z. B. aufwändigen Verbandswechseln. Dieser erhöhte Aufwand spiegelt sich jedoch bislang weder in der Vergütung, noch in der personellen Ausstattung der Pflegeheime wider. Besonders problematisch ist hierbei die fehlende Refinanzierung der behandlungspflegerischen Leistungen im stationären Bereich. Denn während diese Maßnahmen im ambulanten Setting durch die Krankenkassen getragen werden, müssen die Kosten im stationären Setting komplett durch die Pflegevergütung refinanziert werden. Nach Hochrechnungen handelt es sich um einen Betrag zwischen 1,1 und 2,3 Milliarden Euro, um den die gesetzliche Krankenversiche-

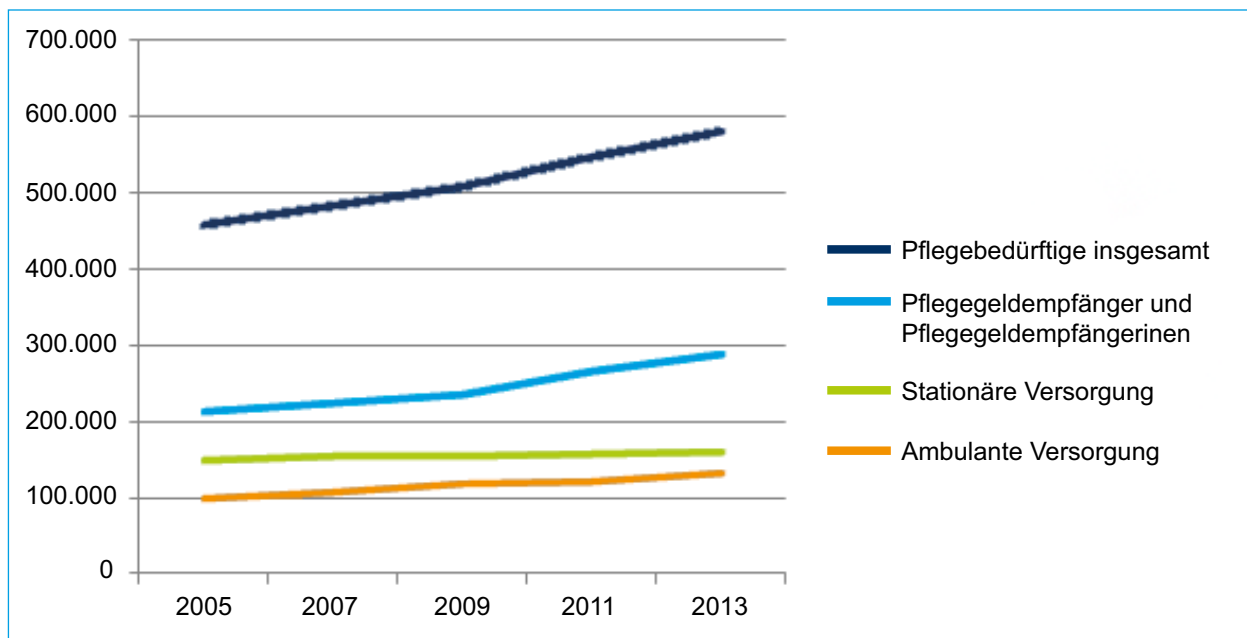
⁶²⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

rung durch diese Regelung zu Lasten der Pflegeversicherung entlastet wird.⁶²⁶ Zukünftig müssen mithin sowohl die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung verbessert und ausgebaut, als auch die Versorgungsleistung der stationären Pflege dem tatsächlichen Bedarf der Bewohnerstruktur angepasst werden. Ansonsten wird das mit der Schaffung der Pflegeversicherung verfolgte Ziel, die Menschen bei eintretender Pflegebedürftigkeit vor der Sozialhilfe zu bewahren, aufgegeben.

7.4.1.1 Präferenzen bei der Wahl des Versorgungssettings

Analysiert man die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen seit 2005 und die Wahl der Versorgungsform, so fällt auf, dass der Bereich der stationären Versorgung über die Jahre hinweg relativ konstant geblieben ist (vgl. Abb. 106). Hier stieg die Inanspruchnahme im Zeitraum über acht Jahre um 8,5 %. Am deutlichsten stieg mit 36,4 % die Inanspruchnahme von reinen Geldleistungen. Aber auch die Inanspruchnahme von ambulanter Pflege hat sich mit 33,9 % sichtlich gesteigert. Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen wurde also im Wesentlichen durch den ambulanten Bereich aufgefangen. Mittlerweile nähern sich die absoluten Zahlen der Leistungsempfänger/-innen ambulanter Pflegeleistungen (131.431) immer mehr der stationären Versorgung (155.733) an.

106 Entwicklung pflegebedürftiger Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen in absoluten Zahlen (Daten aus 2013)⁶²⁷



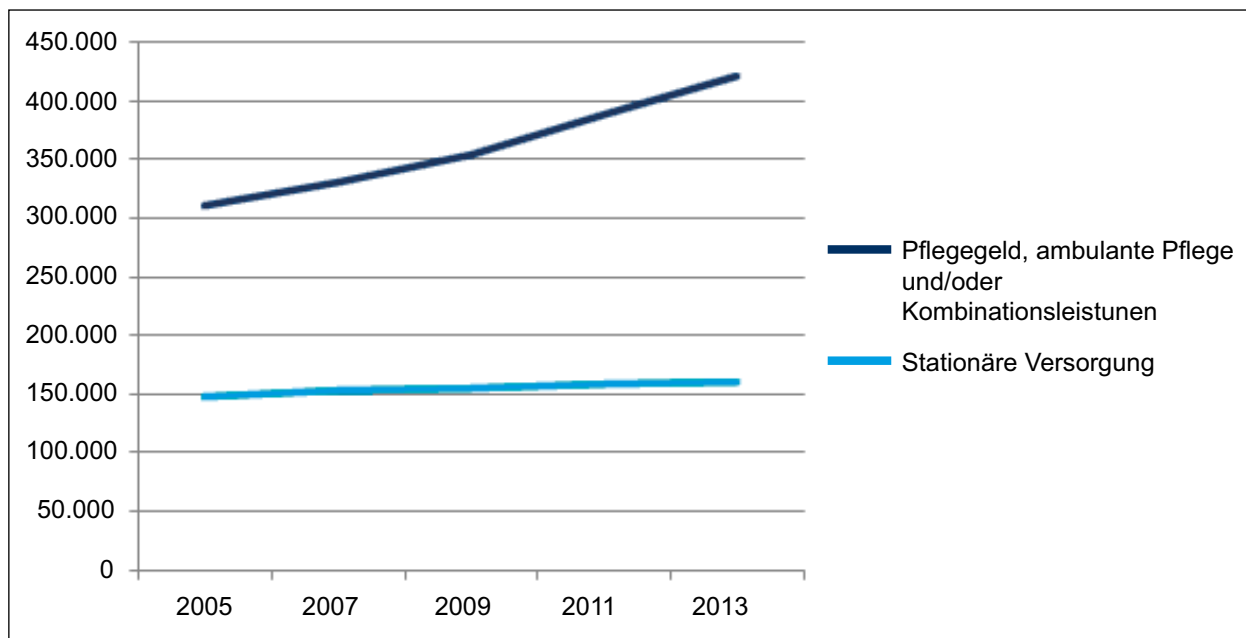
Vergleicht man nur die Zahlen der Pflegebedürftigen, die sich für eine stationäre Versorgung und derjenigen die sich für Pflegegeld, ambulante Pflege und/oder Kombinationsleistungen entschieden haben, so fällt deutlich auf, dass der Großteil zu Hause lebt und

⁶²⁶ Vgl. Rothgang, H./Müller, R. (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, Bremen, S. 32.

⁶²⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015). Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

unterstützt wird und sich diese Präferenz mit der Gesamtzunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen noch verstärkt hat (vgl. Abb. 107).

107 Vergleich zwischen stationärer Versorgung und Pflegegeld, ambulante Pflege und/oder Kombinationsleistungen in absoluten Zahlen (2013)⁶²⁸



Eine Pflege-Struktur-Planung muss immer von den Präferenzen der Nutzerinnen und Nutzer aus gedacht werden. Laut einer Studie,⁶²⁹ bei der Mehrfachantworten möglich waren, bevorzugen mehr als 70 % der Bundesbürger im Falle einer persönlichen Pflegebedürftigkeit einen ambulanten Pflegedienst, der sie zu Hause versorgt. Auffällig ist, dass Männer mit 75,6 % die Pflege durch die Partnerin bzw. den Partner deutlich stärker in Betracht ziehen als Frauen dies tun (66,3 %). Die Vorstellung von den Kindern oder Angehörigen in den eigenen vier Wänden gepflegt zu werden, wird von 54,6 % der Befragten geteilt. Ebenfalls mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (55,1 %) kann sich die eigene Pflege auch gut in einem Mehrgenerationenhaus vorstellen. Einen Umzug ins Pflegeheim wünscht sich hingegen aktuell nur knapp ein Drittel (30,4 %), einen Einzug bei den eigenen Kindern oder Verwandten sogar nur knapp ein Viertel (24,7 %) der Befragten.

Ob und wie weit diese Präferenzen sich in der Praxis umsetzen lassen, hängt in starkem Maße vom häuslichen Unterstützungspotenzial und vom sozialen Umfeld ab, welches in der Pflegeplanung zu berücksichtigen ist. Hier führen unter anderem eine steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig geringeren Geburtenraten, veränderten Familienkonstellationen und Lebensstilen und beruflich erforderlicher Mobilität dazu, dass sich insbesondere das familiäre Pflegepotenzial in den kommenden Jahrzehnten weiter verringern wird.⁶³⁰ Ebenso ist die Bereitschaft der Deutschen, pflegebedürftige Angehörige

628 Ebd.

629 Vgl. R + V Versicherung AG (2013): „Wo und von wem möchten Sie einmal gepflegt werden, falls Sie pflegebedürftig werden?“. Wiesbaden: R + V Versicherung AG (Hrsg.):

630 Vgl. OECD (2013): Health at a Glance: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing

rige zu versorgen, rückläufig.⁶³¹ So ist aktuell jeder Fünfte bereit, ein Familienmitglied rund um die Uhr zu pflegen. Insgesamt sehen sich 11 % der Angehörigen grundsätzlich nicht in der Lage, Angehörige im Pflegefall zu unterstützen.

Gegenüber diesen kritischen Befunden spricht jedoch die tatsächliche Entwicklung (noch) eine andere Sprache (s. Abb. 107). Der deutlich überproportionale Anstieg der häuslichen Betreuung wäre ohne Angehörigenengagement nicht erreichbar gewesen. Zunehmend an Bedeutung gewinnen die sogenannten innovativen Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen (vgl. Kapitel 8.2.3.). Hierbei geht es um verschiedene Ansätze der Gestaltung von Pflege auch außerhalb der klassischen Kategorisierung ambulanter und vollstationärer Pflege, z. B. in multiprofessionellen Teams (Pfleagemix). In sogenannten selbstverantworteten Formen bedarf es in der Regel für diese neue Art von Wohn- und Pflegeangeboten ein hohes Maß an Eigeninitiative. Wesentlich für das Gelingen der Pflegearrangements ist eine Partizipation aller an der Ausgestaltung dieser Versorgungsformen von Beginn an. Die vorhandenen Ressourcen, Handlungsmöglichkeiten und Kenntnisse des einzelnen pflegebedürftigen Menschen wie auch seines sozialen Umfeldes sollten nach Möglichkeit einbezogen und gleichzeitig auch gestärkt werden. In einem gemeinsamen betreuten Wohnprojekt können z. B. leichte Tätigkeiten wie Blumen gießen oder kleine Besorgungen von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern übernommen werden. Bei einer selbst initiierten Wohngemeinschaft steht und fällt eine erfolgreiche Gestaltung mit der Eigeninitiative, der Kooperationsbereitschaft, dem Organisationswillen, aber auch mit den jeweiligen Möglichkeiten von Angehörigen oder anderen nahestehenden Menschen.

Die Entscheidung für eine selbstverantwortete Wohnform ist daher immer eine bewusste, da in diesem Fall die eigene Verantwortung niemals komplett abgegeben werden kann. Diese Art der Versorgung kann dadurch im Nachhinein zu Konflikten und Unzufriedenheit führen, da eine gemeinsam getragene Verantwortung auch mit Kompromissbereitschaft und einer gewissen Form von Belastung einhergeht.

Neben den selbstverantworteten innovativen Wohn- und Pflegeformen entstehen inzwischen auch solche, die von einem Anbieter, meistens ein ambulanter Dienst – allein oder mit anderen Diensten – oder auch Wohnungsbaugesellschaften, organisiert werden. Auch hier werden statt einer Vollversorgung in der Regel persönliche und soziale Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Angehörigen einbezogen. Zahlen, Daten und Fakten zu den unterschiedlichen innovativen Wohnformen sind aufgrund der Vielschichtigkeit und der sich aus dem Ansatz ergebenden fehlenden alleinverantwortlichen Ansprechpartner derzeit nur marginal vorhanden.

Zukünftig müssen die verschiedenen Formen sowie der Rahmen von Gestaltungsmöglichkeiten daher genauer untersucht und dargestellt werden. Besonders wichtig ist dabei auch eine Analyse der Finanzierungsmöglichkeiten und damit einhergehend die Möglichkeit, diese Wohnformen zukünftig besser fördern zu können. Insbesondere für den steigenden Anteil von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz müssen individuelle Versorgungsformen weiterentwickelt und evaluiert werden (vgl. Kapitel 7.4.3.). Das MGEPA wird daher eine Studie beauftragen, die die Rahmenbedingungen ambulant betreuter Wohngemeinschaften näher beleuchtet.

631 Vgl. Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege ZQP und F.A.Z.-Institut (2010): „Repräsentative Umfrage: Bereitschaft zur Pflege von Familienangehörigen geht zurück.“ Berlin: ZQP

7.4.1.2 Finanzierung der pflegerischen Versorgung

Die Wahl der Versorgungsstruktur hängt nicht ausschließlich von dem Pflegebedarf oder der familiären Unterstützung ab. Vielmehr sind auch finanzielle Aspekte für die Wahl der Versorgung ausschlaggebend.

Hierbei ist die pflegerische Versorgung von Frauen deutlich teurer als die von Männern.⁶³² Die Pflegekosten für weibliche Pflegebedürftige sind mit insgesamt fast 84.000 Euro im Durchschnitt doppelt so hoch wie die Pflegekosten für Männer, deren Pflege Durchschnittsausgaben von 42.000 Euro verursacht. Der Blick auf die privat zu tragenden Anteile der Pflegekosten zeigt besonders deutlich, dass Frauen vor allem wegen ihrer längeren Heimpflege mehr belastet werden. Sie müssen zu ihren Pflegekosten privat durchschnittlich etwa 40.000 Euro beisteuern, während Männer ca. 18.000 Euro Eigenanteil aufbringen müssen. Gründe hierfür liegen beispielsweise in der höheren Lebenserwartung von Frauen (vgl. Kapitel 7.4.4.).

Studien⁶³³ belegen, dass im Vergleich zu anderen Bundesländern die Heimentgelte in Nordrhein-Westfalen am höchsten sind. In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass die durchschnittlichen Preise für alle Pflegestufen sowie für Unterkunft und Verpflegung pro Tag in Nordrhein-Westfalen 81,10 Euro betragen, wohingegen die Kosten beispielsweise im „günstigsten“ Bundesland Sachsen mit 56 Euro pro Tag um 31 % niedriger liegen. Dadurch entstehen den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Sozialhilfeträgern Mehrkosten von rund 400 Millionen Euro im Jahr.

Die Kosten, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen für einen Heimplatz bezahlen müssen, setzen sich aus drei Teilen zusammen. Die eigentliche Pflegevergütung wird für die Pflegeleistung (Pflegepersonal, Verbrauchsgüter etc.) gezahlt. An diesen Kosten beteiligt sich die Pflegekasse mit einem festen Zuschuss, dessen Höhe von der jeweiligen Pflegestufe abhängt.

Daneben ist dann ein Betrag für die Kosten von Unterkunft und Verpflegung (sogenannte „Hotelkosten“ wie Heizkosten, Reinigung, Mahlzeiten) sowie ein Investitionskostenbetrag (Investitionen für Gebäude und Inventar bei Eigentümern oder Mietkosten) zu zahlen. Diese beiden Bestandteile der Pflegekosten müssen die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen (bzw. bei fehlender Leistungsfähigkeit der Sozialhilfeträger) vollständig selbst zahlen.

Ein Großteil der höheren Heimentgelte in Nordrhein-Westfalen ist auf die vergleichsweise gute Personalausstattung in den stationären Einrichtungen zurückzuführen. So kommt in NRW rund 3 % mehr Personal (Vollzeitäquivalente) je Bewohner zum Einsatz als in den Vergleichsländern. Gleichzeitig erhalten die Vollzeitkräfte etwa 3 % mehr Gehalt. Hinzu kommt, dass die Pflegekräfte in NRW im Vergleich etwas älter sind und häufig nach Tarifverträgen bezahlt werden. Hierdurch werden sie, je nach Altersstufe, in eine höhere Tarifgruppe eingeordnet, wodurch sie ein höheres Entgelt erhalten. Letztendlich konnten aber nicht alle Einflussfaktoren vollständig aufgeklärt werden.⁶³⁴

⁶³² Vgl. BARMER GEK (2013): BARMER GEK Pflegereport 2012. Siegburg: BARMER GEK (Hrsg.)

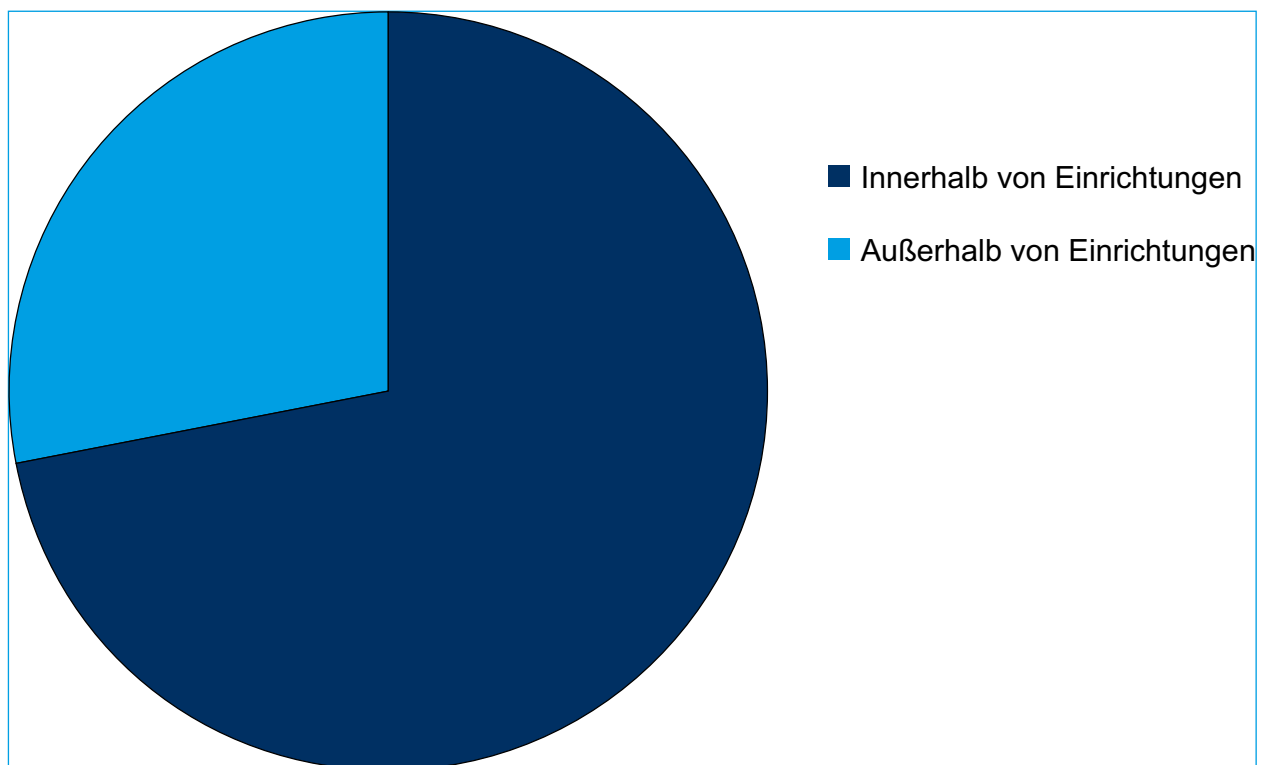
⁶³³ Vgl. z. B. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen, ein Bundesländervergleich. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) und BARMER GEK (Hrsg.): BARMER GEK (2014). BARMER GEK Pflegereport 2013. Siegburg: BARMER GEK (Hrsg.)

⁶³⁴ Vgl. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen, ein Bundesländervergleich. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.)

Die Regelung der Finanzierung spielt eine große Rolle, wenn es um die Wahl einer geeigneten Wohnform bzw. einer angemessener pflegerischen Versorgung geht. Damit die individuelle Wahl einer Versorgungsform im Land Nordrhein-Westfalen aber nicht in erster Linie aus monetären Gründen erfolgt, erhalten Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen in NRW durch das Pflegegeld⁶³⁵ eine Unterstützung bei der Finanzierung (vgl. Kapitel 7.4.2.).

Da die soziale Pflegeversicherung als „Teilkasko-Versicherung“ angelegt ist, müssen die Leistungen, die nicht durch die Pflegeversicherung gedeckt werden, von den Pflegebedürftigen selbst finanziert werden. Sollte die pflegebedürftige Person bzw. die unterhaltspflichtige/n Person/en nicht über die notwendigen Mittel verfügen, so kann „Hilfe zur Pflege“ (§ 51ff. SGB XII) als ergänzende Leistung zur Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. In NRW gab es im Jahr 2013 118.132 Empfänger von Leistungen der „Hilfe zur Pflege“.⁶³⁶ Die Mehrzahl der Empfänger (72 %) erhielt dabei Unterstützung für Leistungen innerhalb von stationären Einrichtungen.

108 Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen in Deutschland in absoluten Zahlen (Daten aus 2013)⁶³⁷



Insgesamt erhielten 6,7 von 1.000 Menschen in NRW „Hilfe zur Pflege“. Damit erreicht NRW einen Mittelwert zwischen Berlin (10,3 von 1.000) und Thüringen (3,8 von 1.000). Da NRW das bevölkerungsreichste Land ist, lagen die Nettoausgaben mit insgesamt 843 Millionen Euro am höchsten von allen Bundesländern. In Relation zur Einwohner-

635 Vgl. Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW: § 14

636 Vgl. Statistisches Bundesamt (2015): Statistik der Sozialhilfe „Hilfe zur Pflege“ Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

637 Vgl. ebd.

zahl sind damit im Jahr 2013 48 Euro pro Einwohner in die „Hilfe zur Pflege“ geflossen. Auch hier liegt NRW im Vergleich mit anderen Bundesländern im Mittelfeld (Hamburg: 100,10 Euro pro Einwohner und Jahr, Sachsen 14,70 Euro pro Einwohner und Jahr). Analysiert man die Ausgaben der „Hilfe zur Pflege“ bundesweit wird deutlich, dass die Zahl der Empfänger und Empfängerinnen mit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes und den daraus resultierenden Leistungen bei der häuslichen Pflege (seit April 1995) beziehungsweise bei der stationären Pflege (seit Juli 1996), drastisch zurückging.⁶³⁸ Inzwischen ist die Anzahl der leistungsberechtigten Personen allerdings wieder um etwa zwei Drittel (54 %)⁶³⁹ angestiegen.

Diese Entwicklung macht deutlich, dass die Leistungen der Pflegeversicherung – die bei ihrer Einführung den tatsächlichen Bedarf noch weitestgehend decken konnten – inzwischen maßgeblich durch Leistungen der Sozialhilfe bzw. mit privaten Mitteln aufgestockt werden müssen. Die Schere zwischen der geleisteten Finanzierung und den tatsächlich anfallenden Kosten wird also immer größer. Dies liegt insbesondere daran, dass der inflationsbedingte Kaufkraftverlust seit 1995 im SGB XI nicht ausreichend kompensiert wurde. Auch wurden die demografiebedingten Veränderungen der qualitativen Pflegeanforderungen (Zunahme der nicht durch das SGB V refinanzierten behandlungspflegerischen Anteile) nicht durch Veränderungen der SGB XI-Leistungen abgebildet. Hierdurch ist eine enorme Belastung der Sozialhilfe entstanden. Um die Kommunen nicht noch stärker zu belasten, ist also eine regelhafte Dynamisierung notwendig. Hierfür wird sich das MGEPA in künftigen Gesetzgebungsverfahren einsetzen.

7.4.2 Aktuelle Gesetzgebung in NRW

Im Oktober 2014 hat der Landtag NRW den Gesetzentwurf der Landesregierung für das neue GEPA NRW verabschiedet. GEPA steht dabei für das „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen und ihre Angehörigen“.

Das GEPA NRW ist ein übergreifendes Reformgesetz für das gesamte Landesrecht zum Thema „Pflege und Alter“: Es bündelt die Überarbeitung des Wohn- und Teilhabegesetzes (aus dem Jahr 2008) und die Weiterentwicklung des bisherigen Landespflegegesetzes (2003) in ein Alten- und Pflegegesetz. Nach der Verabschiedung des Änderungsgesetzes GEPA NRW bestehen die beiden geänderten Gesetze Wohn- und Teilhabegesetz (WTG NRW) und Alten- und Pflegegesetz (APG NRW) eigenständig nebeneinander in den veränderten Fassungen.

Die Reformvorschläge wurden gemeinsam mit Verbänden, Pflegekassen, Selbsthilfegruppen und Angehörigenvertretungen erarbeitet mit dem Ziel, verstärkt die vielfältigen Lebensentwürfe älterer Menschen und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen und Angebote sowie Leistungen flexibler zu gestalten.

Pflegepolitisch musste das bisherige Landespflegegesetz in ein Alten- und Pflegegesetz weiterentwickelt werden, da den bisherigen Regelungen der zukunftsweisende Blick auf übergreifende Versorgungsstrukturen im Quartier, auf die Unterstützung pflegender Angehöriger und die von vielen Menschen gewünschten kleineren alternativen Wohnangebote fehlte. Damit wurde dem Wunsch der Menschen, ihr Leben bis ins hohe Alter in

638 Vgl. ebd.

639 Vgl. ebd.

der vertrauten häuslichen Umgebung oder zumindest im vertrauten Umfeld gestalten zu können, entsprochen.

Ein fachlicher und auch gesetzlicher Zwang bestand zudem für die Überarbeitung der Finanzierungsregelungen: Vielen Pflegeheimen waren unter den bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen die bereits 2003 vom Landtag verabschiedeten und spätestens bis Mitte 2018 umzusetzenden Modernisierungen (80 % Einzelzimmerquote; nur noch Einzel-/ Tandembäder) nicht möglich. Erst rund 60 % der Pflegeheime erfüllten daher die ab 2018 geltenden gesetzlichen Anforderungen. Die anderen Heime wären 2018 von einer Schließung oder Insolvenz betroffen gewesen. Die Refinanzierungsbedingungen für Modernisierungsmaßnahmen in bestehenden Pflegeheimen mussten deshalb aus fachlicher Sicht dringend verbessert werden, um die Existenz der bestehenden Pflegeheime nachhaltig zu sichern und vor allem den in den Heimen lebenden Menschen endlich in ganz NRW die verbesserten Wohnstandards zugute kommen zu lassen. Ein rechtlicher Überarbeitungszwang ergab sich zudem aus vier Urteilen des Bundessozialgerichts.⁶⁴⁰ Dieses hat die bisherige Praxis der Investitionskostenberechnung für Pflegeheimträger in vielen Bundesländern für unvereinbar mit dem SGB XI und mit dem dort verankerten Schutz der Bewohnerrechte erklärt. Insbesondere hat es die Berechnung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Investitionskosten anhand von Pauschalen für unzulässig erklärt und die Länder aufgefordert, die Landesregelungen so zu ändern, dass den Pflegebedürftigen nur noch die Ausgaben in Rechnung gestellt werden, die den Heimträgern wirklich entstanden sind bzw. entstehen. Auch die bisherige Praxis in NRW musste entsprechend zugunsten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen angepasst werden.

Weiterhin hat sich in den Jahren seit Inkrafttreten des WTG NRW gezeigt, dass dieses Gesetz noch zu sehr am alten Heimrecht orientiert und auf klassische stationäre Heime zugeschnitten war, wurde dieses ebenfalls überarbeitet. Es hat die Umsetzung alternativer Wohn- und Betreuungskonzepte oft verhindert. Die Regelungen mussten daher dringend überarbeitet werden, um auch für quartiersnahe Angebote eine passgenaue Qualitätssicherung zu ermöglichen.

7.4.2.1 Stationäre Versorgung

Alle Bewohnerinnen und Bewohner sollen endlich in den Genuss der bereits 2003 festgelegten und ab Mitte 2018 verbindlich geltenden Qualitätsstandards (80 % Einzelzimmer, Einzel- bzw. Tandembäder) kommen. Dies wird ermöglicht, indem die Refinanzierungsmöglichkeiten der Träger für die notwendigen Modernisierungsmaßnahmen über die Erstattung der Investitionsaufwendungen (zu zahlen von den Bewohnerinnen und Bewohnern und/oder den Kommunen) erheblich verbessert werden (Anspruch auf 4 statt 2% jährlicher Refinanzierung; Anspruch auf Anerkennung sämtlicher erforderlicher Kosten).

Selbst Modernisierungsmaßnahmen, die nicht zwingend, aber im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner sinnvoll sind, können künftig mit einer besseren Refinanzierung versehen werden. Zum Beispiel kann eine energetische Sanierung des Gebäudes gefördert werden, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner bei den Kosten für Unterkunft

⁶⁴⁰ Vgl. BSG, Urteil vom 08. September 2011 – B 3 P 4/10 R; BSG, Urteil vom 08. September 2011 – B 3 P 6/10 R –, SozR 4-3300 § 82 Nr 6, BSGE 109, 86-96; BSG, Urteil vom 08. September 2011 – B 3 P 3/11 R; BSG, Urteil vom 08. September 2011 – B 3 P 2/11 R –, SozR 4-3300 § 82 Nr 7, BSGE 109, 96-115

und Verpflegung durch die Einsparungen bei den Heizkosten entlastet werden. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wird die Kostenberechnung der Investitionskosten durch die Pflegeheime für die zahlungspflichtigen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen deutlich transparenter. Die abgerechneten Kosten werden künftig strikt auf tatsächlich angefallene Aufwendungen der Heime beschränkt, so dass die Pflegebedürftigen davor geschützt werden, undurchsichtige Pauschalsummen bezahlen zu müssen, die ggf. auch Überschussmöglichkeiten beinhalten. Die Vermarktung von Pflegeheimen, vor allem als Renditeobjekte, wird dadurch erheblich eingeschränkt. Die konkreten Auswirkungen der Neuberechnung werden von Heim zu Heim unterschiedlich sein (die Investitionskosten variieren heute schon sehr weit zwischen rund fünf Euro und 27 Euro je Tag). Seitens des MGEPA wird aber eher von einer Senkung der Belastung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ausgegangen. Mit dem Pflegewohngeld gibt es in NRW auch weiterhin eine besondere Leistung für die Menschen, die die Investitionskosten nicht aus eigener Tasche tragen können. Dabei handelt es sich nicht um Sozialhilfe im klassischen Sinne, auch wenn die Leistung ebenfalls von den örtlichen Sozialhilfeträgern (Kreise, kreisfreie Städte) ausgezahlt wird. Auch für das Pflegewohngeld kommt es auf bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen an. Gegenüber der Sozialhilfeprüfung sind hier aber zusätzliche Vermögensschonbeträge und Selbstbehalte für die Pflegebedürftigen anzuerkennen. Zusätzlich wird die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen (Beirat) gestärkt und erhält u. a. einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch den Träger für Fortbildungen etc. Die Betreuungsqualität der Pflegeheime muss künftig nach dem WTG NRW stärker auf eine Unterstützung der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet sein. Zudem müssen Heime Konzepte erarbeiten, um Gewalt im Pflegeheim vorzubeugen und auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Fixierungen etc.) möglichst ganz zu verzichten. Nur das im Einzelfall unbedingt notwendige Maß an freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist überhaupt noch zulässig und bei Anwendung zu dokumentieren (vgl. Kapitel 7.4.5.).

7.4.2.2 Ambulante und teilstationäre Versorgung

Die Unterstützungsangebote für die häusliche Betreuung, gerade auch im vorpflegerischen Bereich (Einkaufsservice, Besuchsdienste etc.), sollen verbessert werden. Diese Strukturen sind künftig von der kommunalen Planung und Strukturverantwortung ausdrücklich mit erfasst. Die Kommunen sind sogar verpflichtet, solche Strukturen zu schaffen, wenn und soweit diese Strukturen zur Vermeidung eines (früher eintretenden) Pflegebedarfs oder einer teureren stationären Unterbringung beitragen. Die Gelder, die die Kommunen hier für spätere Pflichtausgaben (für knapp 50 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner müssen die Kommunen z. B. im Heim die Investitionskostenanteile übernehmen) sparen (sogenannte „Präventionsrendite“), müssen sie in Angebote zur Unterstützung der zuhause lebenden Menschen und ihrer Angehörigen einsetzen. Diese Regelung schafft zunächst einmal einen finanziellen und rechtlichen Spielraum für die Kommunen, kommt aber indirekt den betroffenen Menschen zugute. Die Entwicklung der von vielen Pflegebedürftigen gewünschten quartiersnahen Betreuungsangebote (z. B. Wohngemeinschaften) wird durch Anpassung der bisherigen „Heim-Standards“ deutlich erleichtert; eine verlässliche Qualitätssicherung bleibt jedoch gewährleistet.

Auch ambulante Dienste und teilstationäre Angebote fallen künftig unter die (niedrigschwellige) Überwachung durch die WTG-Behörden (umgangssprachlich: „Heimaufsichten“). Damit sind diese Behörden für die Menschen vor Ort künftig umfassend zuständige Ansprechpartner bei Problemen mit der Pflegequalität.

Wo es bisher nur die Alternative eines Heimeinzuges gab, wenn die Betreuung zu Hause nicht mehr leistbar war, entstehen nun durch die Entwicklung neuer Angebote (Wohngemeinschaften, Quartiers-Pflege-Stützpunkte, neue Begleit- und Betreuungsdienste) zunehmend Alternativen. Gerade dank des Abbaus der ordnungsrechtlichen Barrieren für die alternativen Betreuungsformen, können bewusst auch bisher unterrepräsentierte Angebote entstehen und ein echtes Wahlrecht für die Menschen („Wo möchte ich bei Pflegebedarf leben?“) gewährleistet werden.

Die Entstehung neuer Plätze in der Tages- und Nachtpflege wird – anders als bei klassischen Pflegeheimen – auch bei Neubau künftig mit einer jährlichen Refinanzierung von 4 statt 2 % gefördert. Diese Angebote helfen vielen Menschen – gerade mit einer Demenz – weiter zuhause leben zu können, aber dennoch z. B. tagsüber verlässlich betreut zu sein (vgl. Kapitel 7.4.1.1.).

7.4.3 Pflege und Demenz

In Nordrhein-Westfalen leben ca. 320.290 Menschen⁶⁴¹, die an einer Demenz erkrankt sind. Geschätzte zwei Drittel von ihnen leiden unter der häufigsten Form der Demenzerkrankungen, der Alzheimer-Demenz.

Unter einer Demenz versteht man eine erworbene Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit, die Gedächtnis, Sprache, Orientierung und Urteilsvermögen einschränkt und so schwerwiegend ist, dass die Betroffenen nicht mehr zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind.

Im Jahr 2013 verstarben rund 36.000 Menschen an den Folgen von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen. Hiervon war bei 80 % eine Demenzerkrankung die Todesursache. Der Anteil der Todesfälle, die auf das Konto der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen gehen, nimmt kontinuierlich zu. So ist die Quote von 1,2 % im Jahr 2004 auf 4 % im Jahr 2013 gestiegen.⁶⁴²

Typischerweise treten die Symptome einer Demenz erst ab 65 Jahren auf, weshalb man auch von einer typischen Alterserkrankung spricht. Zwei Drittel der Erkrankten sind 80 Jahre oder älter und deutlich mehr als die Hälfte (70 %) sind Frauen. Einhergehend mit der gestiegenen Lebenserwartung sowie dem Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung insgesamt, ist es nur folgerichtig, dass ebenfalls der Anteil von Menschen mit Demenz in den nächsten Jahren zunehmen wird.

In der Regel sind Demenzen irreversibel und dauern bis zum Tode an. Dabei schwanken die Daten zur Dauer der Überlebenszeiten sehr stark. Dies hängt immer mit der Ausprägung, dem Erkrankungsalter und der Form der Demenz sowie anderen Begleiterkrankungen zusammen. Zahlen schwanken hier zwischen drei und zehn Jahren. Dies bedeutet, dass die Betroffenen über einen langen Zeitraum hinweg Pflege und

641 Vgl. BARMER GEK (2011): BARMER GEK Pflegereport 2010 Schwerpunktthema: Demenz und Pflege Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Siegburg: BARMER GEK (Hrsg.)

642 Vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011): Demenz-Report – Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können, Berlin.

Betreuung benötigen.

Deshalb brauchen Betroffene und ihre Angehörigen von Anfang an zusätzlich zur eigenen Leistung professionelle Betreuung, Unterstützung und Beratung. Denn der hohe pflegerische Aufwand einer Versorgung von Menschen mit Demenz stellt eine nicht zu unterschätzende psychische und zeitliche Herausforderung sowohl für pflegende Angehörige als auch für professionell Pflegende dar. In den meisten Fällen wird die Pflege von den Familienmitgliedern übernommen und die Betroffenen können in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben. Sollte es, wie erwartet, zu einem Anstieg der Demenz-Prävalenz kommen, so müssen in Zukunft höhere Anforderungen an die pflegerische Versorgung gestellt werden. Zum einen, da ausreichend professionelles Personal sichergestellt werden muss, zum anderen, da die Familien bei der Pflege ihrer Familienmitglieder unterstützt und entlastet werden müssen.

Hierzu fördert das MGEPA unter anderem die Landesinitiative Demenz-Service NRW. Diese unterstützt Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, z. B. in Form von 13 Demenz-Servicezentren. Ziel ist die Weiterentwicklung wohnortnaher Unterstützungsnetzwerke. In den Demenz-Servicezentren werden die Erfahrungen und die Sachkompetenz der Akteure und Institutionen vor Ort gebündelt, erweitert und für die verschiedenen Netzwerkpartner erreichbar und verfügbar gemacht.

Doch das alleine reicht nicht aus. Insbesondere die Integration von Menschen mit Demenz in die Gesellschaft ist ein wichtiges Ziel für die nächsten Jahre.

Der Anteil an Menschen mit Demenz an der Bevölkerung steigt und somit wird es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe werden, sich um hilfebedürftige und orientierungslose Menschen im Alltag zu kümmern. Hierzu bedarf es vor allem Aufklärung und Schulung, damit Menschen mit Demenz mit Verständnis und Hilfsbereitschaft entgegen gekommen werden kann.

Die Angehörigen müssen noch stärker entlastet und die professionelle Pflege gestärkt werden. Hierzu müssen die notwendigen Strukturen unterstützt und geschaffen werden. Das Land Nordrhein-Westfalen möchte vor allem durch Rahmenbedingungen, die zur Schaffung von niedrigschwelligen Angeboten, die zum Beispiel den Betroffenen zeitweise Betreuung bieten, hierzu einen Beitrag leisten. Derzeit gibt es ca. 2.353 anerkannte niedrigschwellige Angebote, wie beispielsweise Betreuungsgruppen, Helfer- und Helferinnenkreise, oder Einzelbetreuung. Gleichzeitig müssen diese Angebote aber auch ausreichende Qualitätsanforderungen erfüllen, um eine gute Qualität der Leistung zu garantieren.

Denn insbesondere die Versorgung von Menschen mit Demenz erfordert besondere Kenntnisse und Anforderungen von den betreuenden und pflegenden Personen.

7.4.4 Geschlechtsspezifische Aspekte

Die Pflegequote gibt den prozentualen Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung des jeweiligen Geschlechts und Alters wieder. Für die Personen zwischen 80 und 85 Jahren lag die Pflegequote 2013 bei 21 %.⁶⁴³ Die Pflegequote der Frauen dieser Altersgruppe lag mit 23,4 % deutlich höher als diejenige der gleichaltrigen Männer (17,4 %). Der Frauenanteil bei Pflegebedürftigen steigt mit dem Alter an: Während das Ge-

⁶⁴³ Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die Daten im vorliegenden Kapitel alle auf folgende Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

schlechterverhältnis in der Altersgruppe 65- bis unter 70 Jahre noch ausgeglichen ist, liegt der Frauenanteil in der Altersgruppe 90 Jahre und älter bei 84,0 %.

Ein Grund für den hohen Anteil weiblicher Pflegebedürftiger wird darin gesehen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen über der von Männern liegt und der Pflegebedarf mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigt. Die höhere Lebenserwartung der Frauen erklärt jedoch nicht deren höhere Pflegeprävalenzen. Mögliche Erklärungen können in den geschlechtsspezifischen Gesundheitskonditionen und Krankheitsbildern älterer Menschen zu finden sein⁶⁴⁴ aber auch in der meist längeren Pfl egetätigkeit der Frauen. Nach wie vor erfolgt Pflege in Privathaushalten zumeist durch eine weibliche Hauptpflegeperson (Mutter, Tochter, Schwiegertochter oder Ehefrau). Dabei sind die Pflegenden selbst zu großen Anteilen oftmals bereits im höheren Alter (zwischen 65 bis 74 Jahren). Psychische und körperliche Belastungen und Gesundheitsrisiken durch pflegebedingte Belastungen sind nachgewiesen.⁶⁴⁵

Frauen leiden häufiger als Männer an chronischen Krankheiten oder an Multimorbidität, was nicht unmittelbare Todesfolgen hat. Jedoch kann hierdurch eine autonome Lebensführung nachhaltig eingeschränkt sein und daraus ein langfristiger Pflegebedarf verursacht werden, wie beispielsweise Stürze und deren mobilitätsbeschränkende Folgen auf Grund von Osteoporose. Auch die ab einem Alter von 80 Jahren zunehmend auftretenden demenziellen Erkrankungen sind vor allem für die Frauen ein Risiko, da mehr Frauen als Männer dieses Alter erreichen.

Für ältere Männer sind am häufigsten Krankheiten des Kreislaufsystems relevant, die ein hohes Sterberisiko besitzen und häufig auch frühzeitig zum Tode führen, noch bevor das vierte Lebensalter erreicht wird.

Neben Unterschieden im Gesundheitszustand zwischen den Geschlechtern ist zu vermuten, dass die höheren Pflegequoten bei den Frauen auch auf ein von Männern abweichendes Antragsverhalten zurückzuführen sein könnten. Ältere Frauen im Alter von 80 und mehr Jahren leben aufgrund der längeren Lebenserwartung deutlich häufiger alleine als gleichaltrige Männer.⁶⁴⁶ Sie sind im Falle einer Pflegebedürftigkeit – sofern die Unterstützung durch pflegende Angehörige nicht ausreicht – eher auf fremde Hilfe angewiesen und beantragen Pflegeleistungen nach dem SGB XI.

Ein geschlechtsspezifisches Antragsverhalten könnte auch damit in Verbindung stehen, dass Frauen häufiger gesundheitsbezogene Dienstleistungen in Anspruch nehmen als Männer.⁶⁴⁷ Empirisch belegt ist, dass Frauen häufiger einen Arzt aufsuchen, häufiger mit Medikamenten versorgt werden und auch häufiger als Männer Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten in Anspruch nehmen. Neben diesen Unterschieden im Gesundheitsverhalten wird auch auf geschlechtsspezifische subjektive Wahrnehmungen von Gesundheit und Krankheit verwiesen. So berichten Männer über einen besseren Gesundheitszustand und über weniger gesundheitliche Beschwerden als Frauen des gleichen Alters.⁶⁴⁸ Möglicherweise wird dementsprechend auch individueller Pflegebedarf geschlechtsspezifisch reflektiert und die Inanspruchnahme sozialer Pflegeleistungen geschlechtsspezifisch wahrgenommen.

644 Vgl. Naumann/Murtagh/Hubert (2004); Verbrugge (1982).

645 Vgl. Jansen/Radebold, et al.: „Soziale Gerontologie“ (1999), S. 606ff.

646 Zwei Drittel (66,6%) der 80-jährigen und älteren Frauen leben alleine, bei den Männern sind es nur 29%, vgl. IT.NRW.

647 Vgl. Wurm/Tesch-Römer (2006).

648 Vgl. Merbach/Goldschmidt/Brähler (2006).

Die Ermittlung einer pflegerischen Versorgungsplanung für das Land Nordrhein-Westfalen muss daher zukünftig noch stärker als bisher mit einer Fokussierung auf genderbedingte Bedarfe und Bedürfnisse ausgerichtet werden.

Angebote, die der Prävention von Pflegebedürftigkeit dienen, sollten daher spezielle genderspezifische Sichtweisen miteinbeziehen. Genderspezifisch beschreibt hierbei die Eigenschaft, für beide Geschlechter gleichermaßen passgenaue Angebote anzubieten. So sollten sich die Angebote nach den speziellen Bedürfnissen der Betroffenen ausrichten. Auch die unterschiedlichen Zugangswege und der Zeitpunkt, ab dem eine externe Beratung oder Unterstützung eingeholt wird, ist dabei ein zu berücksichtigender Aspekt. Darüber hinaus ist eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise auch insbesondere für die traumasensible Pflege notwendig (vgl. Kap. 7.4.5.).

7.4.5 Gewalt in der Pflege – Erlebte Gewalt und Traumata

In den meisten Fällen kommt Gewalt in der Pflege nicht mit der Absicht zur Anwendung, jemanden bewusst zu schädigen. Hilflosigkeit, Überforderung, Zeitdruck, mangelndes Problembewusstsein oder sogar große Sorge um die pflegebedürftige Person können durchaus zu gewaltsamen Verhalten führen.

Das Thema „Gewalt in Pflegebeziehungen“ hat viele Aspekte. Auch wenn das Thema häufig zunächst mit Vorfällen verbunden wird, bei denen ältere und pflegebedürftige Menschen Opfer von gewalttätigem Handeln werden, gehören auch für Pflegenden gegen sie gerichtete gewalttätige Vorkommnisse zum Alltag.

Die tatsächliche Anzahl von Übergriffen lässt sich nur schwer schätzen. Die Datenlage zu Ausmaß und Vorkommen von Gewalt in der Pflege ist dünn. Dies liegt auch daran, dass es keine einheitliche Definition des Begriffs „Gewalt“ gibt, wodurch ein Vergleich von vorhandenem Datenmaterial erschwert wird. Zudem werden Vorkommnisse nicht immer gemeldet und registriert. Somit muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Zu den Aspekten von möglicher Gewalt in der Pflege zählen beispielsweise unmittelbare körperliche Gewalt, die Gabe von nicht indizierten Medikamenten, sexueller Missbrauch, psychische Gewalt, finanzielle Ausnutzung oder Vernachlässigung.⁶⁴⁹

Eine besondere Form von Gewaltanwendungen stellen freiheitsentziehende Maßnahmen dar. Freiheitsentzug ist grundsätzlich strafbar, es sei denn, es liegt ein richterlicher Beschluss vor. Nur in Ausnahmefällen, z. B. wenn Lebensgefahr droht, können freiheitsentziehende Maßnahmen auch ohne richterlichen Beschluss für eine kurze Dauer angewendet werden. Man kann davon ausgehen, dass bei rund 12 % der Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen ein Freiheitsentzug vorgenommen wird.⁶⁵⁰ Bei über 90 % liegen hierzu auch die erforderlichen Genehmigungen vor.⁶⁵¹

Zukünftig muss darauf hingewirkt werden, dass der Entzug von Freiheit, sei es durch körperliche Fixierung, medikamentöse Ruhigstellung oder sonstige Maßnahmen, in der pflegerischen Versorgung vollständig oder nahezu vollständig durch geeignetere Handlungen ersetzt wird. Hierzu zeigen Projekte wie „ReduFix“ oder der „Werdenfelser Weg“ richtungsweisende Möglichkeiten auf. Ebenso wichtig ist die Sensibilisierung hinsichtlich

649 Vgl. EuROPEAN project. Elder Abuse in Europe, Synopsis of the Background and Position Paper of the EuROPEAN project. Unter <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/european-elderabuse-01.pdf>

650 Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2015). Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs.6 SGB XI. Essen: MDS (Hrsg.)

651 Vgl. ebd.

der Ausmaße von Gewalt in pflegerischen Beziehungen und das Vermitteln von Vermeidungsstrategien. Hierzu ist der erste Schritt, das Thema nicht zu verleugnen, sondern klar und deutlich darzustellen, dass die Problematik eine starke Relevanz hat.

Das im Oktober 2014 in Kraft getretene Wohn- und Teilhabegesetz (WTG NRW) sieht daher vor, dass freiheitsbeschränkende und -entziehende Maßnahmen unter Berücksichtigung der besonderen Schutzbedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeeinrichtungen auf das unbedingt erforderliche Maß zu beschränken sind, und jeder Einzelfall zu dokumentieren ist. Im Rahmen eines Konzepts sind insbesondere Möglichkeiten der Vermeidung darzulegen. Auch der Information und Fortbildung der Beschäftigten zu diesem Thema wird ein hoher Stellenwert beigemessen. Die WTG-Behörden werden dem Thema im Rahmen ihrer Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Einrichtungen daher einen hohen Stellenwert beimessen.

Traumata, die im Laufe des Lebens von Betroffenen erworben wurden, können häufig durch pflegerische Handlungen und das damit einhergehende Eindringen in die Intimsphäre reaktiviert werden.

Es ist bekannt, dass jede vierte Frau in Deutschland von häuslicher Gewalt betroffen war oder ist.⁶⁵² Davon, dass Frauen, die heute 60 Jahre und älter sind, im Laufe ihres Lebens gleichermaßen sexualisierter sowie körperlicher, psychischer und sozialer Gewalt ausgesetzt waren wie heute jüngere Frauen, ist auszugehen. Hinzu kommen oftmals Langzeitbelastungen durch traumatische Kriegserlebnisse (wie z. B. Bombardierungen, Vergewaltigungen, Flucht und Vertreibung, erzwungene Migration) sowie aktuelle häusliche Gewalt und Gewalt im Pflegekontext.

Betroffene Frauen sprechen selbst selten oder nie über die traumatisierenden Erlebnisse, denn – vor allem sexualisierte – Gewalterfahrungen sind fast immer mit ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen verbunden. Das Thema ist somit einer doppelten Tabuisierung – seitens der Betroffenen und seitens des (pflegenden) Umfeldes – unterworfen.

Aber: Auch Männer sind Opfer traumatischer Ereignisse in ihrem Leben. Hierbei spielen Erfahrungen im Krieg durch Beobachtung oder Beteiligung an grauenvollen Kriegsereignissen oder dem Verlust von Kameraden eine Rolle. Auch für Männer müssen daher spezielle Ansätze zur Trauma Verarbeitung verfolgt werden.

7.4.6 Perspektiven

Die demografische Entwicklung ist bereits als große gesellschaftliche und individuelle Herausforderung beschrieben. Dazu gehört vor allem, Strukturen weiterzuentwickeln, in denen ältere und hochaltrige Menschen – auch mit Pflege- und Unterstützungsbedarf – ihren Alltag selbstbestimmt und mit hoher Lebensqualität weiterhin leben können. Dies ist eine gestalterische Chance, die zu Teilhabe und Selbstbestimmung auch bei Pflegebedürftigkeit führen muss. Die hierzu notwendigen Überarbeitungen des Landespflegerechts sind erfolgt. Nunmehr geht es um die konkrete Umsetzung sowie flankierende und ergänzende Maßnahmen zur Gestaltung der Fördermöglichkeiten, der Gestaltung und Strukturierung der zukünftigen Beratungsinfrastruktur und der Erarbeitung neuer Konzepte für spezielle Fragestellungen, die auf den Weg zu bringen sind.

652 Vgl. BMFSFJ (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland, Berlin.

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird seit 2006 vorbereitet. Die Novellierung der Sichtweise auf die Definition von Pflegebedürftigkeit ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. So werden die Leistungen der Pflegeversicherung vor allem auch den Menschen zugutekommen, die vornehmlich an kognitiven und psychischen Einschränkungen leiden. Mit der Einführung eines neuen Begutachtungsassessments wird der Fokus nicht mehr darauf liegen, was die betroffene Person nicht mehr kann, sondern welchen Grad der Selbstständigkeit sie hat. Dabei liegt dann der Fokus auch nicht mehr ausschließlich auf der Grundpflege, sondern auf allen relevanten Bereichen der elementaren Lebensführung. Hierunter fallen auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen. Zum ersten Mal wird es damit ein pflegewissenschaftlich fundiertes Instrument zur Einordnung von körperlich und geistig oder psychisch beeinträchtigten Personen, von Kindern und Erwachsenen geben. Statt in drei Pflegestufen erfolgt die Einordnung in einen von fünf Pflegegraden, um eine differenziertere Grundlage für eine gerechte Zuordnung von Leistungspauschalen der Pflegeversicherung sicherzustellen. Zudem soll die ressourcenorientierte Sichtweise die Erfassung von Prävention- und Rehabilitationsbedarf verbessern.

Das Land NRW wird den Prozess bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verfolgen und sich dafür einsetzen, dass durch die neuen Begutachtungsrichtlinien und Regelungen keine Nachteile für die Bürgerinnen und Bürger, die selbst oder unmittelbar von Pflege betroffen sind, entstehen. Besonders kritisch begleitet wird dabei der Prozess einer angemessenen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen mit qualifiziertem Personal.

7.4.7 Innovationen in der Pflege

Das Land Nordrhein-Westfalen fördert die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur ebenso wie die Umsetzung innovativer und bedarfsgerechter Wohnformen für alte und pflegebedürftige Menschen. Zudem werden Projekte zur Qualitätssicherung in der Pflege, zur Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung, insbesondere auch für demenziell erkrankte Menschen, und zur Entlastung pflegender Angehöriger unterstützt. Darüber hinaus werden Maßnahmen im Zusammenhang mit der Evaluation der maßgeblichen Landesgesetze, des Landespflegegesetzes und des Wohn- und Teilhabe Gesetzes (WTG NRW), bzw. mit der Implementierung gesetzgeberischer Änderungen dieser Regelwerke gefördert.

Um die Pflege-Infrastruktur im Sinne der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen optimal nutzbar zu machen, wird mit dem Ausbau einer unabhängigen und kompetenten Pflegeberatung ein zentraler Schwerpunkt in der Pflegepolitik gesetzt. Ziel ist dabei, landesweit in quartiersnahen Beratungsstrukturen einen möglichst niedrigschweligen und umfassenden Zugang zu allen landesweit verfügbaren Beratungsangeboten in den Bereichen Wohnen und Pflege zu sichern.

Untersuchungen und Projekten zur Qualifizierung der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege kommen, als zentraler Beitrag zur Schaffung von Transparenz über die Bedürfnisse und Bedarfe der Älteren, besondere Bedeutung zu. In Nordrhein-Westfalen gibt es bereits eine Fülle von innovativen Angeboten und Projekten in diesen Bereichen. Diese werden vom Land, teils unterstützt mit Mitteln der Pflegekassen oder der Europäischen Union, gefördert:

Projekt „Alte Menschen und Traumata - Verständnis, Erprobung und Multiplikation von Interventions- und Fortbildungsmöglichkeiten“

Mit dem Projekt „Alte Menschen und Traumata – Verständnis, Erprobung und Multiplikation von Interventions- und Fortbildungsmöglichkeiten“ soll zum einen für das Thema der Bedeutung von persönlicher Gewalterfahrung sensibilisiert werden.

Dabei werden die unterschiedlichen ursächlichen Formen von Gewalt einbezogen (z. B. Kriegsgewalt, häusliche Gewalt, Gewalt in Abhängigkeitsverhältnissen) und die Geschlechtsspezifika des Themas berücksichtigt.

Zum anderen werden konkrete Hilfen für die Betroffenen sowie diejenigen, die sie begleiten, entwickelt und erprobt. Es werden Informationsangebote zu zurückliegenden traumatischen Erfahrungen etabliert und geeignete Hilfen erprobt und vermittelt.

Interkulturelle Öffnung der Altenpflege

Das Projekt „Interkulturelle Öffnung in der Altenpflege“ bezieht sich auf die Entwicklung, dass Pflegeeinrichtungen in Zukunft mit einer steigenden Nachfrage nach kultursensibler Pflege konfrontiert werden. Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Managements in acht Pflegeeinrichtungen. Das Vorhaben ist verankert im Integrationskonzept der Stadt Gelsenkirchen und setzt auf mehrjährige Zusammenarbeit von städtischen Stellen, Migrantenorganisationen und arbeitsmarktpolitischen Akteurinnen und Akteuren.⁶⁵³

Netzwerk pflegende Beschäftigte

In dem Projekt sollen Instrumente entwickelt werden, die Unternehmen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Herausforderung, neben der Erwerbstätigkeit zugleich auch Pflegepersonal zu sein, unterstützen sollen.⁶⁵⁴

ProPass

Patientinnen und Patienten und Angehörige sollen auf die häusliche Selbstversorgung während des stationären Klinikaufenthalts vorbereitet werden. Kernelement des Projekts sind alltagsorientierte Interventions- und Lernmodule, die die Erprobung von Alltagsabläufen im häuslichen Setting unter Begleitung ermöglichen. Hierzu gehören: Probe-Wohnen, Training pflegerischer Fähigkeiten, Schulung und Kompetenzförderung sowie ein Selbstinformations- und Selbstlernzentrum.⁶⁵⁵

Sensor Quality

Bewährte Sensortechnologie kann einen wichtigen Beitrag in einem Gesamtkonzept zur Unterstützung von zu pflegenden Personen darstellen. Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Pflegequalität in einem Umfeld mit begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege, um Zeiterparnispotenziale zu erschließen. Zeitersparnis soll Raum schaffen für menschliche Zuwendung und zugleich die Sicherheit vermitteln, „das Richtige richtig getan zu haben“.

Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger

Das Ziel ist die Verbesserung der quartiersnahen Unterstützung pflegender Angehöriger

653 Weitere Informationen unter www.kcr-net.de/projekte/interkulturelle-oeffnung-der-altenpflege.html

654 www.pflegend-beschaefigte.net/

655 www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/propass.html

ger. In den Modellstädten Solingen und Dortmund sollen die Leistungsanbieter weiter vernetzt und befähigt werden, neue Dienstleistungen für pflegende Angehörige aufzustellen.

ZuhauseRundumVersorgt

Das Projekt setzt sich die Verbesserung der Situation und Tätigkeitsvoraussetzungen von Migrantinnen und Migranten, die pflegen, zum Ziel. Die Erforschung der Thematik „Pflegemigration“ soll auf kommunalen Bezug in Viersen übertragen werden. Ziel ist es, konkrete Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben. Dies schließt Qualifizierungsmöglichkeiten und Potenziale für Existenzgründungen ein.

7.4.8 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Die demografische Entwicklung ist bereits als große gesellschaftliche und individuelle Herausforderung beschrieben. Dazu gehört vor allem, die Strukturen weiterzuentwickeln, in denen die älteren Menschen – auch mit Pflege- und Unterstützungsbedarf – zukünftig leben wollen und müssen. Dies ist eine gestalterische Chance, die im Ergebnis auch zu Teilhabe und Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit führen muss. Die hierzu notwendigen Überarbeitungen des Landespflegerechts sowie flankierende und ergänzende Maßnahmen zur Gestaltung der Fördermöglichkeiten, der Gestaltung der zukünftigen Beratungsinfrastruktur und der Erarbeitung neuer Konzepte für spezielle Fragestellungen sind auf den Weg gebracht.

Damit wird in weiten Bereichen Neuland betreten. Dazu gehört die Auflösung von Schnittstellen in der Versorgung sowie die Verknüpfung und Vernetzung von Bedarfen und Nachfragen auf der Seite der Haushalte und Individuen mit den Strukturen und Angeboten auf der Seite der Anbieter.

7.4.8.1 Auflösung von Schnittstellen in der Versorgung

Die Sicherstellung einer belastbaren und sektorenübergreifenden Versorgungskette ist untrennbar verbunden mit rechtlichen und tatsächlichen „Schnittstellen“ zwischen den historisch inkongruent gewachsenen und ausgestalteten sozialen Sicherungssystemen, insbesondere der Sozialgesetzbücher V, XI und XII.

Die aktuelle und perspektivische Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen und sich verändernde Familienstrukturen einerseits sowie die Zunahme von multimorbiden und demenzerkrankten Pflegebedürftigen andererseits lassen Systembrüche zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung zunehmend sichtbar werden. Hier sind der landespolitischen Gestaltung dadurch Grenzen gesetzt, dass es sich um bundesgesetzlich gesetzte Verfahren und Regelungen handelt.

Unabhängig von Diskussionen um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff besteht aktuell Handlungsbedarf, um die Gefahr von Fehl- oder Minderversorgung an den Schnitt- und Übergangsstellen zwischen medizinisch-gesundheitlicher Versorgung nach SGB V und dem pflegerisch-betreuerischen Versorgungsauftrag des SGB XI auszuschließen.

Angesichts der zu erwartenden Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen gewinnt die Vermeidung oder das Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit weiter an Bedeutung. Die unterschiedliche Gestaltung der beiden Versicherungssysteme („Vollkasko“-Krankenversicherung vs. „Teilkasko“-Pflegeversicherung, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und ggf. Erhebung von Zusatzbeiträgen in der Krankenversicherung vs. Einheitsbeitrag und Finanzierung „aus einem Topf“ in der Pflegeversicherung) birgt

überdies die Gefahr, dass in der Krankenversicherung im Grenzbereich zur Pflegeversicherung nicht alle Möglichkeiten zur Vermeidung und zur positiven Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit genutzt werden. Diese Entwicklungen erfordern deshalb schon im geltenden Recht Ansätze zur Bereinigung von als problematisch erkannten Schnitt- und Übergangsstellen zwischen diesen Teil-Systemen. Die gegensätzlichen Interessen von Kosten- und Leistungsträgern sind demgegenüber als nachrangig anzusehen.

Benötigt wird daher

- eine umfassende Bestandsaufnahme von Schnittstellen- und Übergangsproblemen zwischen SGB XI und SGB V sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich und deren finanziellen Folgewirkungen vornehmen;
- bei dieser Fragestellung eine enge Zusammenarbeit zwischen den pflegerischen und gesundheitlich-medizinischen Bereichen sicherzustellen;
- die Erarbeitung konkreter Lösungsvorschläge zum Abbau dieser Probleme.

Auf Initiative Nordrhein-Westfalens hat eine Arbeitsgruppe der Länder seit Juni 2013 die Arbeit zu diesem wichtigen Thema aufgenommen.

Auch nach der letzten Reform des SGB XI im Jahr 2012 können Menschen mit Behinderungen noch nicht gleichberechtigt in die Pflegeversicherung einbezogen werden.

Dies wird u. a. an folgenden Stellen des SGB XI deutlich:

- Der gegenwärtige im Grundsatz somatisch hinterlegte Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung führt dazu, dass zum Beispiel die personalintensiven Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Pflegestufenzuordnung noch immer nicht ausreichend berücksichtigt werden.
- § 35a SGB XI, dessen einengende Vorgaben (Gutscheinsystem, Begrenzung der Inanspruchnahme nur auf zugelassene Pflegedienste des SGB XI) die Nutzung der SGB XI-Leistungen im Rahmen eines wirklichen trägerübergreifenden Budgets faktisch unmöglich machen.
- § 77 SGB XI – grundsätzlich sieht diese Vorschrift den Abschluss von Verträgen der Pflegekassen mit einzelnen Pflegekräften im Rahmen von Einzelfallbetreuungen vor. § 77 Abs. 1 Satz 4 SGB XI gibt in diesem Zusammenhang vor, dass darüber hinaus kein Arbeitsverhältnis zwischen Einzelpflegekraft und Pflegebedürftigem geschlossen werden darf. Aus dieser Einschränkung resultiert ein Problem bei Menschen mit Behinderungen, die ihre Betreuung und Versorgung im Rahmen einer persönlichen Assistenz geregelt haben bzw. regeln wollen.
- Die statistischen Daten in der Pflege werden nach verschiedenen Merkmalen aufbereitet, zu denen auch „männlich“ und „weiblich“ gehören.⁶⁵⁶ Die Betrachtung des Pflegesektors unter gendergerechten Aspekten steht eher noch am Anfang. Hierzu gehört zum Beispiel die Berücksichtigung grundsätzlicher Fragestellungen, wie „Wer pflegt überhaupt?“ und „Zu welchen Bedingungen und mit welchen Konsequenzen wird gepflegt?“ wie auch spezifischere Fragen, die ein passgenaues Pflegesetting in den Blick nehmen: „Wie pflegt Frau?“ „Wie pflegt Mann?“. Hier gilt es in Zukunft verstärkt zu forschen.

656 Vgl. Information und Technik Nordrhein-Westfalen Geschäftsbereich Statistik **Statistische Berichte** Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2013 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2013 in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2015

7.4.8.2 Case- und Care Management

Wesentliche Entwicklungspotenziale ergeben sich beispielsweise auf dem Feld der Verknüpfung und Vernetzung von vielfältigen Bedarfen auf Seite der nachfragenden pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen mit den Strukturen und Angeboten auf Seite der Anbieter. In der Fachdebatte wird dies mit dem Begriff Case- und Care-Management diskutiert.

Das Case-Management bezieht sich auf die Erfassung und Bearbeitung individueller Bedarfs- und Problemlagen im Sinne einer Einzelfallunterstützung und -steuerung. So finden qualifizierte Beratungen in wohnortnahen Beratungszentren oder in der Häuslichkeit statt.

Das Care-Management bezieht sich auf die Erfassung, Planung und Steuerung bedarfsgerechter und wohnortnaher Angebotsstrukturen.

Durch die Rückkopplung der neuen Angebote an die Case-Manager und -Managerinnen kann in der Beratung zusehends auf passende, wohnortnahe Angebotsstrukturen, die durch den Care-Management-Prozess angestoßen wurden, zurückgegriffen werden. Wichtig sind dabei die übergreifende Auswertung der gewonnenen Daten und Erkenntnisse, ihre systematische Verknüpfung und die Fortschreibung dieser Sozialraumentwicklung. Denn meist agieren die Akteurinnen und Akteure derzeit unabhängig voneinander, und es wird oftmals nicht miteinander kommuniziert, da man sich als Konkurrent bzw. Konkurrentinnen auf einem Markt begegnet.

Auf der Grundlage der Reform des Landespflegerechts⁶⁵⁷ wird zur Zeit die Weiterentwicklung bestehender Beratungsstrukturen in einer „Runden-Tisch-Beratung“ breitestmöglich partizipativ mit allen gesetzlich zur Beratung verpflichteten Institutionen, den Selbsthilfeverbänden und sonstigen relevanten Institutionen erarbeitet.

Leitenden Fragen der Vorarbeiten in moderierten Workshops sind dabei: Welche Fragen haben die Menschen in ihren jeweiligen Lebenssituationen, wie sehen gute Antworten aus und wie verfügbar sollten und müssen die Antworten sein?

Ziel ist es, eine NRW-Rahmenvereinbarung mit allen Verantwortlichen zur Umsetzung von Weiterentwicklungen zu schließen. Die notwendige Rechtsgrundlage für den Abschluss einer Rahmenvereinbarung unter Beteiligung des Landes ist am 2. Oktober 2014 vom Landtag NRW verabschiedet worden.⁶⁵⁸

7.4.9 Pflegende Angehörige in NRW – Lebensphase Pflege

Nachfolgend wird die komplexe Situation (älterer) pflegender Angehöriger⁶⁵⁹ in NRW differenziert betrachtet. Dabei spielen altersspezifische, geschlechtsspezifische, kultursensible und regionale Kriterien eine zentrale Rolle. Neben dieser breit aufgefächerten Darstellung werden Belastungen und Entwicklungen, Bedürfnisse und Bedarfe sowie Leistungen und Angebote in Bezug auf pflegende Angehörige analysiert. Ein spezieller Blick gilt der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

In der aktuellen NRW-Pflegepolitik stellen pflegende Angehörige eine eigene Zielgruppe dar, die in ihrer Eigenständigkeit anerkannt und aufgewertet wird. Angehörige werden

657 Vgl. Kap. 7.4.2.

658 Vgl. § 6 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW, vom 2. Oktober 2014 (Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Oktober 2014 (GV. NRW. S. 625)).

659 Mit dem Begriff pflegende Angehörige werden nachfolgend männliche und weibliche pflegende Angehörige gleichermaßen bezeichnet.

als eigenständige Personen und nicht weiter als quasi selbstverständlich vorhandene „Anhängsel“ der Pflegebedürftigen betrachtet. Die jeweiligen Bedürfnisse und Bedarfe von Angehörigen und Pflegebedürftigen sind nicht gleich, jedoch als gleichberechtigt zu sehen und zu verfolgen. Zugleich lassen sich die Bedarfslagen beider Gruppierungen jedoch nicht unabhängig voneinander betrachten, was Angehörige gerne mit: „wenn es dem Pflegebedürftigen gut geht, geht es auch mir gut“ ausdrücken.

7.4.9.1 Definition und Datenlage

Das Pflegeversicherungsrecht verwendet zwar den Begriff des pflegenden Angehörigen, z. B. in § 45c Abs. 3 SGB XI, definiert ihn aber nicht. Stattdessen definiert § 19 SGB XI den Begriff der Pflegeperson: „Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind „(...) Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt“ (Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Einem sozialwissenschaftlichen Verständnis folgend, sind pflegende Angehörige Personen, die in ihrem direkten sozialen Umfeld Unterstützungs-, Hilfe-, Sorge- und/oder Pflegearbeit für andere leisten, unabhängig vom Verwandtschaftsverhältnis. Dazu gehören auch besonders vertraute Personen aus der Nachbarschaft, dem Freundes- oder Bekanntenkreis^{660 661}.

Die Formulierung des Angehörigen-Begriffs im neuen Landespflegegesetz folgt diesem Verständnis und kommt damit der Lebensrealität näher. Über die in § 19 SGB XI genannten Personen hinaus sind Angehörige demnach auch alle anderen Menschen, „die auf der Basis von Selbstverpflichtung, ohne kommerzielle Interessen, verlässlich und auf frei bestimmte Dauer Verantwortung für andere Menschen, denen sie sich zugehörig fühlen, übernehmen“.⁶⁶²

Die amtliche Pflegestatistik⁶⁶³ erfasst die Zahlen der pflegebedürftigen Personen in Privathaushalten, die, anstelle der häuslichen Pflegehilfe, die von ambulanten Pflegediensten erbracht wird, ein Pflegegeld beantragen. Das Pflegegeld dient zur Sicherstellung der selbst beschafften Pflegehilfe. Es geht an die Pflegebedürftigen und nicht automatisch an die Pflegenden.⁶⁶⁴ Pflegepersonen sind dabei in der Regel Angehörige oder andere Privatpersonen.

Nach der Pflegestatistik NRW gibt es in 2013 rd. 581.000 pflegebedürftige Menschen.⁶⁶⁵ Rund 420.000 wurden zu Hause gepflegt. Davon empfangen rund 289.000 Pflegegeld, 131.000 wurden von ambulanten Pflegediensten gepflegt. In stationären Einrichtungen wurden 160.000 Menschen versorgt.⁶⁶⁶ Der Pflegebedarf in Nordrhein-Westfalen verteilt sich nach Pflegestufen differenziert wie folgt: Von den Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern haben 194.570 Menschen die Pflegestufe 1, 75.831 die Pflegestufe 2 und 19.336 die Pflegestufe 3. Von den Pflegebedürftigen, die durch einen ambulanten

660 Vgl. Bubolz-Lutz, E. (2006); Langehennig, M. (2012b).

661 Die Schätzungen des SOEP gehen davon aus, dass pflegende Angehörige älter sind als 16 Jahre, mind. eine Std./Tag pflegen, bei einer Rechnung von 2,4 Pflegenden pro Pflegebedürftige/n.

662 Landtag Nordrhein-Westfalen 2013, S. 10, siehe § 1 APG.

663 Vgl. z. B. Statistisches Bundesamt (2015) (2016); IT.NRW (2015).

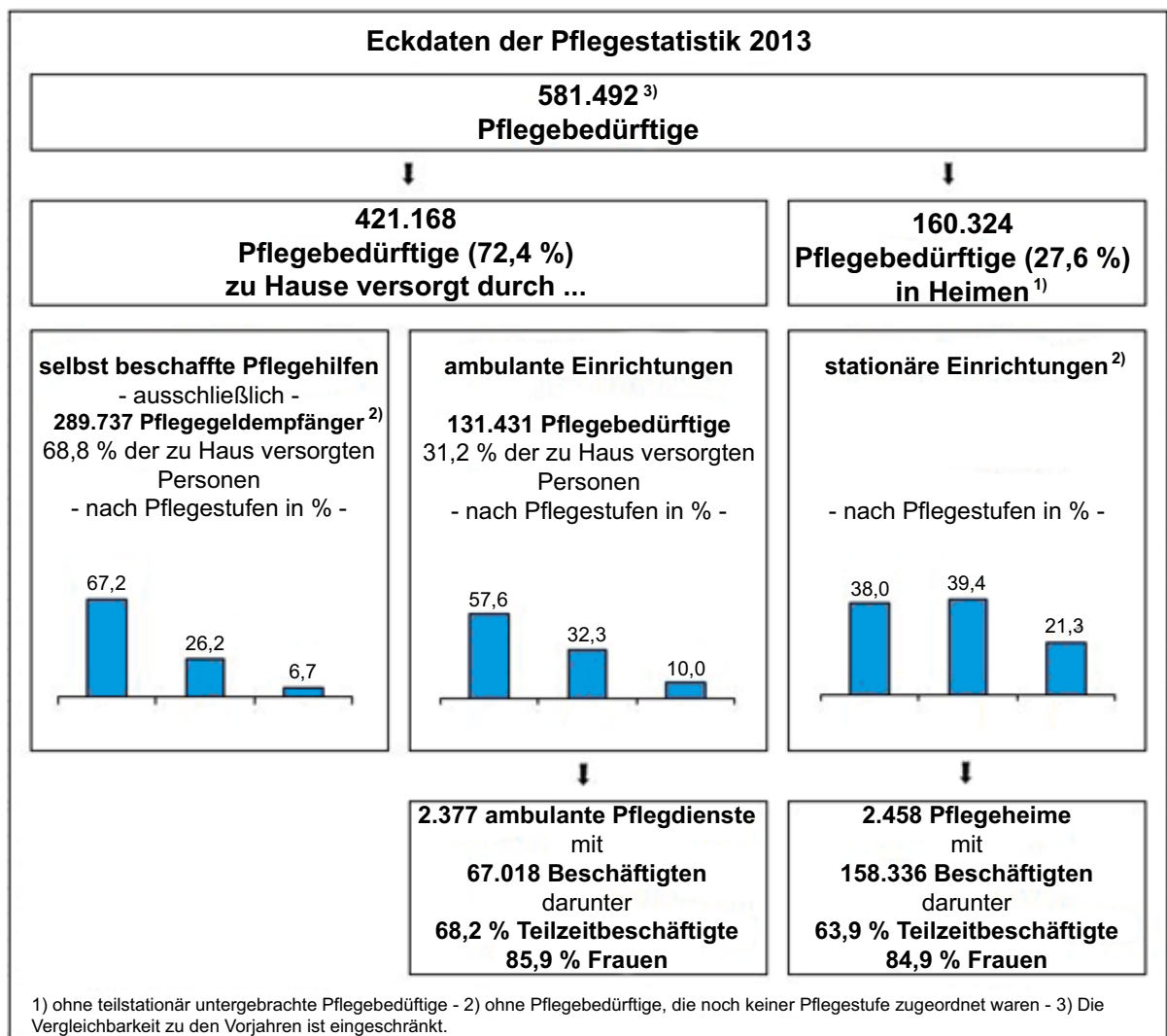
664 Vgl. Auth, D. et al. (2011), S. 159.

665 Vgl. IT. NRW, Pflegestatistik NRW, verfügbar unter www.it.nrw.de/statistik/e/daten/eckdaten/r512pflege.html.

666 Vgl. IT.NRW 2015.

Pflegedienst versorgt werden, haben 75.758 Menschen die Pflegestufe 1, 42.501 die Pflegestufe 2 und 13.172 die Pflegestufe 3. In stationären Einrichtungen haben 58.223 Pflegebedürftige die Pflegestufe 1, 61.757 die Pflegestufe 2 und 33.825 die Pflegestufe 3. Die Verteilung der Geschlechter stellt sich wie folgt dar: Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger 59 % Frauen und 41 % Männer; Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden 67 % Frauen und 33 % Männer; Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen 74 % Frauen und 26 % Männer.⁶⁶⁷

109 Eckdaten der Pflegestatistik 2013 für NRW



In NRW wurden 71,0 % der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Die Pflegeübernahme wird hierbei zu ca. zwei Dritteln von Frauen unterschiedlicher Generationen geleistet. Überwiegend sind es (Ehe-)Frauen und (Schwieger-)Töchter. Allein durch pflegende Angehörige wurden 49,8 % versorgt und 22,6 % von Angehörigen zusammen mit ambulanten Diensten.⁶⁶⁸

667 Vgl. IT. NRW, Pflegestatistik NRW, verfügbar unter www.it.nrw.de/statistik/e/daten/eckdaten/r512pflege.html.

668 Statistisches Bundesamt 2016, Pflegestatistik, Ländervergleich-Pflegebedürftige 2013; S. 13, Tabelle 4.2.

Die hohe Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bezeugt einerseits den Wunsch der Betroffenen und ihrer Angehörigen, die Versorgung und Pflege in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten, solange es geht, zeigt andererseits allerdings auch, dass eine lückenlose Pflegeübernahme durch die familiäre Pflege allein nicht realisierbar ist. Diese hohe Zahl zeigt aber, dass das politische Ziel einer Versorgung „ambulant vor stationär“ durchaus die Interessen der meisten Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen widerspiegelt. Nachteilig an dieser Konstellation ist allerdings, dass diese Form der Pflege von außen nicht immer so wahrgenommen wird.

110 Häusliche Pflege durch Angehörige, alleine und mit Pflegediensten im Vergleich zur Pflegestufe

	Pflegebedürftige 2013 nach Pflegestufen insgesamt ⁶⁶⁹	Pflegegeldemp-fängerinnen und -empfänger nach Pflegestufen am 31. Dezember 2013 ⁶⁷⁰	von ambulanten Pflegediensten versorgte Pflegebedürftige nach Pflegestufen am 15. Dezember 2013 ⁶⁷¹
Insgesamt	581.000	289.737	131.431
davon mit			
Pflegestufe I	331.262	194.570	75.758
Pflegestufe II	181.488	75.831	42.501
Pflegestufe III	66.678	19.336	13.172

So ist der private Raum der Familie nach dualistischem Weltbild bis heute mit dem Attribut „weiblich“ konnotiert und suggeriert auf diese Weise eine „naturegegebene“ soziale Kompetenz der (Ehe-)Frauen und Mütter mit dem Effekt, dass „unbezahlte Sorgetätigkeiten im Haushalt als ‚Frauensache‘“⁶⁷² abgetan werden. Die Möglichkeit der (finanziellen) Anerkennung von Care-Arbeit als effektiv geleistete Arbeit mit hohem physischem und psychischem Belastungsgrad wird unterlaufen. Gleichzeitig vollzieht sich eine Verdrängung der weiblichen Hauptpflegeperson aus dem öffentlichen Raum, da eine volle Berufstätigkeit – trotz des propagierten Adult Worker Modells – mit der familialen Pflege kaum vereinbar ist.⁶⁷³

Aufgrund des methodischen Vorgehens, nur pflegebedürftige Personen zu erfassen, die Leistungen gemäß des SGB XI beziehen, fallen die Ableitungen zur Anzahl der pfle-

669 Statistisches Bundesamt 2016, Pflegestatistik, Ländervergleich-Pflegebedürftige 2013; Tabelle 3.1.

670 Vgl. IT. NRW (2013), Ergebnisse der Pflegestatistik in NRW, verfügbar unter www.it.nrw.de/statistik/e/daten/eckdaten/r512pflege.html.

671 Ebd.

672 Vgl. Lepperhoff, J./Scheele, A. (2014): S. 126.

673 Vgl. Backes, G./Amrhein, L./Wolfinger, M. (2008): Expertise zu „Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik“ im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, S.55f.

genden Angehörigen aus der Pflegestatistik deutlich niedriger als die Schätzungen des SOEP.⁶⁷⁴ Diese sind u. a. nicht an eine anerkannte Pflegebedürftigkeit nach SGB XI gekoppelt und gehen daher z. B. für das Jahr 2010 von bundesweit fast 4,3 Millionen pflegenden Angehörigen aus⁶⁷⁵, das wären in NRW über 900.000 pflegende Angehörige gewesen. Die quantitative Datenlage zu pflegenden Angehörigen ist unzureichend. Dies gilt sowohl für den Bund als auch für NRW, und erst recht für eine nach verschiedenen Kriterien differenzierte Datenlage von Teilregionen NRWs.

Es existieren keine Datensätze zu pflegenden Angehörigen, die konkret, aktuell und belastbar wären, und der Komplexität, der Fragilität und der Struktur der Situation der Angehörigen angemessen entsprechen würden.

Datensätze und Studien sind veraltet⁶⁷⁶ und reichen teilweise bis in die Anfangsjahre nach Einführung der Pflegeversicherung vor jetzt fast 20 Jahren zurück. Sie bilden weder die aktuellen Generationen und Kohorten der pflegenden Angehörigen noch der Pflegebedürftigen ab. Wenn aktuelle Erhebungen vorliegen, operieren diese jedoch mit dem eng gefassten Angehörigenbegriff.⁶⁷⁷

Auch zum Selbstverständnis pflegender Angehöriger liegen keine Daten und Erkenntnisse vor. Aus Gesprächen mit Angehörigen, z. B. im Rahmen von Modellprojekten, geht hervor, dass sie sich über eine verwandtschaftliche/freundschaftliche Beziehung zum Pflegebedürftigen definieren, nicht aber als „pflegende Angehörige“ sehen. Selbst-Wahrnehmung einerseits und andererseits Bezeichnung und Betrachtung von außen stimmen nicht überein.

In der wissenschaftlichen Literatur werden pflegende Angehörige als verbindendes Element im Pflegegeschehen beschrieben, die über umfangreiches Know-how, über Handlungs- und Entscheidungskompetenz und Managementfähigkeiten verfügen und bei Krankenhausaufenthalten die einzige Verbindung zur Außenwelt darstellen.⁶⁷⁸

Diese Wahrnehmungen und Zuschreibungen sind jedoch für die Betroffenen selbst unwesentlich. Hier sind weitere Erkenntnisse zu generieren.

Pflege stellt heute ein normatives Lebensereignis im Lebenslauf dar, das den Einzelnen in den unterschiedlichen Lebensabschnitten mehrfach betreffen kann.⁶⁷⁹

Die vorrangigen Lebensphasen, in denen Pflege zum Thema auch für Angehörige wird, sind das mittlere und das hohe Alter, da mit zunehmendem Lebensalter der Anteil der Pflegebedürftigen steigt. Bundesweit sind über die Hälfte der pflegebedürftigen Menschen 80 Jahre und älter, damit ist Pflegebedürftigkeit ein charakteristisches Merkmal von Hochaltrigkeit.⁶⁸⁰

Gleichwohl betrifft das Thema „Pflege“ auch jüngere Menschen, wenn sie mit der Pflege von älteren Familienmitgliedern konfrontiert werden, oder wenn eine Pflegeverantwortung für pflegebedürftige Kinder oder Geschwister eintritt.

674 Auch der Sozialverband VdK geht davon aus, dass weitere 2,5 Millionen alte, gebrechliche und /oder verwirrte Menschen ebenfalls von Familienmitgliedern versorgt werden, ohne dass sie Leistungen aus der Pflegekasse erhalten und somit statistisch nicht erfasst sind.

675 Laut SOEP werden 36 % der Pflegebedürftigen von einer Person gepflegt, 29 % von zwei Personen und 27 % von drei oder mehr Personen (vgl. Meyer 2006), vgl. BARMER GEK Pflegereport 2013, S. 108.

676 Vgl. z. B. Infratest Sozialforschung 2003; Schneekloth/Wahl 2005.

677 Vgl. z. B. Statistisches Bundesamt 2015, 2015a, 2016; IT.NRW 2015.

678 Vgl. Bubolz-Lutz, E. (2006); Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C. (2006); Langehennig, M. (2012).

679 Vgl. Bubolz-Lutz, E. (2006), S. 18, Abb.1; Höpflinger, F. (2005); Mischke, C. (2012) S. 164.

680 Das Durchschnittsalter pflegender Angehöriger liegt in Deutschland bei 61,3 Jahren. Jede zweite Pflegeperson (54 %) ist zwischen 40 und 65 Jahren alt. Und fast ein Drittel der pflegenden Angehörigen (über 32 %) ist älter als 65 Jahre. (vgl. EUROFAMCARE-Studie, Deutschlandergebnisse, Meyer, M. 2006, S. 27).

So sind die meisten pflegenden Angehörigen in der Mitte ihres Lebens vor die Frage einer Pflegeübernahme gestellt. Für viele Frauen schließt sich damit nach den Jahren der Kindererziehung nahtlos die Pflege von Angehörigen an,⁶⁸¹ nicht selten erfolgt beides zeitgleich („Sandwichgeneration“).

Für die Angehörigen bedeutet die Übernahme von Pflegeverantwortung, dass sie einen nennenswerten Teil ihrer Zeit binden, zusätzlich zu allen anderen Pflichten und Aufgaben in diesem Lebensabschnitt.⁶⁸² Die mögliche Dauer einer Pflegesituation ist Angehörigen zu Beginn oft nicht bewusst. Auth et al.⁶⁸³ sprechen davon, dass im Durchschnitt von einer Pflegedauer von ca. acht Jahren ausgegangen werden kann. Dieser steht eine maximale Dauer der rechtlich verankerten Pflegezeit von sechs Monaten für Beschäftigte gegenüber, in der kein Einkommen bzw. keine Einkommensersatzleistung gezahlt wird.⁶⁸⁴ Ein Anreiz zur Pflegeübernahme durch Männer besteht dabei kaum, da zumindest gegenwärtig ihre Berufs- und Einkommenssituation nach wie vor verbreitet dem Modell des Familienernährers als Normalarbeitsverhältnis folgt und eine Bevorzugung dieses Arrangements durch z. B. das Ehegattensplitting sozialpolitisch gestützt und gefördert wird.

Dementsprechend scheint eine Übernahme der familiären Angehörigenpflege durch – wenn überhaupt teilzeitbeschäftigte und geringer verdienende – Partnerinnen wahrscheinlicher, auch wenn damit für diese erhebliche Einschnitte der eigenen, materiellen Absicherung verbunden sind.

Als Hauptmotiv für die Übernahme der Pflege werden im Rahmen der EUROFAM-CARE-Studie⁶⁸⁵ emotionale Bindungen wie Liebe und Zuneigung genannt (57 %), gefolgt von einem Pflichtgefühl (15 %) und moralischer Verbindlichkeit (13 %). Entgegen mancher Vermutung gaben nur 3 % der Befragten als Hauptmotiv an, dass sie keine Wahl gehabt hätten. Demgegenüber zeigen die Ergebnisse des LEANDER-Projektes von Zank (Universität zu Köln) und Schacke (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin), dass die Motive für Pflege auch an Beziehungsmerkmale bzw. den Verwandtschaftsgrad zur pflegebedürftigen Person geknüpft sind.^{686 687}

7.4.9.2 Zielgruppenspezifische Betrachtung

Eine fundierte und differenzierte Betrachtung der pflegenden Angehörigen im Hinblick auf verschiedene Gruppen – z. B. Frauen, Männer, Alleinerziehende, Minderjährige, Erwerbstätige, Hochaltrige, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte – steht noch aus. Verlässliche Daten fehlen (wie oben angezeigt) auch hier liegen zu einigen Gruppen nur erste Erkenntnisse vor, teilweise aus Projekten.

681 Vgl. ebd., S. 17.

682 Für die Hauptpflegeperson fallen durchschnittlich 37,5 Stunden pro Woche für Pflege- und Betreuungsaufgaben an (BMG 2011, S. 29; Schneekloth, U./Wahl, H.W. 2005). Dazu gehören Tätigkeiten im Bereich Körperpflege, Ernährung, Gesundheit, Betreuung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung.

683 Vgl. Auth, D./Leiber, S./Leitner, S. (2011): Sozialpolitik als Instrument der Geschlechtergerechtigkeit. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung, Volume 42, Issue 2, S.159.

684 Ebd., S. 158.

685 Kofahl, C. et al. (2005), S. 4.

686 Vgl. Zank, S./Schacke, C. (2007).

687 Im Rahmen einer empirischen Untersuchung in der Schweiz eruierten Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (2012, S. 139) folgende Rangfolge für die Motive zur Übernahme familiärer Pflege: emotionale Bindung (93 %), persönliche moralische Verpflichtung (91 %), Gefühl der Verpflichtung (86 %), „gibt mir ein gutes Gefühl“ (84 %), Angehöriger möchte nicht von anderen gepflegt werden (62 %), Kosten für professionelle Pflege sind zu hoch (45 %).

7.4.9.2.1 Hochaltrige pflegende Angehörige

Zu der Gruppe hochaltriger pflegender Angehöriger liegen bisher keine spezifischen Daten und Erkenntnisse vor. Aufgrund der demografischen Veränderungen mit der zu erwartenden deutlichen Zunahme der hochaltrigen Menschen ist anzunehmen, dass auch bei dieser Personengruppe der Bedarf an Unterstützungs- und Entlastungsleistungen steigen wird.

Für die Gruppe der hochaltrigen Pflegepersonen stellen der AOK-Trendbericht⁶⁸⁸ und der Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes“⁶⁸⁹ bundesweit eine deutliche Zunahme der hochaltrigen pflegenden Angehörigen fest: 1997 waren 2,7 % aller Pflegenden über 80 Jahre, im Jahr 2009 stieg die Angabe auf 7,3 %.⁶⁹⁰ Dabei handelt es sich meistens um eheliche Pflege.

Im Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“ – ein Modellprogramm der Universität Bielefeld zur Begleitung und Kompetenzförderung von pflegenden Ehepartnern und Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die poststationäre Versorgung – waren sogar 8,9 % der Teilnehmenden an Pflegetrainings 80 Jahre und älter.⁶⁹¹ Die im Evaluationsberichtes 2011 erhobenen Daten legen den Schluss nahe, dass hochaltrige pflegende Angehörige individuell abgestimmte Angebote in kleinem Rahmen gegenüber Gruppenangeboten bevorzugen.⁶⁹²

7.4.9.2.2 Genderspezifische Betrachtung pflegender Angehöriger

Die Daten zur Geschlechterverteilung pflegender Angehöriger sind ebenfalls unzureichend, teils veraltet und aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden nur schwer zu vergleichen.

Dass Frauen bislang und auch gegenwärtig die Hauptlast und die größte Verantwortung im Bereich Pflege tragen wurde bereits oben dargestellt.⁶⁹³ Auf Grundlage der höheren Lebenserwartung und im Zuge des demografischen Wandels wird zudem die Anzahl der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen zunehmen. Parallel dazu wird die Zahl der potenziell häuslich Pflegenden sinken. Auth et al.⁶⁹⁴ gehen nach Blinkert und Klie (2004) von einem Rückgang bis 2050 um 40 % aus.

Die Allensbach-Studie⁶⁹⁵ weist aus, dass Frauen im Gegensatz zu Männern mindestens doppelt so häufig ihre Angehörigen pflegen und dass doppelt so viele Frauen wie Männer pflegebedürftig sind.

Im Rahmen der Studie „Familienpflege und Erwerbstätigkeit“ führen Schneider et al.⁶⁹⁶ aus, dass Männer während einer Pflegephase innerhalb der Familie tendenziell einer Vollzeittätigkeit nachgehen können, während das bei Frauen – aufgrund ihrer Hauptsorgetätigkeit in der Familie und der damit im Zusammenhang stehenden Problematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf – eher die Ausnahme ist.

Pflegende Frauen, so kann resümiert werden, stecken oftmals im Beruf zurück. In der Konsequenz sind ihre Erwerbsbiografien – ob mit oder ohne Adult Worker Model –

688 Vgl. Runde, P. et al. (2009), S. 14.

689 BMG (2011), S. 27.

690 Vgl. Runde, P. et al. (2009), S. 15.

691 Vgl. Gröning, K. (2012), S. 29.

692 Vgl. ebd., S. 31.

693 Vgl. Kap. 7.4.9.1.

694 Vgl. Auth, D. et al (2011), S. 157.

695 Vgl. R + V (2012).

696 Vgl. Schneider, N.F. et al. (2006), S. 29.

häufig von Diskontinuitäten gezeichnet, weil das Verfolgen einer eigenen beruflichen Karriere bei gleichzeitiger Angehörigenpflege meist nicht möglich ist. Eine entsprechende Absicherung der Existenz auch in der Nacherwerbsphase bzw. bei Lebenskrisen scheitert häufig, da beispielsweise der Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung sich einerseits an der Versicherungsdauer und andererseits an den eingezahlten Beiträgen orientiert. Beides fällt in der Regel bei pflegenden Frauen tendenziell niedrig aus.

Da zudem das Pflegegeld an die Pflegebedürftigen und nicht an die Pflegenden ausbezahlt wird und es darüber hinaus keine Lohnersatzleistung darstellt, sehen weibliche pflegende Angehörige sich außerdem mit einem erhöhten Risiko der Altersarmut konfrontiert. Besonders betroffen hiervon sind zudem Alleinerziehende, die aufgrund ihrer prekären Lage häufig auf die sogenannte Grundsicherung angewiesen sind. Die Möglichkeit sich Care-Arbeit über den sich ausweitenden Bereich der Gesundheitswirtschaft zu beschaffen, gelingt dabei nur denjenigen, die über entsprechende finanzielle Ressourcen verfügen.⁶⁹⁷

Im Rahmen der MuG III-Erhebung⁶⁹⁸ wurde festgestellt, dass der Anteil männlicher Pflegepersonen zwar vergleichsweise gering sei, dennoch aber 27 % der pflegenden Angehörigen und ein Drittel der Erwerbstätigen mit Pflege-/Hilfsverpflichtungen ausmacht.⁶⁹⁹ Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt die Allensbach-Studie im Auftrag der R + V im Jahr 2012. Auch Langehennig geht – wie das SOEP laut Barmer GEK Report 2013⁷⁰⁰ – von einem Anteil von 35 % männlicher Hauptpflegepersonen aus⁷⁰¹, schränkt jedoch ein, dass die vorliegenden aussagekräftigen Daten zur Häufigkeit pflegender Männer wenig belastbar sind.⁷⁰²

Für die Zukunft gehen Müller und Seifert (IT.NRW, vgl. Kapitel 6) davon aus, dass die Zahl der männlichen Pflegebedürftigen wie auch die Zahl der männlichen pflegenden Angehörigen bis 2050 stärker zunehmen wird, als die der Frauen, die mit 70 % oder mehr bereits derzeit signifikant höher liegt.

Im Modellprogramm „Familiale Pflege“ sollen Männer im Sinne einer stärkeren Geschlechtergerechtigkeit für Pflege- und Sorgeaufgaben gewonnen werden.⁷⁰³ Das ist bisher nicht gelungen. Der u. a. von Langehennig beschriebene Trend zu einem höheren Männeranteil in der Angehörigenpflege⁷⁰⁴ bildet sich in dem Evaluationsbericht 2011 nicht ab.⁷⁰⁵ Mit Blick auf die jeweilige Lebensphase zeigen die Daten des SOEP, dass Frauen besonders häufig im Alter von 50 bis 69 Jahren von der Pflegeübernahme betroffen sind, während Männer erst später im Lebenslauf – zwischen 65 und 84 Jahren – vor der Situation einer Pflegeübernahme stehen.⁷⁰⁶

697 Vgl. Schilliger, S. (2014): Who cares? Care-Arbeit im neoliberalen Geschlechterregime. Internetquelle: www.denknetz.ch/IMG/pdf/schilliger.pdf (Letzter Zugriff: 11.07.2014)

698 Vgl. Schneekloth, U./Wahl H. W. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München

699 Vgl. Schneekloth, U./Wahl, H.W. (2005), S. 77.

700 Vgl. Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2013).

701 Vgl. Langehennig, M. (2012b), S. 13.

702 Vgl. ebd., S. 15.

703 Vgl. Gröning, K. (2012), S. 26.

704 Vgl. Langehennig, M. (2009), S. 45.

705 Vgl. Gröning, K. (2012), S. 26.

706 Vgl. Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2013), S. 109.

Gestützt wird diese Erkenntnis durch weitere Studien⁷⁰⁷, wie auch durch die Befunde des oben genannten Modellprogramms „Familiale Pflege“. Laut Evaluationsbericht für das Jahr 2011 sind über die Hälfte der pflegenden Männer (54,8 %), die in Pflegetrainings eingebunden sind, über 65 Jahre alt – gegenüber 39,3 % der pflegenden Frauen. In den Initialpflegekursen sind 40,5 % der teilnehmenden Männer über 65 Jahre und nur 23,5 % der Frauen 65 Jahre und älter.⁷⁰⁸ Des Weiteren unterscheidet sich die Situation pflegender Männer und Frauen darin, dass Männer prozentual häufiger ihre Ehefrauen bzw. Partnerinnen pflegen, während Frauen neben der Partnerpflege oftmals auch Elternteile und/oder Schwiegereltern versorgen.

Insgesamt liegen im deutschen Sprachraum keine repräsentativen Studien und nur wenig qualitative Forschung zu dem Erleben und der Bewältigung der Pflegerolle von pflegenden Frauen und von pflegenden Männern vor. Mehrheitlich wird das zunehmende Engagement von Männern in der Angehörigenpflege bislang kaum wahrgenommen.⁷⁰⁹ Zukünftig sind daher verzerrte Sichtweisen durch systematische gendersensible Forschung zu überwinden und so eine Pflegeübernahme von Männern zu unterstützen.⁷¹⁰ Die Enquetekommission hat bereits 2004 gefordert, dass auf die spezifische Situation von Frauen fokussiert Erkenntnisse zusammengetragen und die Gesundheitssituation speziell von Frauen beachtet werden muss.

7.4.9.3 Regionale Analyse

Eine regional differenzierte Aussage zu pflegenden Angehörigen in NRW kann mangels vorhandener Forschungsdaten nicht getroffen werden. Es können nur Ableitungen vorgenommen werden: „Die nordrhein-westfälischen Kreise und kreisfreien Städte weisen höchst unterschiedliche Bevölkerungsstrukturen auf. Dies betrifft insbesondere den Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2014 betrug der Bevölkerungsanteil 65-Jähriger und Älterer im Landesdurchschnitt etwa ein Fünftel (20,7 %; vgl. Kapitel 6.1.). Schon dadurch bedingt sind die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf und damit die Anzahl der pflegenden Angehörigen in NRW unterschiedlich verteilt.

Die von der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ ermittelten Pflegehäufigkeiten für NRW weisen geringfügig höhere Quoten für die ländlichen Regionen aus⁷¹¹ – auch neuere Daten bestätigen dies.⁷¹²

Aussagen zu pflegenden Angehörigen werden auf der Grundlage der Daten zu Pflegebedürftigen getroffen. Es ist demnach davon auszugehen, dass der Anteil pflegender Angehöriger in den Regionen NRWs mit einem hohen Anteil von Pflegebedürftigen ebenso erhöht ist⁷¹³ und sich diese Aufwärtsbewegung weiter fortsetzen wird.

Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger sind in NRW nicht flächendeckend gleich verteilt und qualitativ unterschiedlich verfügbar. Während in städtischen Bereichen von NRW eher mehr Angebote für pflegende Angehörige zur Verfügung stehen, sind die weniger städtischen Bereiche und die ländlichen Regionen eher unterversorgt.

707 Vgl. Langehennig, M. (2009), S. 46 und 2012a, 2012b.

708 Vgl. Gröning, K.) (2012), S. 27f).

709 Vgl. Langehennig, M. (2012b), S. 9.

710 Vgl. ebd., S. 10.

711 Vgl. Landtag NRW (2005).

712 Vgl. IT.NRW (2015:3), S. 16, Grafik Pflegebedürftige im Alter von 65 und mehr Jahren je 1.000 Einwohner entsprechenden Alters 2011 nach kreisfreien Städten und Kreisen.

713 Vgl. IT.NRW.

Eine Übersicht über die vorhandenen Angebote existiert bislang nicht. Problematisch ist zudem, dass diese nicht „aus einer Hand“ angeboten werden. Hier sind Strategien zur Vernetzung von Angeboten und Anbieterinnen und Anbietern vor Ort notwendig. In einem ersten Ansatz werden diese derzeit erprobt – vgl. das Projekt „Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger“ (Quart-UpA, Universität Witten / Herdecke).⁷¹⁴

7.4.9.4 Belastungen und Entwicklungen

Die Belastungen pflegender Angehöriger sind – im Gegensatz zu Entwicklungs-herausforderungen – vergleichsweise gut dokumentiert.⁷¹⁵ Dabei wird jedoch nicht stringent unterschieden zwischen subjektiv empfundenen Belastungen und objektiv gemessenen Belastungen.⁷¹⁶ 68 % aller Hauptpflegepersonen berichten von körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen.⁷¹⁷

Das Belastungsempfinden von pflegenden Angehörigen steigt häufig mit zunehmendem Pflegebedarf, es scheint mit der jeweiligen Pflegesituation im Zusammenhang zu stehen.

Zudem spielen das Verhältnis zum Pflegebedürftigen sowie der Verwandtschaftsgrad – so die Ergebnisse der LEANDER-Studie – eine Rolle: Das Empfinden von Belastung ist geringer, je besser das Verhältnis zum Pflegebedürftigen eingeschätzt wird und je effektiver Unterstützungsmaßnahmen einbezogen werden. Auch nimmt das subjektive Belastungsempfinden mit steigender Akzeptanz der veränderten Situation innerhalb der Familie ab.⁷¹⁸

7.4.9.4.1 Dauer der Pflege

Zur Dauer der Pflege zu Hause und damit der Pflegebelastung werden je nach Erhebungsmethode unterschiedliche Durchschnittswerte angegeben. Schneekloth/Wahl⁷¹⁹ gehen von einer durchschnittlichen Pflegedauer von acht Jahren aus. Rothgang et al.⁷²⁰ kommen in ihrer Auswertung auf einen Zeitraum von knapp zwei Jahren häuslicher Pflege bei Männern und gut zweieinhalb Jahren bei Frauen und im AOK-Trendbericht gehen Runde et al.⁷²¹ von 5,5 bis 6,3 Jahren aus.⁷²²

714 www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g_med_i_allgemeinmedizin/Forschung/Projekte/PosterQuartUpA10072013_Zegelin.pdf

715 Vgl. exemplarisch Brereton, I./Carroll, C./Barnston, S. (2007); Kristjanson, L.J./Aoun, S. (2004), im Kontext von Demenzerkrankungen Zank, S./Schacke, C. (2007).

716 Ebenso ist das Belastungsempfinden von pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten vergleichsweise gut dokumentiert – so z. B. im Rahmen des Modellprogramms „Entlastungsprogramm bei Demenz EDe I und EDe II“ (vgl. Emme von der Ahe, H. et al. 2010 und Emme von der Ahe, H. et al. 2012) wie auch im Rahmen des LEANDER-Projektes (vgl. Zank, S./Schacke, C. 2007) oder innerhalb der EUROFAMCARE-Studie (vgl. Meyer, M. 2006).

717 Vgl. Infratest (2003), S. 23. Ebenso werden im Rahmen der Berichterstattung zur Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ die Auswirkungen und Belastungen auf die gesundheitliche Situation, die sozialen Kontakte, Freizeitaktivitäten und die Berufstätigkeit ausgeführt (Landtag NRW 2004).

718 Vgl. Koppelin, F. (2008); Hejda, M. (2002).

719 Vgl. Schneekloth, U./Wahl, H.W. (2005).

720 Vgl. Rothgang, H. et al. (2009).

721 Vgl. Runde, P. et al. (2009).

722 Die stark unterschiedlichen Ergebnisse sind auf verschiedene Fragestellungen, Definitionen von Pflegebedürftigkeit und pflegenden Angehörigen, sowie subjektiven bzw. objektiven Unterstützungsbedarf zurückzuführen. Müller et al. (2010) kommen nach einer Diskussion der vorliegenden Daten zur häuslichen Pflegedauer zu dem Schluss, dass eine gesetzliche Familienpflegezeit von maximal zweijähriger Dauer für die Hälfte der pflegebedürftigen Frauen und weit über die Hälfte der pflegebedürftigen Männer (61 %) – d. h. für die Mehrzahl der Fälle – ausreicht. Sie führen aus, dass die von Schneekloth & Wahl angegebene durchschnittliche Pflegedauer von acht Jahren die relevante Dauer im Sinne des SGB XI überschätzt. Eine durchschnittliche Pflegedauer ist zudem als ungeeignetes Maß anzusehen, weil die Pflegedauern extrem schief verteilt sind; vgl. ebd., S. 237.

Die definierte Rolle der Pflegepersonen nach der engen Logik des SGB XI endet mit Beendigung der häuslichen Pflege des Pflegebedürftigen, in der Regel durch Übergang in stationäre Versorgung bzw. durch Tod.

Nach erfolgter stationärer Unterbringung sind aber weder die Sorge-/Pflegearbeit noch die Belastungen beendet. Die Entscheidung für ein Heim wird von Angehörigen oft als individuelles Scheitern erlebt, das sie nur schwer verwinden können.⁷²³ Zwar nimmt die Pflegearbeit im Alltag ab, doch übernehmen pflegende Angehörige auch nach der Beendigung der häuslichen Pflegesituation einen wesentlichen Teil an Hilfeleistungen und unterstützen und sorgen weiter.⁷²⁴ Der Tod des Pflegebedürftigen stürzt die Angehörigen in eine neue Krisensituation. Die (u. a. gesundheitlichen) Folgen lang andauernder Pflege treten oft erst danach offen zutage. Der Unterstützungsbedürftigkeit der (ehemaligen) pflegenden Angehörigen hält weiter an, wenn auch anders gelagert als zu Lebzeiten des Pflegebedürftigen.

Eine Pflegesituation wirkt sich weit über die Pflegephase hinaus auf viele andere Lebensbereiche der pflegenden Angehörigen aus: Auf den Beruf, die wirtschaftliche Situation, die Rentenhöhe, auf familiäre und soziale Beziehungen.

Über diese langfristigen Effekte einer Pflegeübernahme gibt es bislang nur wenige Befunde.⁷²⁵ Diese Phase nach der Pflege muss stärker in den Blick genommen werden, auch im Hinblick auf neue begleitende Hilfeangebote für Angehörige.

7.4.9.4.2 Physische, emotionale und soziale Belastung

Physische Belastungen der Pflege können sich in körperlichen Beschwerden der Angehörigen niederschlagen. Körperliche Pflegetätigkeiten (Heben, Umbetten etc.) und die ständige Verfügbarkeit rund um die Uhr, Nicht-Durchschlafen-Können in der Nacht, keine oder nicht ausreichend frei verfügbare Zeit für sich selbst, die Familie oder soziale Aktivitäten etc.⁷²⁶ führen nicht selten zu Schmerzen in Rücken, Armen und Beinen, Haltungsschäden, Schlafmangel etc. Körperliche Belastungen hängen auch damit zusammen, dass die meisten Wohnungen von Pflegebedürftigen nicht behindertengerecht (barrierearm) umgebaut sind.

Bei älteren weiblichen pflegenden Angehörigen handelt es sich um eine besonders benachteiligte und risikobehaftete Gruppe, da die körperliche Funktionsfähigkeit bei Frauen im Alter von 40 bis 85 Jahren ohnehin stärker eingeschränkt ist als bei Männern. Durch die Belastungen im Rahmen der Pflegetätigkeiten, die sich körperlich als auch emotional äußern, potenzieren sich die körperlichen Funktionseinbußen bei pflegenden Frauen. Besonders betroffen sind weibliche pflegende Angehörige aus den unteren sozialen Milieus, da hier gesundheitliche Probleme aufgrund von vielfachen Verschränkungen gesundheitlicher und sozialer Entwicklungen im Lebenslauf vermehrt vorkommen.^{727 728} Untersuchungen zum Erleben der Pflegesituation verweisen auf eine

⁷²³ Vgl. Langer, J./Ewers, M. (2013), S. 317.

⁷²⁴ Vgl. Zank, S./Schacke, C. (2007), S. 76.

⁷²⁵ Vgl. Budnick, A. et al. (2013); Dräger, D. et al. (2012); Koppelin, F. (2008); Langehennig, M. (2012b); Zank, S./Schacke, C. (2007).

⁷²⁶ Vgl. Reichert, M. (1997), S. 38f; EUROFAMCARE, Kofahl, C. et al. (2005), S. 4; Langer, J./Ewers, M. (2013), S. 315.

⁷²⁷ Vgl. IT.NRW.

⁷²⁸ Vgl. Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Unsicherheit im Lebenslauf. In: APuZ 42/2007: Gesundheit und soziale Ungleichheit. bpb, S. 18-25.

chronisch-psychische Anstrengung durch die Pflege.⁷²⁹ Betroffene fühlen sich in der Situation oftmals allein gelassen.⁷³⁰ Nicht mehr frei über die eigene Zeit verfügen zu können, und nicht länger oder nur sehr eingeschränkt eigene Interessen verfolgen zu können, wirkt emotional und psychisch belastend.⁷³¹ Die Evaluation von Pflegetrainings bestätigt, dass sich sogar 74 % der pflegenden Angehörigen seelisch eher bis sehr belastet fühlen – damit ist die erlebte seelische Belastung stärker ausgeprägt als das Belastungserleben im physischen Bereich.⁷³² Auch die Art der Beeinträchtigung des Gepflegten spielt im Hinblick auf das Belastungserleben von pflegenden Angehörigen eine Rolle: Es sind besonders kognitive Beeinträchtigungen bei Pflegebedürftigen, die bei den pflegenden Angehörigen zu seelischen und sozialen Problemen führen.⁷³³

Für die Pflege von Angehörigen wenden privat Pflegende ein erhebliches Maß an Zeit auf.

Die notwendige Fokussierung auf die Pflegesituation zieht Veränderungen und Einschränkungen in den sozialen Beziehungen und Kontakten nach sich. Differenzierte Aussagen zu den sozialen Belastungen oder gar eine Gewichtung derselben können anhand der Daten nicht getroffen werden.

Deutlich ist aber, die Begrenzung der sozialen Kontakte kann sich belastend auswirken und im Extremfall zu Isolation führen.⁷³⁴

7.4.9.4.3 Berufliche, finanzielle und wirtschaftliche Belastungen

Pflegende Angehörige, gehören zu einer Risikogruppe, die auf lange Sicht finanziell und wirtschaftlich weniger gut gestellt ist. Schätzungen der privaten Eigenleistung bei Pflegebedürftigkeit belaufen sich auf 30.000 bis 80.000 Euro (Pflegerreport der Barmer GEK)⁷³⁵. Gesteigerte Ausgaben für die Pflege (z. B. für Inkontinenzmaterial, Fahrtkosten, Rezeptgebühren, Umbauten in der Wohnung etc.) belasten auch die Angehörigen. Zudem spielen weitere Faktoren eine Rolle, so führt eine Verringerung der Erwerbstätigkeit der pflegenden Angehörigen u. a. zu einer Reduzierung des Einkommens.⁷³⁶

In einer Untersuchung von Reichert (TU Dortmund) gaben 19 % der Pflegepersonen starke Belastungen durch die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Pflege an und 39 % eher starke Belastungen, während sich nur 5 % nicht belastet fühlten.⁷³⁷ Eine Minderung der Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger nimmt mit zunehmender Pflegestufe der Gepflegten zu.⁷³⁸ Die spätere Wiederaufnahme der Beschäftigung ist oft nur schwer möglich. Zudem verdeutlicht sich, dass der planmäßige Aufbau einer beruflichen Karri-

729 Vgl. Langer, J./Ewers, M. (2013).

730 Vgl. Mischke, C. (2012), S. 171.

731 Vgl. Brink, L. (2002); Ekwall, A.K. (2004); Heimbach, A. (2003); Hejda, M. (2002); Koppelin, F. (2008); Gröning, K. (2012); Zank, C./Schacke, S. (2007).

732 Vgl. Gröning, K. (2012), S. 54.

733 Vgl. z. B. Koppelin, F. (2008); Emme von der Ahe, H. et al. (2010); Emme von der Ahe, H. et al. (2012).

734 Vgl. Brink, L. (2002); Ekwall, A.K. (2004); Gräßel, E. (1998a, 1998b); Hejda, M. (2002); Koppelin, F. (2008); EUROFAMCARE, Meyer, M. (2006).

735 Der Barmer GEK Pflegerreport 2012 (Rothgang, H. et al. 2012) betrachtet die Pflegekosten im Lebenslauf. Aufgeschlüsselt werden die Pflegekosten nach Leistungen der Pflegeversicherung und die notwendigen Eigenanteile. Auch werden die erheblichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern deutlich. Die Datenerhebung bezieht sich auf Pflegebedürftige der Zugangskohorte 2000 und hier auf die mindestens 60-jährigen Pflegebedürftigen, standardisiert nach Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung Deutschlands. Aufgeschlüsselt werden Kosten der Pflegeversicherung wie privat zu tragende Kosten für ambulante und stationäre Pflegeleistungen.

736 Reichert, M. (2000); Heimbach, A. (2003); Koppelin, F. (2008).

737 Reichert, M. (2000).

738 Kümmerling, A./Bäcker, G. (2012), S. 23 und 25; vgl. auch Meyer, M. (2006).

ere kaum möglich ist. Die oft finanzielle Abhängigkeit der pflegenden Angehörigen von beispielsweise einem Partner oder einer Partnerin, weiteren Angehörigen oder auch Institutionen kristallisiert sich in der Folge klar heraus.

Damit steht die Gruppe der weiblichen pflegenden Angehörigen vor einer doppelten Benachteiligung: Die häufig geringere Erwerbstätigkeit wirkt sich auf ihre aktuelle wirtschaftliche Situation aus und hat zudem Auswirkungen auf spätere Lebensphasen, weil Vermögenswerte kaum aufgebaut werden können, und eine niedrige Rente zwangsläufige Folge reduzierter, unterbrochener oder nach Beendigung der Pflege nicht wieder aufgenommenen Erwerbstätigkeit ist.⁷³⁹ Hier droht die Gefahr von Altersarmut (vgl. Kap. 7.2.3).

7.4.9.4.4 Pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen

Angaben zur Anzahl pflegender Angehöriger von Demenzkranken sind nicht bekannt. Diese Angehörigen sind – wie die LEANDER-Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger demenziell erkrankter Menschen zeigt – als eine eigene Gruppe mit spezifischem Belastungserleben anzusehen.⁷⁴⁰ Die Studie knüpft an Erkenntnisse der Stressforschung an, nach denen der Stellenwert der subjektiven Bewertung von Stressoren für das Belastungserleben ausschlaggebend ist. Im Falle einer Demenz werden deshalb nicht nur die kognitiven Veränderungen (wie aggressives Verhalten, starke Desorientierung) von den pflegenden Angehörigen als bedeutsam angesehen.⁷⁴¹ Als besonders schmerzhaft erleben Angehörige von Demenzpatienten den symbolischen „Verlust“ des nahe stehenden Menschen und den damit einhergehenden Verlust der ursprünglichen Beziehung. Ein wesentliches Verdienst der Studie ist es, verschiedene Belastungsausprägungen herauszuarbeiten, wie etwa subjektive Belastungen, Rollenkonflikte und Belastungsausprägungen – differenziert nach Geschlecht, Verwandtschaftsgrad, Bildungsniveau, Grad der Demenz und Pflegedauer.⁷⁴² So unterscheiden sich pflegende Männer und Frauen nicht in ihrer objektiven Belastung, aber in ihrer subjektiven Wahrnehmung dieser Belastung.⁷⁴³ Da die Übernahme von Pflegeaufgaben durch Frauen als selbstverständlich gilt, spiegelt das stärkere Belastungsgefühl der Frauen die gesellschaftliche Realität wider.⁷⁴⁴ Die Belastung ist bei pflegenden Ehepartnerinnen und Ehepartnern häufig erheblich größer als bei Töchtern/Schwiegertöchtern (Söhne pflegen eher selten und sind dann auch weniger belastet).

Auch gibt es abhängig vom Wohnort deutliche Unterschiede im Belastungsgefühl: Pflegende Angehörige in Großstädten fühlen sich deutlich weniger belastet als solche in Kleinstädten und Dörfern, was vermutlich auf die besseren Unterstützungsmöglichkeiten in Großstädten zurückzuführen ist.⁷⁴⁵

Belastungsunterschiede gibt es auch im Hinblick auf die Wohnsituation: Pflegende Angehörige, die mit der oder dem Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt leben, sind deutlich stärker belastet als Angehörige, die in einem getrennten Haushalt leben.⁷⁴⁶

⁷³⁹ Vgl. Landtag NRW (2004); Koppelin, F. (2008).

⁷⁴⁰ Vgl. Zank, C./Schacke, S. (2007), abrufbar unter www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf.

⁷⁴¹ Vgl. ebd., S. 36.

⁷⁴² Vgl. dazu auch Seidl, E./Labenbacher, S. (2007).

⁷⁴³ Vgl. Zank, C./Schacke, S., aaO., S. 141.

⁷⁴⁴ Vgl. ebd., S. 141 f.

⁷⁴⁵ Vgl. ebd., S. 142.

⁷⁴⁶ Vgl. Zank, C./Schacke, S., aaO.

Schließlich gibt es Hinweise, dass die mit der Pflege verbundenen Einschränkungen und Erschöpfungen ursächlich sind für eine erhöhte Depressivität und vermehrte körperliche Beschwerden.⁷⁴⁷

Das Modellvorhaben „Entlastungsprogramm bei Demenz“⁷⁴⁸ fokussierte die nachweisliche Entlastung von Familien, in denen an Demenz erkrankte Menschen leben.⁷⁴⁹

Leistungsrechtliche Ansatzpunkte für EDe I (Familien mit demenzerkrankten Menschen der Pflegestufen I-III) waren die noch nicht optimal eingesetzten und nachgefragten „Präventionsleistungen des SGB XI“. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Individualität der häuslichen Belastungssituationen. Daraus wird die Notwendigkeit abgeleitet, für jede einzelne Familie die individuell passenden Unterstützungsleistungen herauszufinden und zu organisieren.

Ein Maßnahmenbündel – bestehend aus einer zugehenden und proaktiven Strategie der Beratung mit dem Ausgangspunkt der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI und einer bedarfsorientierten und mitunter kontinuierlichen Begleitung der Familien – hat es ermöglicht, dass instabile und belastete Pflegesituationen in den Familien aufgedeckt und verbessert werden konnten.

In der Folge ergab sich eine Reduzierung des Belastungserlebens von Personen, die sich im häuslichen Kontext um Demenzerkrankte kümmern. Die erfolgreiche Umsetzung des Modellprojekts EDe I im Kreis Minden-Lübbecke ist u. a. auch auf die gute Zusammenarbeit von vorvernetzten und kooperationserprobten Akteuren vor Ort zurückgeführt worden.⁷⁵⁰

Im Rahmen der Fortführung des Modellvorhabens in EDe II (Familien mit demenzerkrankten Menschen der sogenannte Pflegestufe 0) wurden als wesentliche Bereiche die Unterstützung pflegender Angehöriger bei der Alltagsgestaltung sowie bei der Bewältigung von Ungewissheit und Zukunftssorgen angeboten – erneut wurde die zugehende Beratung von den Angehörigen als positiv bewertet.⁷⁵¹ Ein wichtiger Bestandteil der Beratung in EDe II bestand darin, die Familien darin zu unterstützen, Barrieren zu überwinden, die die Hilfeannahme erschwerten oder verhinderten. Zugleich war damit die Aufgabe verbunden, Grenzen der Familien zu erkennen und in einigen Fällen vorhandene Barrieren zu akzeptieren.⁷⁵² Das Modellvorhaben EDe II konnte auch auf ein bestehendes und umfassendes ambulantes Demenzsorgenetzwerk im Kreis Minden-Lübbecke zurückgreifen, in dem vielfältige Zugangswege genutzt werden konnten.

In dem Projekt „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“ (PUR-FAM) wurden Maßnahmen zur Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger von Demenzpatienten überprüft und ausgehend von der Erfassung problematischer Pflegesituationen im Kontext von Demenzerkrankung weiterentwickelt. Zur Beurteilung problematischer Pflegesituationen wurde ein Assessment entwickelt, mit dessen Hilfe der Grad der Belastung der pflegenden Angehörigen erfasst werden kann.⁷⁵³ Im weiteren Verlauf wurde ausgehend von diesen Erkenntnissen eine Schulung konzipiert und

747 Vgl. ebd., S. 144.

748 bestehend aus den Untersuchungen EDe I und EDe II – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip)

749 Vgl. Emme von der Ahe, H./Weidner, F./Laag, U./Isfort, M./Meyer, S. (2010).

750 Vgl. ebd., S. 267

751 Vgl. Emme von der Ahe, H., Weidner, F./Laag, U./Blome, S. (2012).

752 Vgl. ebd.

753 Vgl. Zank, C./Schacke, S. (2013)

durchgeführt, die pflegende Angehörige von Demenzpatienten in ihren Ressourcen stärken und zu einer Entlastung der häuslichen Pflegesituation beitragen sollte. Auch konnte in einer Reihe von Studien, die im Kontext von Demenzerkrankungen durchgeführt wurden, nachgewiesen werden, dass Angebote der Tagespflege bei Demenzpatienten positive Effekte auf die Patienten und ihre pflegenden Angehörigen haben.⁷⁵⁴

7.4.9.5 Bedürfnisse und Bedarfe

Die von pflegenden Angehörigen vorrangig formulierten Bedürfnisse sind „Gespräche“, ein „Gefühl der Anteilnahme“, dass „sich jemand Zeit für sie nimmt“, „mehr Entlastung durch Dritte, um wieder mehr Zeit für sich zu haben“, ⁷⁵⁵ sowie „gesellschaftliche und auch finanzielle Anerkennung“. Häufig wird auch das Bedürfnis nach „Hilfen aus einer Hand“ formuliert.⁷⁵⁶

Langer/Ewers⁷⁵⁷ haben die Bedürfnisse pflegender Angehöriger im Rahmen des Entlassungsmanagements im Krankenhaus untersucht und führen aus: Unübersichtlichkeit und unklare Zuständigkeiten im ambulanten Versorgungssektor (im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt) erschweren die Orientierung und lassen die Angehörigen ratlos und allein zurück. Pflegende Angehörige wünschen sich eindeutig identifizierbare Kontaktpersonen, Vermittlerinnen und Vermittler, die bei der Umsetzung der häuslichen Pflege und Versorgung weiterhelfen, sowie flankierende und gezielte Information und Beratung, die ihre persönlichen Belange berücksichtigen, ihre Selbstsorge- und Gesunderhaltungsstrategien fördern und Fragen der biografischen und emotionalen Herausforderungen miteinbeziehen.⁷⁵⁸ Des Weiteren wünschen sich pflegende Angehörige personelle Kontinuität, eine konkrete Ansprechperson und einrichtungsübergreifende Unterstützungsangebote. Auch der Austausch mit Menschen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden, – etwa im Rahmen von Selbsthilfe – wird als belastungsreduzierend und kräftemobilisierend erlebt.⁷⁵⁹ Angehörige brauchen Zeit für die Vergewisserung und Entscheidungsfindung hinsichtlich der Frage, wie Pflege organisiert werden kann sowie Zeit, um sich Unterstützung für die Pflegesituation zu sichern.

Zur Entwicklung eines individuell passgenauen und bedarfsorientierten Unterstützungssystems müssen die Bemühungen um eine differenzierte Erhebung der Bedürfnisse intensiviert werden – z. B. anhand von Fallstudien mit Personen aus unterschiedlichen Zielgruppen (z. B. Minderjährige, Hochaltrige, Frauen, Männer, Migranten und Migrantinnen, „Nicht-Verwandte“ etc.), in unterschiedlichen Hilfsbedürftigkeits- bzw. Pflegesituationen (z. B. Pflege auf Distanz, Rolle von Angehörigen im Krankenhaus bzw. Heim) sowie in unterschiedlichen Pflege-Settings (z. B. Netzwerken).

Aus den individuell geäußerten ermittelten Bedürfnissen können dann Bedarfslagen pflegender Angehöriger formuliert und daran anknüpfend Interventionsformen entwickelt werden.

In Bezug auf pflegende Angehörige lassen sich vielfältige ganz spezielle Bedarfe ausmachen, die von den Bedarfslagen der Pflegebedürftigen abweichen: Zu konstatieren

754 Vgl. Schacke, S./Zank, C. (2006); Meister, S./Zehle, H./Schacke, S./Zank, C. (2003).

755 Koppelin, F. (2008).

756 Shanley, C. et al. (2011).

757 Vgl. Langer, J./Ewers, M. (2013).

758 Vgl. ebd., S. 315.

759 Vgl. ebd.

ist etwa ein Bedarf an Anregungen zur Gestaltung der Pflegesituation im häuslichen Umfeld – unter Nutzung des Unterstützungsnetzwerkes vor Ort.

Ebenso dringend erscheinen Unterstützungs- und Entlastungsangebote, die sowohl eine Stabilisierung der Gesundheit als auch emotionale, soziale, berufliche und wirtschaftliche Aspekte betreffen.

7.4.9.5.1 Präventiver Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung

Dräger et al.⁷⁶⁰ wiesen bei 80 % der älteren pflegenden Angehörigen⁷⁶¹ einen hohen Bedarf an Gesundheitsförderung nach. Es existiert ein hoher Bedarf an physischen und emotionalen Entlastungsangeboten. Auch Langer/Ewers⁷⁶² stellen die Bedeutung von Selbstsorge- und Gesunderhaltungsstrategien für pflegende Angehörige heraus. Unbestritten ist, dass das Krankheitsrisiko für pflegende Angehörige häufig unterschätzt wird.⁷⁶³

Um bedarfsgerechte Angebote zur Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige zu gestalten, wurde ein Assessment zur Primärprävention in vernetzten Strukturen entwickelt und implementiert.⁷⁶⁴

Mit dem Assessment ARR⁷⁶⁵ steht ein Instrument zur Erfassung von Ressourcen und Risiken pflegender Angehöriger zur Verfügung, das in der Pflegeberatung von Krankenkassen und Pflegestützpunkten eingesetzt werden kann.⁷⁶⁶

7.4.9.5.2 Information, Bildung und Beratung

Belastungen für pflegende Angehörige können auch durch pflegerelevante Informationen z. B. durch Printmedien, elektronische Medien sowie durch persönliche zugehende Beratung und/oder Begleitung gemindert werden.⁷⁶⁷

Positive Effekte wurden bei zugehender Begleitung durch freiwillige, unentgeltlich tätige Pflegebegleiterinnen und -begleiter nachgewiesen⁷⁶⁸, z. B. im Hinblick auf eine erlebte Stabilisierung des gesundheitlichen Zustands, eine Entspannung der häuslichen Pflegesituation und eine vermehrte Nutzung professioneller Hilfe.

Qualifizierte bürgerschaftlich Engagierte in der psychosozialen Begleitung von Angehörigen sind nicht als Konkurrenz zu den Profis anzusehen, die die Pflegebedürftigen pflegen. Ihr Engagement ist vielmehr eine zusätzliche stabilisierende Säule zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung, es kann die Brücke zu einer besseren Akzeptanz des professionellen Pflegesystems schlagen.

⁷⁶⁰ Vgl. Dräger, D. et al. (2012).

⁷⁶¹ Es handelte sich um teilnehmende pflegende Angehörige des Projektes „Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige“.

⁷⁶² Vgl. Langer, J./Ewers, M. (2013).

⁷⁶³ Vgl. Mischke, C. (2013), S. 164; Schneekloth, U./Wahl, H.W. (2005). Sie setzen sich oft bis zur Grenze ihrer Belastbarkeit ein und nicht selten darüber hinaus. Sie brauchen praktische Anleitung, wie bei der Pflege eigene Kräfte geschont werden können. Hier leistet die Unfallkasse NRW mit ihren Angeboten für pflegende Angehörige Wertvolles. Präventiver Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sind der richtige Weg, um zu verhindern, dass pflegende Angehörige selbst zum Pflegefall werden. Konstatiert wird ebenso ein Bedarf an kontinuierlicher emotionaler Unterstützung (vgl. Bubolz-Lutz, E., 2006, S. 59ff.).

⁷⁶⁴ Vgl. Budnik, A., et al. (2012).

⁷⁶⁵ Das ARR ist ein deutsches Assessmentinstrument zur Erfassung physischer und psychischer Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (vgl. ebd.).

⁷⁶⁶ Vor dem Einsatz des ARR sind die lokalen Angebotsstrukturen zu analysieren, um festzustellen, welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen bereits vorhanden sind. Empfehlenswert wäre, wenn Angebote zur Gesundheitsförderung bereitgestellt würden, bei denen die Teilnahme über einen längeren Zeitraum flexibel gestaltbar ist.

⁷⁶⁷ Vgl. Schneider, N.F. et al. (2006), S. 13.

⁷⁶⁸ Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C. (2011), S. 150ff.

In einer ganzheitlichen Beratung sind die Langzeitfolgen einer Pflegesituation zu thematisieren, insbesondere finanzielle Einbußen als Folge einer Reduzierung der Erwerbstätigkeit und die damit zusammenhängenden langfristigen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation. Eine Weiterentwicklung von Beratungskonzepten steht an, die über die Vorhaltung von Informationsangeboten hinaus auf Problemlösung und emotionale Klärung setzen und den persönlichen Belangen der pflegenden Angehörigen Raum geben.⁷⁶⁹ Ziel von Beratung ist auch die Entwicklung von präventiven Strategien, um einer möglichen Überforderung oder einem Scheitern der häuslichen Pflege vorzubeugen.

Durch gesetzliche Vorgaben und entsprechende Finanzierungsoptionen haben Angebote zur Information und Beratung pflegender Angehöriger erheblich zugenommen, z. B. Pflegekurse, bedürfnisorientierte häusliche Einzelschulungen.⁷⁷⁰

Auch entwickeln sich immer mehr Gesprächskreise für pflegende Angehörige – zunehmend auch im Kontext von Selbsthilfe. Diese erreichen allerdings nur diejenigen privat Pflegenden, denen es möglich ist, ihren Pflegealltag so zu organisieren, so dass sie Veranstaltungen außer Haus wahrnehmen können.

7.4.9.5.3 Unterstützung und Entlastung

Pflegende Angehörige brauchen unterschiedliche Unterstützungsangebote, die ineinander greifen. Während der überwiegende Teil der pflegenden Angehörigen im Rahmen der LEANDER-Studie auf private und professionelle Unterstützung bei der Pflege zurückgreifen kann⁷⁷¹, zeigt das Modellprogramm „Familiale Pflege“, dass zwar die Mehrheit der teilnehmenden pflegenden Angehörigen Hilfe aus der Familie oder familienähnlichen Netzwerken erhält, die Netzwerke sich aber erheblich unterscheiden.⁷⁷² Pflegende Schwiegertöchter verfügen über ein sehr gut ausgeprägtes Netzwerk, gefolgt von pflegenden Söhnen und Töchtern.

Pflegende Ehefrauen und Ehemänner können zu einem deutlich geringeren Teil auf ein Pflegenetzwerk zurückgreifen.

Es wird deutlich, dass 52,8 % der pflegenden Angehörigen, die an Pfelegetrainings teilnehmen, und 45,0 % der pflegenden Angehörigen, die an Pflegekursen teilnehmen, professionelle Unterstützung in die Pflege einbeziehen.⁷⁷³

Allerdings gibt die Untersuchung keinen Aufschluss darüber, ob bzw. inwieweit Unterstützungs- und Entlastungsangebote im Anschluss an die Teilnahme an einem Pflegekurs oder einem Pfelegetraining vermehrt nachgefragt werden.

Ein spezieller Bedarf nach Tagespflegeeinrichtungen besteht vor allem bei pflegenden Angehörigen von an Demenz erkrankten Menschen. Im Rahmen von Interventionsstudien wurde gezeigt, dass eine gerontopsychiatrische Tagespflege eine wirksame Entlastung in einigen Belastungsdimensionen bewirkt.

Auch besteht Bedarf nach einer spontanen und zugleich kontinuierlichen Unterstützung, die durch die vorhandenen formellen Unterstützungsangebote (häusliche Pflegedienste) nicht gedeckt werden kann. Hier sind derzeit Modelle zum „Pflege-Mix“ in der fachlichen

769 Vgl. Langer, J./Ewers, M. (2013), S. 316.

770 Vgl. Tolsdorf, M./Abt-Zegelin, A. (2013).

771 Vgl. Zank, C./Schacke, S. (2007), S. 113.

772 Vgl. Gröning, K. (2012).

773 Vgl. ebd., S. 89.

Diskussion.⁷⁷⁴ Dabei wird informelle Hilfe – etwa durch Nachbarschaft, ehrenamtlich Helfende und Besuchsdienste – mit Dienstleistungen kombiniert. Individuell passende Pflegearrangements benötigen einerseits Stabilität, müssen aber andererseits flexibel genug sein, damit sie den sich im Verlauf der Pflege oftmals wandelnden Bedarfen gerecht werden können.

Modelle zum Pflege-Mix werden derzeit im Rahmen von Vorhaben der Quartiersentwicklung konzipiert und erprobt.⁷⁷⁵ Einbezogen werden aber auch stationäre Einrichtungen, wie z. B. Pflegeheime, die sich im Rahmen eines sozialraumorientierten Versorgungsansatzes für Initiativen im Quartier öffnen.⁷⁷⁶

7.4.9.6 Leistungen und Angebote

Eine umfassende Darstellung zu den Rechten, Leistungen und Angeboten für pflegende Angehörige nach SGB XI bzw., die aus dem Gesetz für sie abgeleitet werden können, gibt es nicht, ebenso wenig kurze, zusammengefasste Überblicke für eine schnelle Information.⁷⁷⁷

Eine Zusammenstellung der Leistungen der Pflegeversicherung im Pflegefall wie auch zu Empfehlungen von Rehabilitationsmaßnahmen und Heilmitteln bietet der Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“.⁷⁷⁸

Daneben bieten Kranken- und Pflegekassen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen über das Internet die Möglichkeit, individuell passende Pflegearrangements zusammenzustellen.⁷⁷⁹ Die private Pflegeversicherung bietet eine kostenfreie telefonische und zugehende Beratung (Compass-Pflegeberatung). Diese Möglichkeiten gehen jedoch von der Pflegesituation und ihrer Organisation aus: Pflegende Angehörige, ihre Rechte, Leistungsansprüche und Angebote stehen nicht im Mittelpunkt.

In NRW sind die Leistungen und Angebote für pflegende Angehörige bislang weder thematisiert noch umfassend aufgearbeitet worden. Betrachtet man die Strukturen im Kontext von Pflege und Beratung bzw. die Anlauf- und Ansprechmöglichkeiten für pflegende Angehörige, so wird deutlich, wie wenig es bislang gelingt, den Blick auf die spezifischen, komplexen Problemlagen pflegender Angehöriger als eigenständige Personen zu richten und sie bedarfsgerecht ganzheitlich zu unterstützen. Die Arbeit der Seniorenberatungsstellen in NRW – als Teil der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit – bezieht sich auf alle Themen, die für die Lebensgestaltung im Alter relevant sind. Die Zielgruppe pflegende Angehörige wird wahrgenommen, doch besteht der primäre

774 Vgl. dazu Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C. (2006); Klie, T. (2010).

775 Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2013).

776 Vgl. Michell-Auli, P. (2013, 2001).

777 Angebote zur Unterstützung und Entlastung reichen von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, über Kurzzeitpflegeangebote, Betreuungsgruppen, (psychosoziale) Begleitkonzepte, Freiwilligendienste, Helfer und Helferinnen für Demenzkranke, niederschwellige Betreuungsdienste, Pflegeberatung, Gesprächsgruppen, (Demenz-) Schulungen, Urlaubs- und Verhinderungspflege und Begleitdienste (vgl. Bonillo, M. et al. 2013, Abb. 8.2). Neben der Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftlichen Leistungen haben mittlerweile viele Pflegedienste ihr Angebot für Pflegebedürftige und deren pflegende Angehörige ausgeweitet.

778 Für die häusliche Pflege stehen Pflegegeld, Sachleistungen, eine Kombination von beidem und teilstationäre Leistungen zur Auswahl. Teilstationäre Leistungen können auch mit Pflegegeld und Sachleistungen kombiniert werden. Dabei haben die Pflegebedürftigen zusätzlich zu den teilstationären Leistungen noch einen Anspruch auf 50 % der jeweiligen ambulanten Sachleistungen oder des Pflegegeldes. Wird der Anspruch auf Sachleistungen bzw. Pflegegeld voll ausgeschöpft, so besteht daneben noch ein Anspruch auf die Hälfte der teilstationären Leistungen. Zudem gibt es eine Reihe weiterer Leistungen bei Verhinderung der privaten Pflegeperson (Vgl. BMG 2011, S. 34); ausführlich auch EUROFAMCARE-Studie; Meyer, M. (2006)

779 Vgl. z. B. BKK-Pflegefinder, AOK-Gesundheitsnavigator, vdek-Pflegelotse.

Auftrag nicht darin, ihre Bedürfnisse in den Blick zu nehmen oder Angebote für sie zu machen.

Auch die Pflegeberatungsstrukturen in NRW sind in der Hauptsache auf die Pflegebedürftigen und deren jeweilige Pflegesituation ausgerichtet, so auch die 94 Pflegestützpunkte bzw. Pflegeberatungsstellen oder die Landesinitiative Demenz-Service NRW mit ihren 13 Demenz-Service-Zentren,⁷⁸⁰ die z. B. Beratung und Hilfe bei allen Fragen zur Pflege anbieten und Auskünfte zur Pflegeversicherung, Pflegeleistungen und Dienstleistungen geben.

Auch andere Organisationen befassen sich mit dem Thema Pflege und haben Informationsmaterialien und Ratgeber speziell für pflegende Angehörige erstellt.⁷⁸¹

Die Pflegestatistik für das Jahr 2011⁷⁸² weist aus, dass von 1,76 Millionen zu Hause versorgten Pflegebedürftigen 1,18 Millionen ausschließlich Pflegegeld erhielten. Ob diese gut zwei Drittel der pflegenden Angehörigen darüber hinaus andere Leistungen und Angebote zur Unterstützung in Anspruch genommen haben, ist unklar. Studien verweisen jedoch darauf, dass nur eine Minderheit der pflegenden Angehörigen Leistungen und Angebote nutzt. Die Zahlen variieren je nach Studie in geringem Umfang, bleiben jedoch seit Jahren auf einem niedrigen Niveau.⁷⁸³

Eine umfassende Erhebung zur Akzeptanz und Nutzung von Leistungen und Angeboten steht bis heute aus. Die Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ decken ein erhebliches Informationsdefizit auf (BMG 2011, S. 58).⁷⁸⁴ Eine Pflegeberatung im Sinne der gesetzlichen Neuregelung (§ 7 a SGB XI) wurde lediglich von 10 % der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen.⁷⁸⁵

Hier besteht erheblicher Entwicklungsbedarf. Die Nutzung der Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger wird durch etliche Bedingungen – u. a. durch fehlendes Wissen über den Anspruch, mangelnde Transparenz, eine fehlende Bündelung der Informationen zur Verfügbarkeit von Angeboten, bürokratische Prozeduren und komplexe Verfahren – erschwert.⁷⁸⁶

Dem Versorgungssystem gelingt es bislang kaum, den Bedarfen und Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen zu entsprechen.⁷⁸⁷ Es genügt nicht, die Angebotspalette zu erweitern. Die Hindernisse zur Inanspruchnahme von Hilfe durch die pflegenden Angehörigen sind in den Blick zu nehmen.⁷⁸⁸

Die Entwicklung von Forschungsarbeiten und Umsetzungsstrategien, die gleichermaßen die Anbieterinnen- und Anbieter- sowie die Nutzerinnen- und Nutzerseite berücksichtigen, steht bisher aus.

780 www.demenz-service-nrw.de/startseite.html.

781 Vgl. z. B. Unfallkasse Berlin (2013): Zuhause pflegen – Bleiben Sie gesund! Infobrief der Unfallkasse und der DSH – Aktion das sichere Haus. Winter 2013/2014; Arbeitsgemeinschaft der Gleichstellungsbeauftragten in Ostwestfalen-Lippe (2012): Zukunftsthema Pflege. Gefördert durch das MFKJKS; BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V.) (2013): Entlastung für die Seele – Ein Ratgeber für pflegende Angehörige. 5. Auflage. Publikation Nr. 31.

782 Vgl. Statistisches Bundesamt (2013).

783 Vgl. Schneider, N.F. et al. (2006); aus den Ergebnissen der MuG III Erhebung geht hervor, dass 16 % der pflegenden Angehörigen regelmäßig Beratungsangebote nutzten und knapp die Hälfte aller pflegenden Angehörigen (47 %) nicht an Beratungsangeboten teilnahmen (Schneekloth, U./Wahl, H.W. 2005).

784 Vgl. BMG (2011), S. 58.

785 Vgl. ebd., S. 67.

786 Vgl. BMG (2011), S. 29 u. 58; Kofahl, C. et al. (2005), S. 6.

787 Vgl. Langer, J./Ewers, M. (2013), S. 318; vgl. auch Mischke, C. (2012), S. 171.

788 Vgl. Mischke, C. (2012), S. 171; Bubolz-Lutz, E. (2013).

7.4.9.7 Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

In einer repräsentativen Befragung mittelständischer Unternehmen des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) in Zusammenarbeit mit dem Forsa Institut in 2011 und 2012 zeigte sich, „dass sich die meisten Unternehmen zwar zwischenzeitlich auf eine steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen und sich wandelnde Geschlechterrollen eingestellt haben, für die Situation pflegender Angestellter müssen sie hingegen noch weiter sensibilisiert werden“.⁷⁸⁹ In der Zusammenschau heißt es: „Jedes zweite Unternehmen hat die steigende Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege noch nicht erkannt.“⁷⁹⁰

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Pflege und Erwerbstätigkeit argumentiert Czaplicki, dass die Entscheidung für die Übernahme einer Pflege Tätigkeit vor dem Hintergrund der bisherigen lebensbiografischen Entwicklung erfolgt.⁷⁹¹ Sozialpolitische oder betriebliche Unterstützungsmaßnahmen sind demnach ergänzende Entscheidungsfaktoren.⁷⁹² Einerseits belasten Pflegeaufgaben Erwerbstätige zusätzlich – die Arbeitstätigkeit eines Mitarbeiters und einer Mitarbeiterin verändert sich durch eine private Pflegeverantwortung mehr oder weniger stark.⁷⁹³ Andererseits erleben pflegende Angehörige ihre Berufstätigkeit als (psychisch) entlastend.⁷⁹⁴ Das berufliche Setting lenkt von Sorgen ab, die finanzielle Situation wird weniger belastend erlebt, es können soziale Kontakte außerhalb der Pflegesituation gehalten und eigene Ziele verfolgt werden.

Es existieren wenige, teils auf der Basis von Schätzungen beruhende Informationen darüber, wie hoch der Anteil derjenigen ist, die Pflege von Angehörigen und Erwerbstätigkeit vereinbaren müssen. Da Männer als Hauptpflegepersonen in der Familie eine untergeordnete Rolle spielen, trifft die Vereinbarkeitsproblematik von Berufarbeit, Familienarbeit und Pflege überwiegend Frauen. Die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen sowie der zukünftige Mangel an potenziellen pflegenden Angehörigen (demografischer Wandel) kann dazu führen, dass ältere Menschen im Pflegefall nicht mehr zwangsläufig damit rechnen können, von ihren (Schwieger-)Töchtern versorgt zu werden.⁷⁹⁵

Neuere Zahlen einer repräsentativen Beschäftigtenbefragung durch das Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (FFP) Münster weisen aus, dass 46,5 % der Berufstätigen in NRW derzeit Familienpflichten wahrnehmen. Davon widmen sich 80 % der Erziehung von Kindern, 13,4 % der Pflege von Angehörigen und 6,6 % sind mit der Kindererziehung und mit der Angehörigenpflege befasst.⁷⁹⁶

Befragungen in Unternehmen lassen vermuten, dass davon ausgegangen werden kann, dass je nach Durchschnittsalter der Beschäftigten in einem Unternehmen mindestens jede bzw. jeder Zehnte von dem Thema Pflege betroffen ist und weitere min-

789 Vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Ermöglichen, Entlasten, Erhalten. Berlin, S. 15.

790 Ebd.

791 Vgl. Czaplicki, C. (2012): Pflege und Erwerbstätigkeit – Eine lebensverlaufstheoretische Perspektive. In: Sozialer Fortschritt 7/2012, S. 161.

792 Vgl. auch Sackmann, S. (2007) Assessment, Evaluation, Improvement: Success through Corporate Culture; Gütersloh

793 Einschränkungen im Berufsleben entstehen u. a. durch Unterbrechung von Arbeitsabläufen, Zeitdruck, Stress und verminderte Karrierechancen, geringere Weiterbildungsmöglichkeiten (vgl. Reichert, M. 1997, S. 40ff u. 2003, S. 212ff; Schneider, N.F. et al. 2006, S. 34; wfc 2011).

794 Vgl. Reichert, M. (1997), S.45f; Schneider, N.F. et al. (2006).

795 Kümmerling, A./Bäcker, G. (2012), S. 23 u. 25.

796 Gerlach, I. et al. (2011), S. 6.

destens 10 % sich mit der Frage beschäftigen, weil sie zukünftig eine Pflegesituation erwarten. Eine bessere Vereinbarkeit ist nicht nur Wunsch der Angehörigen, sondern gesamtgesellschaftliche Verantwortung und politisches Ziel. Bisherige bundesgesetzliche Regelungen sind allerdings unzureichend und gehen an der Lebenswirklichkeit der Angehörigen vorbei. Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) haben Angehörige das Recht, sich vorübergehend (ohne Lohnfortzahlung) zehn Tage von der Arbeit freistellen zu lassen und/oder die (halbjährige) Pflegezeit (ebenfalls ohne Lohnfortzahlung) in Anspruch zu nehmen. Dies wird kaum genutzt – vielmehr wird eine individuell vereinbarte Pflegezeit bevorzugt.⁷⁹⁷ Auch das im Jahr 2012 eingeführte Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) ohne Rechtsanspruch wird von Angehörigen bisher nur sehr selten angenommen (ZQP 2013, S. 7; BMG 2011). Hier ist dringender Reformbedarf gegeben. Das (Bundes-)Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014 ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Darin werden die Instrumente für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf weiterentwickelt und unter einem Dach festgeschrieben. Beschäftigte, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen Pflegesituation benötigen, können wegen einer sogenannten kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben. Neu ist, dass dies mit einem Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld, vergleichbar dem Kinderkrankengeld, verbunden wird – einer Lohnersatzleistung, die den Verdienstaufschlag in dieser Zeit zu einem Großteil auffängt. Ebenfalls neu im Gesetzentwurf ist die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Familienpflegezeit. Beschäftigte sind künftig für die Dauer von bis zu 24 Monaten bei einer verbleibenden Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen.

7.4.9.8 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Die Datenlage zu (älteren) Pflegenden Angehörigen in NRW ist in nahezu allen Bereichen unzureichend.

Zur Behebung dieses Defizits sind zunächst die vorhandenen Erkenntnisse zu bündeln und aufzubereiten. Dieses wird im Rahmen der „NRW-spezifischen Übersicht zur Gesamtsituation pflegender Angehöriger“ erfolgen. Diese NRW-spezifische Übersicht zur Gesamtsituation pflegender Angehöriger (erste Teil-Erkenntnisse sind in diesen Text eingeflossen) soll als Planungsgrundlage dienen für eine Gesamtstrategie des MGEPA zur Unterstützung Angehöriger. Sie soll die Bereiche Information, Bildung, Beratung, Prävention, Rehabilitation, Absicherung, Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Unterstützung, Entlastung, Bürgerengagement, Selbsthilfe und Lobby umfassen.

Der Prozess der Erarbeitung der Gesamtstrategie ist partizipativ angelegt und findet im intensiven Austausch statt mit Expertinnen und Experten für pflegende Angehörige in NRW, z. B. werden regionale Erfahrungsaustausche in allen Regierungsbezirken durchgeführt.

Ziel ist der Aufbau bzw. Ausbau von regelhaften, landesweiten und quartiersnahen integrierten Unterstützungs- und Entlastungs-Strukturen für Angehörige. Maßstab ist, dass aus der Perspektive der Angehörigen Hilfe immer genau dann, dort und in der Art zur Verfügung steht, wie sie gebraucht wird. Um Bausteine der Gesamtstrategie modellhaft erproben zu können, sind 2013 auch erstmals mehrere Förder-Projekte für Angehörige

⁷⁹⁷ Vgl. BMG (2011), S. 31.

auf den Weg gebracht worden, die u. a. Wissen generieren sollen z. B. für eine nachhaltige Ausbreitung in der Fläche.

Auf der Grundlage dieser Gesamtanalyse sollen die aufgedeckten Forschungsdesiderate systematisch abgebaut werden. Hier werden weitere neue grundlegende quantitative und qualitative Studien nötig sein. So sind repräsentative Erhebungen mit belastbaren Daten genderspezifisch aufgeschlüsselt zu erheben. Es geht u. a. um die Generierung von Daten zum Alter, dem Grad des Hilfe- und Pflegebedarfs, der Anzahl der pflegenden Angehörigen, dem zeitlichem Ausmaß, dem Aufwand der Pfllegetätigkeit, der sozialen Belastung, der Veränderung der sozialen Beziehungen, dem Selbstverständnis der pflegenden Angehörigen. Dabei ist eine fundierte, differenzierte Betrachtung der verschiedenen Gruppen pflegender Angehörige vorzunehmen – z. B. Frauen, Männer, Minderjährige, Erwerbstätige, Hochschultrige, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen mit Zuwanderungsgeschichte geht es darum, den Wissensstand, auch zu Teilgruppen, zu erhöhen, belastbare epidemiologische Daten zu erheben und die Bedürfnisse wie die Bedarfe zu erkennen. Auch geht es um die Entwicklung passgenauer Ansätze und Angebote, die den kulturellen Hintergrund der pflegenden Angehörigen beachten.

Es ist zu prüfen, ob und inwiefern vorliegende Ergebnisse zu einzelnen Gruppen pflegender Angehöriger – so z. B. zu pflegenden Angehörigen von Demenzkranken – für andere Gruppen generalisierbar sind.

Und es sollten erstmals regionale Aspekte beachtet werden. Für NRW fehlt eine fundierte Analyse, die die Situation in den Kommunen und Quartieren beleuchtet und Ballungsräume im Vergleich zu ländlichen Räumen betrachtet. Dabei gilt es, einen Überblick über die vorhandenen Angebote zu erstellen, Transparenz für die pflegenden Angehörigen zu schaffen, Informationen bereitzustellen und zugänglich zu machen.

Es fehlen flächendeckende Versorgungsstrukturen in Stadt und Land. Insbesondere müssen die nur fragmentarisch vorhandenen Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger in ländlichen Regionen, z. B. durch spezielle Verbreitungsstrategien, ausgebaut werden.

Pflege ist als gesamtgesellschaftliches Anliegen⁷⁹⁸ stärker als bisher in die öffentliche Diskussion zu integrieren. Hierzu sind partizipativ angelegte Diskussionsprozesse aller Akteurinnen und Akteure – Anbieterinnen und Anbieter, Nutzerinnen und Nutzer, Unternehmen usw. – im Kontext von Pflege zu fördern. Dazu gehört auch, familiäre und nachbarschaftliche Pflegeleistungen öffentlich aufzuwerten und zu würdigen.

Pflege im häuslichen Bereich durch Familienangehörige, Freunde, Nachbarschaft etc. stellt eine hochkomplexe Aufgabe dar. Angebote und Leistungen für den Bereich der häuslichen Pflege müssen stärker als bisher die ganzheitlichen Belange pflegender Angehöriger – Männer wie Frauen – in den Blick nehmen. Die Lasten der Pflegeaufgaben sind im Sinne einer Familiengerechtigkeit auf mehrere Schultern zu verteilen. Im Sinne der Geschlechtergerechtigkeit sind genderspezifische Rollenerwartungen kritisch zu hinterfragen und Modelle einer geschlechtergerechten Aufgabenverteilung im Kontext von familialer und nachbarschaftlicher Sorgearbeit zu entwickeln. Für pflegende Angehörige sind verlässliche und flexible integrierte Unterstützungsstrukturen vor Ort im Zusammenwirken von professionellen Kräften und freiwillig Engagierten besonders

798 Vgl. Kap.1, § 8 Abs. 1 des SGB XI.

wichtig. Der landesweite Auf- und Ausbau dieser Strukturen ist Ziel einer Gesamtstrategie für pflegende Angehörige in NRW.

Der derzeitige Diskurs um die Pflege zuhause muss in die Entwicklung von Versorgungsverbänden einfließen, in denen sowohl ambulante als auch stationäre Angebote vorgehalten werden. Intendiert ist eine Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus, in der Übergänge nicht zu Hürden werden. Ziel muss die Entwicklung eines integrierten und zugleich fachspezifisch ausgerichteten Versorgungsnetzwerkes sein, in das auch pflegende Angehörige eingebunden sind.⁷⁹⁹

Die rechtlichen Grundlagen für die Gestaltung der Pflege in NRW wurden im Rahmen des „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW)“ geregelt.⁸⁰⁰

Wesentliche Änderungen in Bezug auf pflegende Angehörige bestehen insbesondere darin, zum einen auch „Nicht-Verwandte“ als pflegende Angehörige anzuerkennen, und auch Angehörige, die Hilfe und Unterstützung im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI leisten⁸⁰¹ und zum anderen für bedarfsgerechte Unterstützung vor Ort zu sorgen: „Die Kreise und kreisfreien Städte sind für ein bedarfsgerechtes Angebot an Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige verantwortlich. Hierbei sind mindestens solche Angebote vorzuhalten, ohne deren Inanspruchnahme den pflegenden Angehörigen die Fortsetzung ihrer pflegenden Tätigkeiten nicht möglich wäre. § 4 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“⁸⁰²

7.4.10 Ausbildung, Weiterbildung und Fachkräftesicherung in der Pflege für ältere Menschen

Das Kapitel umfasst eine Darstellung der Fach- und Hilfskräfte in den Pflegeberufen und geht auf deren Entwicklung in den vergangenen Jahren ein.

7.4.10.1 Quantitative und qualitative Herausforderungen für die Beschäftigung in der Pflege

Die Zunahme von Pflegebedürftigkeit stellt die Pflegepolitik in NRW aktuell und künftig vor erhebliche Herausforderungen. Infolge der demografischen Veränderungen nimmt zum Beispiel die Zahl der demenzkranken Menschen kontinuierlich zu.

Nordrhein-Westfalen als bevölkerungsreichstes Bundesland hat mit geschätzten mehr

799 Vgl. van den Heuvel, Veer/Greuel 2014, S. 14.

800 Landtag Nordrhein-Westfalen (2013).

801 Vgl. Kap. 7.4.9.1.

802 Ebd.; vgl. §17 (1) APG NRW (Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW), vom 2. Oktober 2014 (Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Oktober 2014 (GV. NRW. S. 625))

als 314.000 Betroffenen die absolut höchste Zahl der demenzkranken Personen.⁸⁰³

Auch die Zunahme multimorbider älterer Personen, die kürzere Verweildauer in den Krankenhäusern und die Veränderungen in der Altersstruktur⁸⁰⁴ der stationären Einrichtungen erfordern bereits heute vielfältige Anforderungen an die Kompetenzen und die Qualifikationen der Pflegeberufe.

Zu diesen Entwicklungen kommen neue Konzepte bei den Versorgungsstrukturen hinzu. Neben den schon länger bestehenden Versorgungsformen für schwer- und schwerstkranken alte Menschen treten neue Angebote wie Palliative-Care-Konzepte, integrierte Wohn- und Versorgungskonzepte, Hausgemeinschaften mit Tagespflege oder Gemeinschaftswohnprojekte bzw. quartierbezogene Wohnformen hinzu.

Die Gruppe der älteren Frauen und Männer mit Pflegebedarfen wird also nicht nur zahlenmäßig stärker, sondern auch die Pflege- und Unterstützungsbedarfe werden zunehmend heterogen und komplex.

Die wachsende Bedarfslage in der Bevölkerung führt in der Folge zu einem kontinuierlich wachsenden Bedarf an professionell Pflegenden. Den Angaben der Pflegestatistik NRW 2013⁸⁰⁵ zufolge steigt die Zahl der Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, kontinuierlich an. Zwischen 2009 und 2011 ist eine Zunahme um 38.688 pflegebedürftiger Frauen und Männern im Sinne des SGB XI zu verzeichnen.

Damit liegt die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in 2011 bei 547.833 Personen.⁸⁰⁶

Differenziert nach Geschlecht zeigt sich, dass die Anzahl der Frauen mit 359.872 nahezu doppelt so hoch ist, wie die der Männer mit 187.961.⁸⁰⁷ Dies stellt eine Herausforderung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung dar. Wesentlich ist zu berücksichtigen, dass weiterhin der größte Pflege- und Betreuungsanteil allein durch Familienangehörige und hier überproportional durch Frauen wie (Ehe-)Partnerinnen und (Schwieger-)Töchter ohne professionelle Unterstützung erbracht wird. Hier steigt der Anteil von 46 % in 2009 auf 49 % in 2011.

Die Anteile ambulant und stationär versorgter pflegebedürftiger Menschen blieb im Zeitraum 2009 bis 2011 dagegen relativ konstant (ambulant 2009 ca. 118.500 – 2011 ca. 122.200; stationär 2009 ca. 154.600 – stationär 2011 ca. 158.800). Hieraus kann geschlossen werden, dass auch Begleitungs- und Beratungsaufgaben für Pflegefachkräfte gegenüber den Familien zunehmen, um die familiären Versorgungssysteme möglichst lange zu stützen. Neben dem erhöhten Pflegebedarf in der Bevölkerung tragen Über-

803 In Deutschland leben bereits im Jahr 2010 mehr als 1,4 Millionen Menschen mit Demenz. Zwischen den Bundesländern gibt es aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung jenseits des 65. Lebensjahres zum Teil deutliche Unterschiede; vgl. Bickel, H. (2010): Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (HG.), Berlin., S.2. Der Barmer GEK Pflegereport geht noch von 1,2 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland aus. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 1,5 %. Für das Jahr 2030 prognostizieren die Wissenschaftler einen deutlichen Anstieg auf 1,8 Millionen und für 2060 auf 2,5 Millionen. Der Anteil der demenzkranken Menschen an der Gesamtbevölkerung erhöht sich damit innerhalb von 50 Jahren um das Zweieinhalbfache von heute 1,5 auf dann 3,8 %, vgl. Rothgang, H./Iwansky, St./Müller, R./Sauer S./Unger R.; BARMER GEK Pflegereport 2010; Schwerpunktthema: Demenz und Pflege Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5.

804 Das Durchschnittsalter von pflegebedürftigen Menschen in NRW, die in einem Heim leben, gegenüber denen, die von ambulanten Diensten versorgt werden, ist erheblich höher. Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014, Tabellen über Pflegebedürftige in NRW nach Alter und Versorgungsart.

805 Vgl. IT.NRW (2013).

806 Vgl. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2013 (Hrsg. MGEPA NRW) 2014. Düsseldorf, (LbG NRW) (2013), S. 69.

807 Vgl. Statistisches Bundesamt, (2013), Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden.

Internetquelle: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige5224002119004.pdf?__blob=publicationFile

alterung des vorhandenen und ebenfalls überwiegend weiblichen Pflegepersonals und eine abnehmende Erwerbsbevölkerung zum Fachkräftemangel bei. Dem stehen sinkende Schulabgängerinnen- und Schulabgängerzahlen und damit ein geringeres Potenzial an jungen Nachwuchskräften gegenüber.⁸⁰⁸

Es sollten demnach verschiedene Einflussmöglichkeiten auf die Erhöhung des Fachkräfteanteils in den Pflegeberufen wahrgenommen werden. Die Landesregierung NRW hat in diesem Bereich bereits wichtige Weichenstellungen vorgenommen.

Für NRW prognostiziert die PWC-Studie beispielhaft bezogen auf das Jahr 2020 eine Zahl von 19.200 fehlenden ausgebildeten Pflegefachkräften (Vollzeitstellen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege) – für das Jahr 2030 wird bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen sogar von 38.600 fehlenden Fachkräften ausgegangen.⁸⁰⁹

Auch wenn die Berechnungszeiträume und Datengrundlagen dieser Studien in Teilen variieren, weisen alle dieselbe Tendenz aus: Die Projektionen zu zukünftigen Bedarfen an Fachkräften in der Pflege zeigen übereinstimmend, dass der Bedarf an professionell Pflegenden unter der Annahme gleicher Rahmenbedingungen weiter steigen wird.⁸¹⁰

7.4.10.2 Fachkräfteentwicklung in den Pflegeberufen

Die ansteigende Bedarfslage der Bevölkerung führt in Nordrhein-Westfalen zu einem kontinuierlich wachsenden Bedarf an Pflegefachkräften. Insgesamt arbeiteten 2011 in NRW in 2.309 ambulanten Pflegediensten 59.657 Beschäftigte, und in 2.325 Pflegeheimen waren 154.859 Pflegefachkräfte beschäftigt.⁸¹¹ Die Anzahl der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bzw. -dienste steigt über die Jahre kontinuierlich an, damit verbunden steigt auch der Anteil an Beschäftigten der Pflegeberufe in diesen Einrichtungen.

Für die Krankenhäuser liegen aktuellere Angaben aus 2012 vor, hier sind 385 Einrichtungen verzeichnet. Im Gegensatz zu den ambulanten und stationären Pflegeeinrich-

808 Im Jahr 2008 verließen 32.300 Jugendliche weniger die allgemeinbildenden Schulen als im Jahr zuvor. Die rechnerische Einmündungsquote (Zahl der Neuverträge je 100 Schulabgänger bzw. -abgängerinnen) steigerte sich gegenüber dem Vorjahr nochmals auf 67,7 % (BMBF2009, 8). Dieser Trend setzt sich aufgrund der demografischen Entwicklung mittel- und langfristig fort: Die Zahl der Schulabgänger und -abgängerinnen wird im Jahr 2015 bei etwa 837.000 und damit um rund 100.000 oder 12 % niedriger liegen als 2005. Somit verringert sich auch die Zahl der potenziellen Auszubildenden, zumal bereits in der Vergangenheit ein wachsender Anteil der Schulabsolventen bzw. -absolventinnen direkt in ein Studium ging. Vgl. Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik GmbH, Evaluierung des Berufsorientierungsprogramms in überbetrieblichen und vergleichbaren Berufsbildungsstätten, Offenbach (2010), S. 45ff.

809 Vgl. Ostwald, D./Ehrhard, T./Bruntsch, F./Schmidt, H./Friedl, C. (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Hrsg. v. Wifor und Price Waterhouse Coopers: Projiziert bis 2020*: Bedarf Pflegekräfte NRW: ca. 97.800 (VZst); demnach fehlend: ca. 19.200 (VZst); Projiziert bis 2030*: Bedarf Pflegekräfte NRW: ca. 115.900 (VZst) demnach fehlend: ca. 38.600 (VZst)* (bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen); (VZst = Vollzeitstellen); (Pflegekräfte = Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege).

810 Die Autoren der LbG NRW 2011 merken zu den weitreichenden Studien zum Fachkräftebedarf folgendes methodisch an: „Kritisch angemerkt werden muss, dass diese Berechnungen sehr weit in die Zukunft reichen und auf Entwicklungen auf Basis des Status quo der Versorgungssettings und der Berufsdifferenzierung beziehen. Sie basieren somit auf Ableitungen allgemeiner demografischer und berufsstatistischer Kennzahlen, denen keine eigenen empirischen Untersuchungen der konkreten Einschätzungen durch die Einrichtungen zugrunde liegen. Das bedeutet, dass hier von linearen oder annähernd linearen Entwicklungen ausgegangen wird. Methodisch sind somit wesentliche Limitierungen zu beschreiben, da sich ändernde Rahmenbedingungen und einzelner wichtiger Parameter, wie z. B. Entwicklungen neuer Konzepte, anderer Versorgungssettings und auch strukturelle Wirkungen von Finanzierungen (sowohl steigenden als auch sinkenden Finanzierungen) nicht exakt in Modellberechnungen einfließen können. Vor dem Hintergrund muss jedoch in Zweifel gezogen werden, ob sich extrem langfristige Prognosen (bis 2030 / bis 2050) tatsächlich in der berechneten Form bewahrheiten werden.“

811 Vgl. LbG NRW (2013).

tungen hat die Anzahl an Krankenhäusern über die Jahre kontinuierlich abgenommen (1999: 461 Einrichtungen). Mit Rückgang der Einrichtungen sinkt auch die Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst leicht ab, von etwa 76.500 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Jahr 1999 auf etwa 72.500 VZÄ im Jahr 2012. Gleichzeitig steigt die Zahl der behandelten Fälle an, es entsteht also eine Arbeitsverdichtung in den bestehenden Krankenhäusern. Die Schließung von Krankenhäusern hat auch dazu geführt das Gesundheits- und Krankenpflegende in die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen abgewandert sind.

In ambulanten Pflegediensten in NRW arbeiteten 1999 etwa 12.300 Gesundheits- und Krankenpflegende, diese Anzahl stieg im Jahr 2011 auf 16.400 Beschäftigte an, allerdings sind hier sozialversicherungspflichtige Beschäftigte gelistet, die auch eine Teilzeitstelle bekleiden können, was gerade im Bereich der beruflichen Pflege keine Seltenheit darstellt. In den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen steigt der Anteil an Gesundheits- und Krankenpflegenden von etwa 9450 Personen im Jahr 1999 auf etwa 10.700 Personen im Jahr 2011 an.

Ein größerer Zuwachs an Beschäftigten, als dies bei Gesundheits- und Krankenpflegenden der Fall ist, zeigt sich bei den Altenpflegefachkräften. Altenpfleger und Altenpflegerinnen sind als beschäftigte in Krankenhäusern nicht separat verzeichnet, so dass hier keine Zahlen vorliegen. Es ist anzunehmen, dass Altenpflegende aber überwiegend in den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen der Altenpflege beschäftigt sind.

In ambulanten Diensten waren im Jahr 1999 etwa 5700 Altenpflegefachkräfte verzeichnet, diese Zahl hat sich im Jahr 2011 auf etwa 12.300 mehr als verdoppelt. In den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen waren 1999 etwa 23.100 Altenpflegefachkräfte beschäftigt, dieser Anteil stieg im Jahr 2011 auf etwa 36.500 Personen an.

Eine wiederum andere Entwicklung zeigt sich in den pflegerischen Hilfsberufen Altenpflegehilfe und Krankenpflegeassistenz. Die Altenpflegehilfe zeigt seit 1999 eine relative Konstanz: Von etwa 11.200 Altenpflegehelferinnen und -helfern stieg der Anteil zum Jahr 2011 auf lediglich ca. 12.400 Personen an. In der Krankenpflegeassistenz ist ein Rückgang von etwa 15.900 Personen im Jahr 1999 auf ca. 13.000 Krankenpflegeassistenten im Jahr 2011 zu sehen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sowohl die Beschäftigungszahlen als auch der weitere Bedarf in den pflegerischen Fachberufen wachsen. Dieser Trend bildet sich in den pflegerischen Hilfsberufen nicht gleichermaßen ab.

7.4.10.3 Geschlechtsspezifische Aspekte der Pflegeberufe

Bundesweite Analysen zeigen, dass der Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigter Frauen über alle Berufe hinweg geringer ist als der von Männern. Dies kann anhand der Beschäftigtenzahlen in der Pflege nicht bestätigt werden, hier muss die Beschäftigungssteigerung der Fachkräfte zugleich als eine Stärkung der Frauenerwerbstätigkeit dargestellt werden. Frauen sind bundesweit mit 83 % der weitaus größte Teil der Leistungserbringerinnen im Gesundheits- und Pflegebereich.⁸¹²

Auch in NRW sind über 80 % der Pflegenden in allen Sektoren weiblich. Der Männeranteil an den Beschäftigten in der Altenpflege beträgt lediglich 17 %, in der Gesundheits-

⁸¹² Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2010):, Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland (Hrsg.BA).

und Krankenpflege ist er mit 14 % noch geringer.⁸¹³ Im Jahr 2012 beträgt der Männeranteil unter den Auszubildenden in der Altenpflege in NRW 23%, was eine Zunahme um rd. 7 % zum Jahr 2011 bedeutet.⁸¹⁴

Der Anteil vollzeitbeschäftigter Pflegefachkräfte in den Pflegeberufen nimmt kontinuierlich ab, aktuelle Zahlen liegen bis 2011 vor. Danach ist der Anteil vollzeitbeschäftigter Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger von 52,5 % in 2001 kontinuierlich auf 38,7 % gesunken.

Die Zahl vollzeitbeschäftigter Altenpfleger und Altenpflegerinnen sank von 65,8 % in 2001 ebenfalls relativ kontinuierlich auf 49,6 %. Dieser Trend abnehmender Vollzeitbeschäftigung zeigt sich ebenso in den Pflegehilfeberufen. Es wird anhand von Studien zu diesem Thema angenommen, dass die Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen in den Pflegeberufen mit einer generellen Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen zusammenhängt und weniger mit dem Wunsch von Mitarbeitenden, durch eine Teilzeitbeschäftigung eine ausgeglichene Arbeits-Freizeitbilanz herzustellen.⁸¹⁵

Eine Rückführung von Teilzeit- in Vollzeitstellen könnte einen Teil des bestehenden Fachkräftemangels in Einrichtungen des Gesundheitswesens beheben.

7.4.10.4 Ausbildungen in den Pflegeberufen

In NRW konnten im Oktober 2012 119 Fachseminare für Altenpflege, 140 Krankenpflegeschulen und 65 Fachseminare für Altenpflegehilfe gelistet werden. Für den Zeitraum von 1999 bis 2012 zeigt die Entwicklung für neu belegte Ausbildungsplätze einen wellenförmigen Trend mit einem Tiefstand von 9.607 Plätzen in 2005, der dann im Jahr 2012 auf einen Stand von 12.382 Ausbildungsplätze gesteigert werden konnte. Die Grafik (siehe Abb. 111) zeigt diese Entwicklung im Zeitraum von 1999 bis 2012.

813 Vgl. LbG NRW (2013), S. 43f.

814 Vgl. ebd., S. 65.

815 Vgl. Simon M. (2011) Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009. In: Pflege & Gesellschaft, VOL 16, 4, S. 339-372.

111 Entwicklung der neu belegten Ausbildungsplätze 1999 bis 2012⁸¹⁶



Verbunden mit dieser Steigerung ist der Bestand an Schülerinnen und Schüler in NRW in 2012 in der Gesundheits- und Krankenpflege auf 15.533 Auszubildende, in der Altenpflege auf 14.337 Auszubildende und in der Altenpflegehilfe auf 1869 Auszubildende gestiegen.⁸¹⁷

7.4.10.5 Rechtsgrundlagen der Ausbildung

7.4.10.5.1 Bundeseinheitliche Vorgaben

Die Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger erfolgt auf der Grundlage des „Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege“ und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003. Einsatzorte für den Beruf können neben Krankenhäusern auch Pflegeheime und ambulante Pflegedienste sein.

Für die Ausbildung zum Beruf der Altenpflegerin bzw. des Altenpflegers sind die wichtigsten rechtlichen Grundlagen bundesrechtlich in dem Altenpflegegesetz (AltPflG)⁸¹⁸ und in der auf Grund des Altenpflegegesetzes erlassenen Altenpflege-Ausbildungs- und

⁸¹⁶ Ebd.

⁸¹⁷ Vgl. LbG NRW, S. 60.

⁸¹⁸ Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) Altenpflegegesetz vom 17. November 2000 (BGBl. I S. 1513 in der Neufassung vom 25.08.2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch Artikel 12b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990).

Prüfungsverordnung (AltPflAPrV)⁸¹⁹ geregelt. Seither ist der Beruf der Altenpflegerin bzw. des Altenpflegers analog zur Krankenpflege als Heilberuf im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG einzuordnen. Wesentliche Bestimmungen im Gesetz beziehen sich auf die Zugangsvoraussetzungen, die Inhalte und die Dauer der Ausbildung.

7.4.10.5.2 Landesrechtliche Vorgaben

Vorgaben des Landes zur Ausbildung und insbesondere zur Qualifikation von Lehrkräften und Praxisanleiterinnen und -leitern sind im Landesaltenpflegegesetz NRW enthalten. Ab dem Jahr 2003 wurden von dem damals für die Altenpflegeausbildung zuständigen Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen bzw. von dem damaligen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Ausbildungsrichtlinien und Handreichungen für die theoretische und praktische Ausbildung sowie für die Qualifikation der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter herausgegeben. Auf deren Grundlage können die Fachseminare ihre Curricula und die Praxiseinrichtungen ihre Ausbildung ausrichten.

Diese Ausbildungsrichtlinien und Handreichungen des Ministeriums haben jedoch nur empfehlenden Charakter und sind nicht verbindlich für die ausbildenden Pflegeeinrichtungen und Fachseminare. Vor dem Hintergrund der Absenkung des Fördersatzes in den Jahren 2006 und 2007 wurden die sogenannten Strukturstandards für die staatlich anerkannten Fachseminare für die Altenpflegeausbildung vom 13. März 2002 durch die Vorgängerregierung zunächst befristet und dann im Mai 2010 unbefristet ausgesetzt. Die Landesregierung sieht hier Handlungsbedarf. Deshalb beinhaltet der Gesetzentwurf der Landesregierung zur finanziellen Beteiligung an den Schulkosten für die Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern und über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe, der am 3. Juli 2014 in das Parlament eingebracht wurde, eine Verordnungsermächtigung für die Landesregierung, um die Voraussetzungen und das Verfahren der staatlichen Anerkennung von Fachseminaren für Altenpflege mit Sitz in Nordrhein-Westfalen sowie die Festlegung verbindlicher Qualitätsstandards für die Fachseminare zu regeln. Diese Qualitätsstandards sollen in einem beteiligungsorientierten Verfahren mit den betroffenen Trägerverbänden festgelegt werden.

7.4.10.6. Innovative Maßnahmen in der Aus- und Weiterbildung Fachkräftesicherung in der Altenpflege

7.4.10.6.1 Einführung des Ausgleichsverfahrens in der Altenpflegeausbildung (Umlageverfahren)

Zum 1. Juli 2012 startete in Nordrhein-Westfalen das Umlageverfahren zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege. Das Verfahren ist ein wichtiger Baustein in der Gesamtstrategie des Landes zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege.

Durch das Umlageverfahren werden den ausbildenden Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten die tatsächlich geleisteten Ausbildungsvergütungen für die praktische Ausbildung von Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschülern erstattet. Obwohl die

⁸¹⁹ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV) vom 26. November 2002 (BGBl. I S. 4418, 4429) zuletzt geändert durch Artikel 38 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515)

Ausbildungsinitiative erst im zweiten Halbjahr 2012 startete, war sie bereits im Jahr 2012 ein riesiger Erfolg und hat zu einer von vielen nicht für möglich gehaltenen Dynamik im Ausbildungsbereich geführt. Im Vergleich zum Dezember 2011 stieg die Zahl der landesgeförderten Ausbildungsplätze um mehr als 75 % von rund 10.000 auf rund 17.500 (davon etwa 5.000 im ambulanten Bereich) im Dezember 2015 an.⁸²⁰

Ende des Jahres 2015 befanden sich damit in Nordrhein-Westfalen einschließlich der von der Bundesagentur für Arbeit finanzierten Umschülerinnen und Umschüler insgesamt rund 20.200 Auszubildende in der Altenpflegeausbildung.

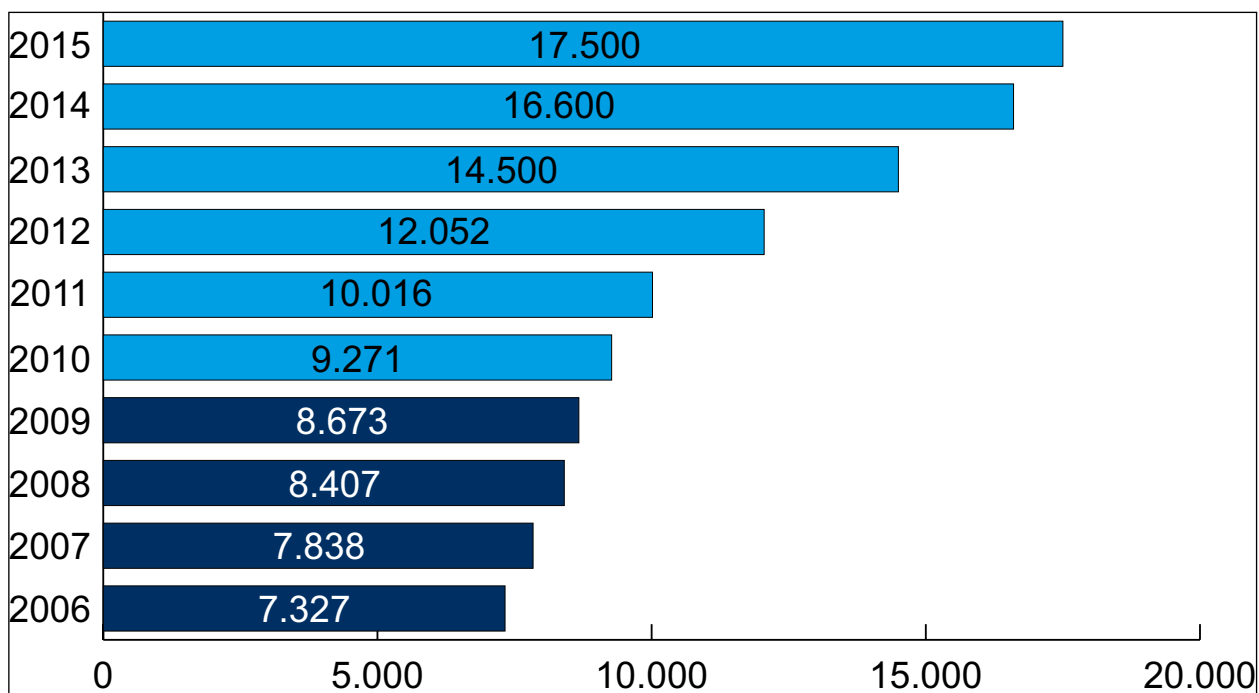
Um im Rahmen des Umlageverfahrens für die steigende Auszubildendenzahl eine Erstattung der Ausbildungsvergütungen gewährleisten zu können, ist eine ausreichend hohe Ausgleichsmasse erforderlich.

Während diese für das zweite Halbjahr 2012 noch rund 87 Millionen Euro betrug, lag sie für das Erhebungsjahr 2013 bereits bei rund 193 Millionen Euro. Für das Jahr 2014 wurde die Ausgleichsmasse auf rund 250 Millionen Euro und für das Jahr 2015 auf 312 Millionen Euro festgesetzt. Für das Jahr 2016 beträgt die Ausgleichsmasse 317 Millionen Euro. Die Ausgleichsmasse wird durch alle in Nordrhein-Westfalen tätigen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen aufgebracht. Diese haben die Möglichkeit, die Umlagebeiträge durch Aufschläge je Belegungstag bzw. je abgerechneten Punkt gegenüber den von ihnen betreuten Pflegebedürftigen abzurechnen und somit zu refinanzieren. Die steigenden Ausbildungszahlen sichern auf der einen Seite daher den heute pflegebedürftigen Frauen und Männern eine verlässliche pflegerische Versorgung, sie belasten sie aber auf der anderen Seite auch durch nicht unerheblich steigende Kosten. Die Pflegeversicherung deckt die steigenden Kosten für die Ausbildung bisher nicht ab. Um die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen mit Ausbildungskosten möglichst gering zu halten, überprüft das MGEPA engmaschig die erforderliche Höhe der Ausgleichsmasse. Nordrhein-Westfalen setzt sich auf Bundesebene für eine Neuregelung ein, die eine Übernahme der Ausbildungskosten durch die Pflegeversicherung sicherstellen und so die gesellschaftliche Verantwortung für eine Zukunftssicherung der Pflegeberufe auch finanziell abbilden soll. Ein entsprechender Beschluss, der die Bundesregierung zum Handeln auffordert, wurde auf Initiative von Nordrhein-Westfalen von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Bundesländer bereits im November 2013 gefasst.

Trotz der mit dem Umlageverfahren verbundenen Kostenfolgen ist das Verfahren insgesamt unerlässlich, um für Nordrhein-Westfalen für die Zukunft eine gute und menschliche Pflege sicherzustellen. Die steigenden Ausbildungszahlen belegen die Wirksamkeit des Verfahrens.

820 Vgl. Förderdatenbank AFP-web des MGEPA.

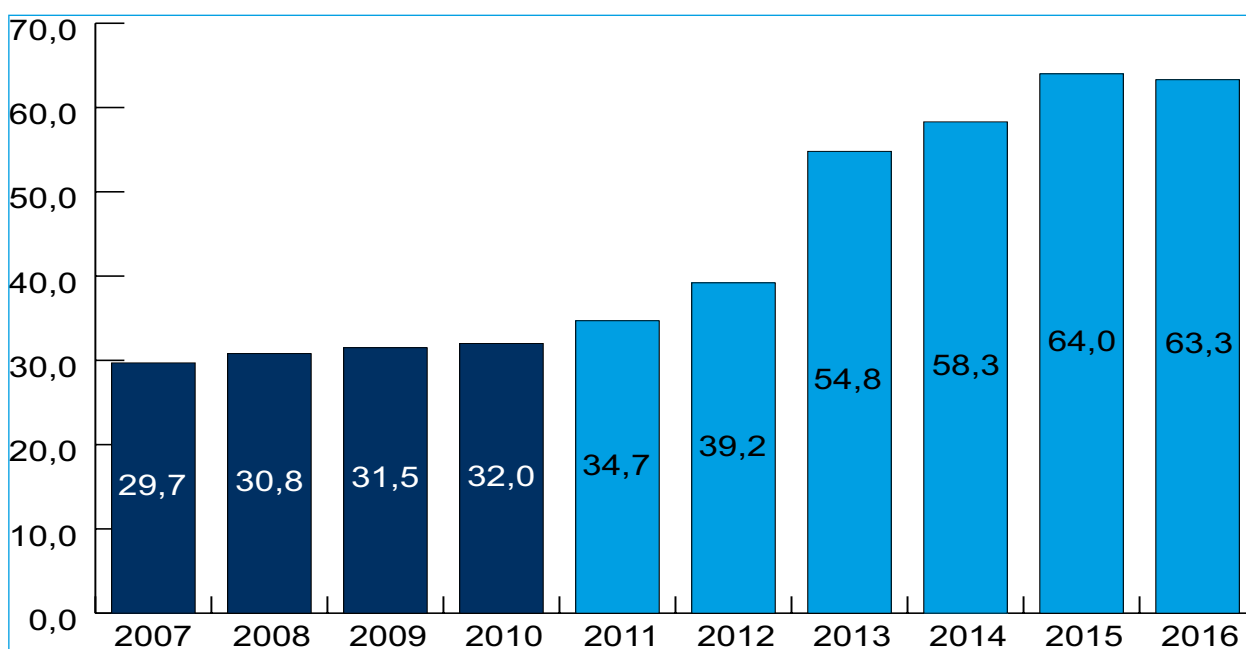
112 Entwicklung der landesgeförderten Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler in NRW



(Quelle: AFP-web MEGPA, Stand jeweils Dezember)

Das Land NRW hat die positive Entwicklung der Ausbildungszahlen durch einen erheblichen Aufwuchs der Haushaltsmittel im Bereich der Pflegeausbildung unterstützt. Die in den letzten Jahren in den Landeshaushalt eingestellten Mittel für die Ausbildung in der Pflege sind der folgenden Abbildung zu entnehmen:

113 Landesförderung der Fachseminare für Altenpflege (in Mio €)



Hinweis für 2016: Durch Verlagerung der sachlichen Verwaltungsausgaben in ein anderes HH-Kapitel ergibt sich in der Darstellung eine geringfügige Änderung gegenüber 2015. In 2016 stehen 60 Millionen Euro für die Altenpflegeausbildung zur Verfügung

Nach § 5 Landesaltenpflegegesetz (AltPIG NRW) in Verbindung mit der Verordnung über die Gewährung der Pauschale zur Beteiligung an den Schulkosten für die Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern (AltPflSchulkoVO) in der jeweils gültigen Fassung, beteiligt sich das Land an den Schulkosten für die Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern durch Zahlung einer monatlichen Pauschale in Höhe von 280 EUR pro Monat je Schülerin oder Schüler bei Ausbildung in Vollzeit.

7.4.10.6.2 Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen

Die drei Pflegeberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sollen zu einem neuen generalistisch ausgerichteten Pflegeberuf zusammengeführt werden. Eine auf Fachebene eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat Anfang März 2012 Eckpunkte zur Vorbereitung eines Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes vorgelegt. Auf der Grundlage des Eckpunktepapiers und der dazu vorliegenden Stellungnahmen erarbeiteten BMFSFJ und BMG in gemeinsamer Federführung einen Referentenentwurf. Die Übersendung durch die zuständigen Bundesressorts erfolgte mit Schreiben vom 26. November 2015 mit einer Anhörungsfrist von lediglich 14 Tagen. Am 13. Januar 2016 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe beschlossen, der sich nur unwesentlich vom Referentenentwurf unterscheidet. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung wurde schließlich als Bundesrats-Drucksache 20/16 vom 15. Januar 2016 veröffentlicht.

Das MGEPA unterstützt grundsätzlich die Zielsetzung, auf die sich demografiebedingt wandelnden Anforderungen an Pflegekräfte in der Alten- wie in der Krankenpflege durch eine stärkere Verbindung der Kompetenzen der bisher getrennten Pflegeberufe zu reagieren. Eine Reform in der Dimension der Generalistik darf aber unabhängig von der zu unterstützenden Zielsetzung keinesfalls umgesetzt werden, ohne die positiven und negativen Auswirkungen der konkreten gesetzgeberischen Umsetzung vor dem Gesetzesbeschluss transparent ermittelt und verantwortungsvoll gegeneinander abgewogen zu haben.

Nach einer vorläufigen Bewertung des vom Bundeskabinett beschlossenen Regierungsentwurfs bestehen aus Sicht des MGEPA Umsetzungsschwierigkeiten und rechtlichen Bedenken hinsichtlich der Finanzierung der gemeinsamen Pflegeausbildung. Durch die geplanten Regelungen droht – gerade in NRW – ein erheblicher Verlust an Ausbildungsplätzen. Das ist im Hinblick auf den bestehenden Fachkräftemangel in der Pflege nicht vertretbar. Damit wird der Erfolg des Umlageverfahrens in der NRW-Altenpflegeausbildung „verspielt“. Außerdem gehen bei der im Gesetzentwurf vorgesehenen Finanzierung über Landesfonds sämtliche Unsicherheiten hinsichtlich der Finanzierungsregelungen zulasten der Bundesländer. Erfolgreiche Klagen ambulanter Dienste und Pflegeeinrichtungen können zu einer Unterdeckung der Landesfonds führen. Damit ergibt sich ein großes Finanzierungsrisiko für die Länder als Fondsverwalter.

Das Gesetzgebungsverfahren soll nach den Planungen der Bundesregierung im Jahr 2016 abgeschlossen sein. Der Fortgang des Verfahrens bleibt abzuwarten.

7.4.10.6.2.1 Hochschulische Bildung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe

Gewandelte demografische und epidemiologische Aspekte wie sie beispielsweise sichtbar werden in gestiegenen Anforderungen der Versorgung durch mehr hochaltrige, multimorbid erkrankte pflegebedürftige Frauen und Männer und komplexere Versorgungssituationen, dokumentieren einerseits bereits gegenwärtige Betreuungs- und

Begleitungsbedarfe. Andererseits wird deutlich, dass gerade auch zukünftig mit erheblichen Versorgungslücken zu rechnen ist. Damit sehen sich die Pflegeberufe hinsichtlich ihres Kompetenzspektrums vor neue Herausforderungen gestellt.⁸²¹ Die Etablierung einer hochschulischen Professionalisierung ist damit notwendig geworden. Angestrebte Ziele wie beispielsweise ein Anstieg fachlicher Kompetenz durch wissenschaftliche Fundierung, eine höhere pflegerische Versorgungsqualität, die Möglichkeit einer berufspolitischen Aufwertung, sowie der Abbau geschlechtlich geprägter Hierarchien könnten als Ergebnis aus dem Prozess der Hochschulbildung hervorgehen.

NRW nimmt in der Erprobung der Hochschulbildung in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen bundesweit eine Vorreiterrolle ein: in elf Modellstudiengängen an sieben Standorten finden neben der jeweiligen Berufsqualifizierung hochschulische Qualifizierungen auf Bachelorniveau statt.

114 Übersicht der Modellstandorte und Modellstudiengänge⁸²²

Modellstandort	Bezeichnung Modellstudiengang
RWTH Aachen	Studiengang „Logopädie“
Fachhochschule Bielefeld	Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“
Hochschule für Gesundheit,	Studiengang „Ergotherapie“, „Hebammenkunde“, „Pflege“, „Logopädie“, „Physiotherapie“
Bochum	Studiengang „Pflege und Gesundheit“
Fliedner Fachhochschule,	Studiengang „Pflege“
Düsseldorf	Studiengang „Therapie- und Gesundheitsmanagement“
Katholische Hochschule NRW, Köln	Studiengang „Pflege“
Fachhochschule Münster	
Matthias Hochschule Rheine	

7.4.10.6.2 Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege

Die im Dezember 2012 von Bund, Ländern und Verbänden beschlossene „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ enthält zahlreiche Maßnahmen zur Fachkräftesicherung in der Altenpflege. Die vereinbarten Maßnahmen erstrecken sich auf einen Zeitraum von drei Jahren bis zum 31. Dezember 2015. Zu den Zielvereinbarungen zählen u. a.

- die Steigerung der Auszubildendenzahlen pro Jahr um 10 %,
- Prüfung der Einführung eines Umlageverfahrens,
- die Wiedereinführung der 3-jährigen Umschulungsförderung durch die Bundes-

821 Vgl. Lademann, J. (2010): Gesundheits- und Krankenpflege. Über die steinige Karriere eines Frauenberufes. In: Kolip, P. / Lademann, J. (Hrsg): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Juventa Verlag: Weinheim bis München, S. 217.

822 Vgl. auch MGEPA (2014) Berufe mit Zukunft.

agentur für Arbeit (BA),

- die Nachqualifizierung von bis zu 4.000 Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zur Altenpflegefachkraft,
- die Förderung der Weiterbildung sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Altenpflege.

In NRW wird die Initiative vom MGEPA gemeinsam mit den Trägerverbänden, Gewerkschaften, der Regionaldirektion der BA sowie den Kranken- und Pflegekassen umgesetzt. Insbesondere die Vereinbarung zur stufenweisen jährlichen Steigerung um 10 % hat Nordrhein-Westfalen durch die Einführung des Umlageverfahrens bereits in vorbildlicher Weise umgesetzt.

7.4.10.6.3 Attraktivität der Pflegeberufe steigern

Die Landesregierung ist sich der Tatsache bewusst, dass nicht nur die Qualität der Ausbildung, sondern auch eine Vielzahl anderer Faktoren die Attraktivität des Berufsbildes in der Pflege bestimmt.

Dazu gehören eine angemessene Vergütung, berufliche Aufstiegschancen, attraktive Fort- und Weiterbildung sowie individuelle Lösungen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Um dem Pflegekräftemangel entgegenzuwirken, ist es wichtig, das Ansehen und die Wertschätzung für den Pflegeberuf zu erhöhen. Auch ist zu überlegen, wie gerade junge Männer gezielter angesprochen und ihnen das Berufsfeld der Pflege näher gebracht werden kann.

Dazu gehört auch die zunehmende Zahl ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzubinden. Wissen und Erfahrung, die stärkere Identifikation mit der Einrichtung und die geringe Fluktuationsneigung älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lassen sich gut verbinden mit der Leistungsbereitschaft der Jüngeren. Daher müssen sich die Einrichtungen künftig stärker auf die unterschiedlichen Ansprüche ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen und auf eine ausgewogene Altersstruktur achten. Hier kann die Landesregierung nur erneut die verantwortlichen Stellen zur Mitgestaltung eines attraktiven Berufsbildes in den Pflege- und Gesundheitsberufen auffordern.

7.4.10.6.4 Potenziale ausländischer Pflegekräfte nutzen

Neben den Aktivitäten zur Gewinnung neuer Fachkräfte durch systematische Verbesserungen bei der Ausbildung, setzt die Landesregierung auch auf die Nutzung der Potenziale ausländischer Fachkräfte. Mit der Umsetzung der Berufsanerkenntnisrichtlinie durch das „Gesetz zur Feststellung der Gleichwertigkeit ausländischer Berufsqualifikationen“ und der weitgehenden Übertragung der Regelungen auch auf Angehörige von Drittstaaten, gibt es nun ein Instrument, durch das zum einen mitgebrachte Berufsqualifikationen bewertet werden können, zum anderen aber auch Menschen, die sich bewusst für eine Zukunft in Deutschland entscheiden, ein faires Angebot gemacht wird. Auch wird die Qualität des deutschen Ausbildungssystems durch die Erfassung und Bewertung der ausländischen Berufsqualifikationen gesichert, da etwaige Unterschiede oder gar Defizite zu den Ausbildungen der Herkunftsländer gezielt ausgeglichen werden können. In 2014 nutzten 4.839 Menschen die Möglichkeit der Bewertung ihrer mitgebrachten Qualifikationen – ein Großteil der Anträge entfiel auf den Bereich der Gesundheitsberufe.

Die Landesregierung versteht die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen als Instrument, um gesellschaftliche Integration zu fördern und neue Fachkräfte zu gewin-

nen. Daher sollen die gesetzlichen Möglichkeiten der Berufsanerkennung weiterentwickelt werden, um so auch die Potenziale ausländischer Fachkräfte gezielt zu nutzen und den Herausforderungen der älter werdenden Gesellschaft begegnen zu können.

7.5 Ausgewählte Aspekte der Mobilität und Sicherheit für Menschen im Alter

Die demografische Entwicklung mit den damit verbundenen Veränderungen, insbesondere der Altersstruktur der Bevölkerung, beeinflusst gegenwärtig und zukünftig in noch stärkerem Maße alle Lebensbereiche der Menschen und alle gesellschaftlichen Aktionsfelder. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wird landesweit deutlich zunehmen. Der Anteil der über 65-Jährigen steigt von 20,6 % (3,6 Millionen) im Jahr 2014 auf 28,9 % (5,051 Millionen) im Jahr 2040. Der Anteil der über 80-Jährigen wird im gleichen Zeitraum von 5,5 % auf 9,2 % (959.000 auf 1,607 Millionen) zunehmen.⁸²³

Die Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe führt zu einer immer stärkeren öffentlichen Beachtung ihrer Bedürfnisse und Interessen, aber auch ihrer möglichen Gefährdungen in unterschiedlichen Rollen und Lebenszusammenhängen. Neben den bereits in den Kapiteln 7.3 und 7.4 dargelegten Gefährdungspotenzialen in den Bereichen Gesundheit und Pflege richtet sich in jüngster Zeit immer häufiger der Blick auf die Themenfelder „Kriminalitätsgefährdung älterer Menschen“ und „Gefährdung älterer Menschen als Verbraucherinnen und Verbraucher“.

Beide Aspekte werden nachfolgend schlaglichtartig analysiert. Eine umfassende Bearbeitung der Themenfelder kann in der ersten Altenberichterstattung des Landes NRW nicht geleistet werden, weil Datenerhebungen und -auswertungen mit Fokussierung auf die Zielgruppe der Älteren bisher nicht bzw. nicht systematisch erfolgen.

7.5.1 Mobilität von älteren Menschen und Barrierefreiheit im öffentlichen und sozialen Lebensraum

Durch das Altern der Babyboomer-Generation, rückläufige Geburtenraten und eine höhere Lebenserwartung wird sich die Bevölkerungsstruktur grundlegend verändern. Nach den aktuellen Prognosen wird die Zahl der 65-jährigen und Älteren von gegenwärtig 3,62 Millionen auf 4,62 Millionen im Jahre 2030 ansteigen. Für den Anteil der über 80-Jährigen wird sogar ein Anstieg von 38,5 % prognostiziert. Im gesellschaftlichen Wandel wirkt sich neben der Facette der alternden Gesellschaft auch die Facette der zunehmend mobilen Gesellschaft aus. Mobilität bis ins hohe Lebensalter ist ein primäres Bedürfnis zur Sicherung von Autonomie und Teilhabe und gilt weiterhin als Kennzeichen eines aktiven Lebensstils im Alter.

Die Bewahrung der Mobilität bis ins Alter ist ein zentrales politisches Ziel. In jedem Alter wollen und müssen Menschen mobil sein, um ein selbstständiges Leben führen, körperlich fit zu bleiben, sich selbst versorgen und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können.

Die zunehmende Zahl älterer Menschen erfordert neue Lösungen für eine sichere, eigenständige und komfortable Verkehrsteilnahme, um Mobilität bis ins hohe Alter zu gewährleisten. Eine alternde Gesellschaft benötigt daher eine sichere Verkehrsinfra-

823 Vgl. IT.NRW, Band 84, S. 38 und S. 15, Tabelle 1.

struktur und attraktive Mobilitätsangebote.

Die Mobilitätssicherung im Alter wird – unabhängig von dem genutzten Verkehrsmittel – vor allem im Kontext der demografischen Entwicklung eine große Rolle spielen. Gründe dafür sind nicht nur in der wachsenden Zahl der älteren Menschen zu sehen, sondern auch in weiteren Faktoren wie der besseren Gesundheit im Alter und damit einhergehend längeren Zeiten mobilitätsrelevanter Aktivitäten sowie den finanziellen Ressourcen der künftigen älteren Generationen. Hinzu kommt die Herausforderung, die Mobilität der älteren Bevölkerung auch in ländlichen Räumen sicherzustellen.

Ältere Menschen sind mit höherer Wahrscheinlichkeit mobilitätseingeschränkter oder pflegebedürftiger als der übrige Teil der Bevölkerung. Zu Art und Umfang der Einschränkungen liegen keine genauen Daten vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein hoher Anteil der hochaltrigen Bevölkerung mobilitätsbehindert bzw. mobilitätseingeschränkt ist. Dies bringt nicht nur Probleme bei der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln mit sich, sondern auch bei der Bewältigung der Fußwege im Straßenraum. Der öffentliche Straßenraum sollte deshalb für alle Menschen überwiegend barrierefrei gestaltet sein. Dies ist notwendig für die Mobilitätssicherung aller mobilitätseingeschränkten Personen, ob sie motorisch eingeschränkt, sehbehindert oder blind sind.

Als Grundlage für die einheitliche, barrierefreie Gestaltung des Straßenraumes hat der Landesbetrieb Straßen NRW mit Unterstützung von Vertretern der Behindertenverbände einen Leitfaden „Barrierefreiheit im Straßenraum“ herausgegeben. Der Leitfaden dient als Grundlage für ein einheitliches Vorgehen bei der Gestaltung eines barrierefreien Straßenraumes.

Mobilität ist für heutige und zukünftige Generationen ein hohes Gut für eine zufriedene Lebensführung. Der Barrierefreiheit kommt hierbei, insbesondere bei Mobilitätseinschränkungen und auch bei älteren Bürgerinnen und Bürgern eine große Bedeutung zu. Sowohl der Bereich der Immobilien als auch der Mobilitätsbereich, sei es zu Fuß, mit dem Fahrrad, dem Pedelec⁸²⁴, dem Auto und im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, sollen daher zunehmend barrierefrei gestaltet und bei bestehenden Hindernissen umgerüstet werden. Die Menschen sind in ihrer Mobilität unterschiedlich, aber alle benötigen den Kontakt, die Interaktion mit anderen Menschen und manchmal auch einfach nur Hilfe.

Zur Berücksichtigung dieser Matrix an Anforderungen werden zunehmend die Stadtteile bzw. die Quartiere in den Focus der fachlichen und politischen Betrachtung genommen. Wie komme ich mit dem Rollator zum Bäcker? Wie kann ich drei Stufen vor dem Haus überwinden? Wo ist der nächste Betreuungs- und Pflegedienst? Wo sind barrierefreie Wohnungen in meinem Quartier? Gibt es einen nutzbaren Gemeinschaftsraum für allerlei Aktivitäten? Wo kann ich mich mit anderen treffen? Die Beantwortung dieser und vieler weiterer Fragen bestimmt, ob ich in meinem angestammten Quartier bleiben kann oder ob ich in einen anderen Stadtteil umziehen muss.

Aus Sicht der Landesregierung sind Umzüge in andere, unbekannte Quartiere zu vermeiden, weil damit meist ein Verlust an Kontakten zu Nachbarinnen und Nachbarn, zum Freundeskreis, zu Verwandten und zu anderen Menschen verbunden ist. Soziale Beziehungen sind das Netzwerk in dem wir uns aufgehoben und wohlfühlen. Eine grundlegende Barrierefreiheit in möglichst allen Bereichen ist die Basis für dieses Netzwerk.

824 Pedal Electric Cycles, Fahrräder mit elektrischer Trethilfe

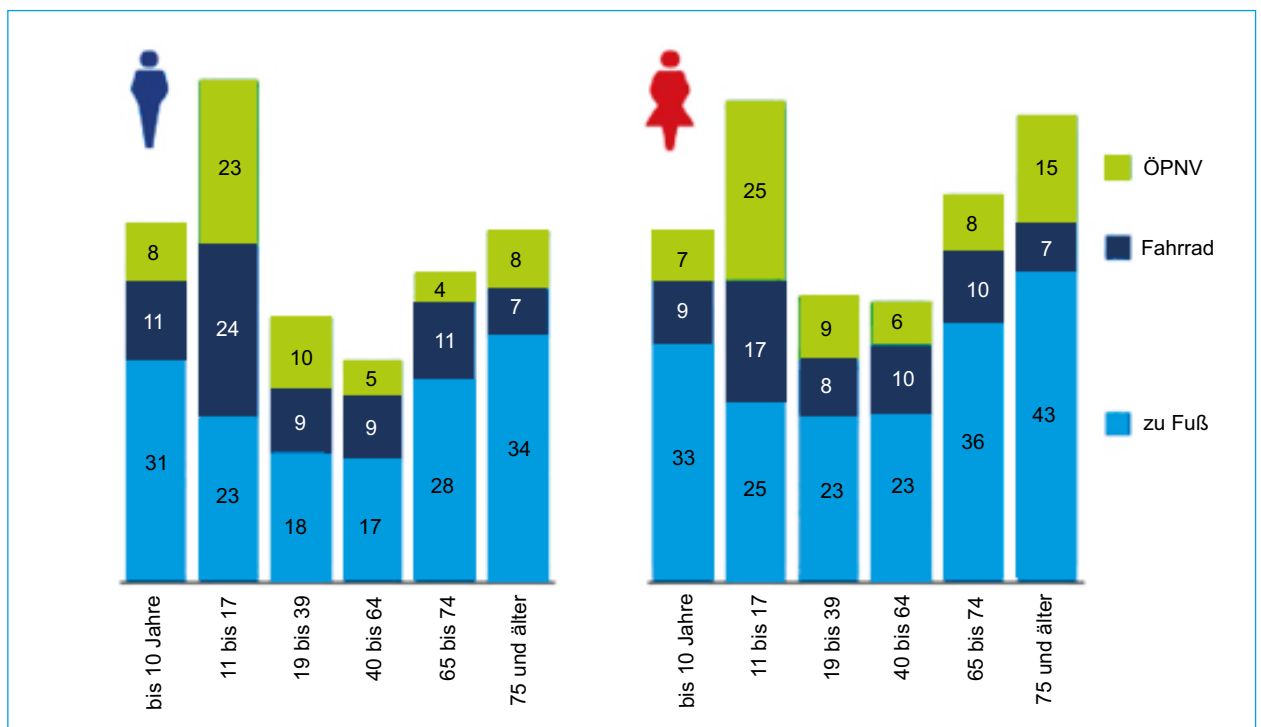
Dieses gilt nicht nur für die städtischen Quartiere, sondern auch für den ländlichen Raum, da hier zusätzlich von stärkeren Bevölkerungsrückgängen auszugehen ist. Trotz der einsetzenden Konzentrationsprozesse muss auch der ländliche Raum als Wohnstandort eine Zukunft haben. Dazu sind neue, innovative Wohnangebote und auch Mobilitätsangebote, wie z. B. die Bürgerbusse zu entwickeln.

7.5.1.1 Mobilitätsverhalten

Nach Beendigung der Erwerbstätigkeit ändert sich das Mobilitätsverhalten in der Lebensbiografie. Auch wenn die Wege zum Arbeitsplatz wegfallen, ist die Anzahl der Wege pro Tag unmittelbar nach dem Eintritt in das Rentenalter zunächst gleichbleibend hoch – im Vergleich zu vorhergehenden Altersjahren im Durchschnitt sogar höher, da die heutigen älteren Menschen deutlich aktiver am sozialen Leben – und damit auch am Straßenverkehr – teilnehmen als vorhergehende Generationen.

Gründe dafür sind in sich verändernden Lebensstilen und den damit einhergehenden vermehrten sozialen Aktivitäten, wie etwa Besuchen bei Freunden und Verwandten, in dieser Altersgruppe zu finden. Sowohl die Verkehrsleistung als auch die Wegehäufigkeit sinken ab einem Alter von ca. 70 Jahren. Im höheren Alter beschränken sich die Wege immer mehr auf den unmittelbaren Wohnbereich. Die überwiegende Zahl der Wege ist dann nicht länger als fünf Kilometer.

115 Modal-Split-Anteile* von ÖPNV und NMIV für Männer und Frauen nach Altersgruppen



Quelle: Infas, Mobilität in Deutschland 2008; * Definition siehe Glossar

Noch stärker sinken die Wegehäufigkeit und die Verkehrsleistung bei gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen. So zeigen die Ergebnisse der Studie „Mobilität in Deutschland 2008“, dass Personen, die älter als 60 Jahre sind und eine Mobilitätseinschränkung (Gehbehinderung, Sehbehinderung oder andere Einschränkungen) haben,

nur 2,7 Wege pro Tag zurücklegen, während gesunde Personen 3,4 Wege pro Tag bewältigen. Die Tagesstrecke von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen liegt mit 18 Kilometern um 38 % unter der Tagesstrecke von gesunden Menschen (29 km). In der Verkehrsmittelwahl gibt es dagegen kaum Unterschiede.⁸²⁵

Ältere Menschen sind häufig zu Fuß unterwegs. Mehr als ein Drittel aller Wege legen Ältere zu Fuß zurück. 38 % der Älteren über 75 Jahre nehmen noch als Fußgängerinnen und Fußgänger am Straßenverkehr teil. Erst ab einem Alter von über 85 Jahren sinkt der Anteil derjenigen, die täglich oder häufig zu Fuß unterwegs sind.⁸²⁶

Das Fahrrad wird für ca. 8 % aller Wege als Verkehrsmittel genutzt. Etwa 20 % der Älteren zwischen 64 und 74 Jahren sind sogar täglich mit dem Fahrrad unterwegs. Dabei gibt es kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen.⁸²⁷

Öffentliche Verkehrsmittel werden nur für ca. 2 % aller Wege in Anspruch genommen. Frauen sind häufiger mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs als Männer. Mit zunehmendem Alter nutzen Frauen und Männer öffentliche Verkehrsmittel häufiger. Dabei sind Frauen ab einem Alter von 65 Jahren etwa doppelt so häufig mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs als Männer.⁸²⁸

Ganz überwiegend nutzen Menschen bis ins hohe Alter den Pkw. Annähernd zwei Drittel aller Strecken werden mit dem Pkw zurückgelegt. Eine in dieser Generation durch den Pkw geprägte Mobilitätsbiografie wird auch zukünftig dazu führen, dass der Pkw das wichtigste Verkehrsmittel im Alter bleibt. Diese Entwicklung zeigt sich in einer höheren Pkw-Verfügbarkeit und einer in der Tendenz steigenden Führerscheinbesitzquote – insbesondere durch den noch bestehenden „Nachholbedarf“ bei den Frauen. Ab dem 75. Lebensjahr fährt noch jeder zweite ältere Mensch selbst Auto. Ab dem 80. Lebensjahr fährt noch jede bzw. jeder Fünfte regelmäßig aktiv Auto. Allerdings nimmt die Jahresfahrleistung älterer Autofahrerinnen und Autofahrer ab einem Alter von 75 Jahren deutlich ab.

Viele Menschen verzichten auf die Mobilität mit dem Pkw, zu Fuß oder mit dem Rad, wenn die Bedingungen für deren Nutzung als nicht sicher eingestuft werden. Öffentliche Verkehrsmittel werden nur dann genutzt, wenn sie als sicher aber auch die Zugänglichkeit als unkompliziert empfunden werden.

7.5.1.1 Alltagsmobilität

Eine wichtige Voraussetzung für die Nutzung eines Verkehrsmittels ist neben dem Komfort auch die soziale Sicherheit. Wichtig sind für ältere Menschen sichere, in der Dunkelheit beleuchtete und belebte Straßen, Wege und Plätze, die ein Gefühl von sozialer Kontrolle vermitteln. Ältere Menschen gehen dann zu Fuß oder fahren mit dem Fahrrad, wenn der Straßenraum und der Straßenverkehr nicht als gefährlich wahrgenommen werden.

Ältere Menschen haben besondere Anforderungen an eine sichere und komfortable

825 Vgl. Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Infas) (2010): Mobilität in Deutschland (2008), Ergebnisbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Bonn und Berlin, S. 86.

826 Vgl. Limbourg, M./Matern, S.: Erleben, Verhalten und Sicherheit älterer Menschen im Straßenverkehr; Mobilität und Alter, Band 04, S. 413.

827 Vgl. Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Infas) (2010): Mobilität in Deutschland (2008), Ergebnisbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Bonn und Berlin, S. 86, S. 106

828 Vgl. Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Infas) (2010): Mobilität in Deutschland (2008), Ergebnisbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Bonn und Berlin, S. 104.

Mobilität. Körperliche Einschränkungen und unterschiedliche physische Fähigkeiten im Alter machen eine Anpassung der Straßeninfrastruktur und die Ausstattung der öffentlichen Verkehrsmittel an die Erfordernisse notwendig. Ebenso ist es erforderlich, die Bereitschaft und die Fähigkeit älterer Menschen zu erhalten, sich mit den unterschiedlichen Verkehrsmitteln sicher im Straßenraum zu bewegen.

Wichtig sind generationsübergreifende Mobilitätskonzepte und zugleich Handlungsempfehlungen für die Verkehrsplanung sowie Hilfestellungen und praktische Tipps für ältere Verkehrsteilnehmerinnen und -teilnehmer. Dabei sollten ältere Menschen im Idealfall in die Planung einbezogen werden, damit die Angebote auch ihren Bedürfnissen und Wünschen gerecht werden.

7.5.1.1.2 Zukunftsnetz Mobilität NRW

Das „Zukunftsnetz Mobilität NRW“ ist eine Initiative des Ministeriums für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr (MBWSV) und ist aus dem Netzwerk „Verkehrssicheres Nordrhein-Westfalen“ hervorgegangen. Vier Koordinierungsstellen des Netzwerks sind bei Verkehrsverbänden angesiedelt. Ziel des „Zukunftsnetz Mobilität NRW“ ist die Initiierung und Förderung des kommunalen Mobilitätsmanagements in Kommunen und die Unterstützung in der präventiven kommunalen Verkehrssicherheitsarbeit mit dem Schwerpunkt der Förderung einer nachhaltigen und sicheren Mobilität aller Bevölkerungsgruppen.

Die Koordinierungsstellen unterstützen die Kommunen bei der Entwicklung, Umsetzung und Vermarktung multimodaler Mobilitätsangebote und bei der lokalen Verkehrssicherheitsarbeit und bieten die Möglichkeiten des Informations- und Erfahrungsaustauschs auf kommunaler Ebene, Qualifizierungen sowie beratende Unterstützung. Ein Schwerpunkt des „Zukunftsnetz Mobilität NRW“ ist die Mobilitätssicherung von älteren Menschen. In diesem Zusammenhang wurden in den Jahren 2010, 2012 und 2014 Fachtagungen unter dem Titel „Mobilitätsmanagement für Senioren“ durchgeführt und im Februar 2016 die Kampagne „Mobilität kennt keinen Ruhestand“ gestartet.

Der Wissenstransfer über gute Projekte mit konkreten Handlungsempfehlungen wird über das Netzwerk der Kommunen organisiert. Zur Unterstützung wurde dazu ein Maßnahmenkatalog „Mobilitätssicherung älterer Menschen“ herausgegeben, der in vielfältigen Praxisbeispielen aufzeigt, mit welchen Maßnahmen die Mobilität von älteren Menschen im Rahmen der Verkehrssicherheitsarbeit und Arbeit für Ältere sichergestellt werden kann.

Der Maßnahmenkatalog umfasst vielfältige Anwendungsbeispiele für die Handlungsfelder Mobilitätsmanagement, Fußverkehr, Radverkehr, ÖPNV, Autoverkehr, allgemeine Aufklärung und Bürgerbeteiligung. Die Beispiele werden jeweils in ihrem lokalen Zusammenhang geschildert und die jeweiligen Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen benannt, um einen unproblematischen Transfer zu ermöglichen.

Ein Projekt, das der Qualitätssicherung von Fußwegen für ältere Menschen dient, ist der „Fußgängercheck“. Im Bereich des Verkehrsverbundes Rhein-Sieg wurden dazu die vier Kommunen Stadt Kerpen, Stadt Herzogenrath, Stadt Brühl, Kreis Düren sowie das Seniorennetzwerk Köln Höhenhaus und der Bonner Arbeitskreis „Sicher unterwegs – ein Leben lang“ ausgewählt, in denen in Stadtteilen bzw. Quartieren „Fußgängerchecks“ durchgeführt wurden. Bei diesen „Fußgängerchecks“ werden Stadtteilbegehungen gemeinsam mit älteren Menschen durchgeführt, um Schwachstellen des Fußwegenetzes im Zusammenhang mit Barrierefreiheit und Gefahrenpunkten sowie beim Zugang

zum öffentlichen Personennahverkehr aufzudecken und im Rahmen der Umsetzungsmöglichkeiten erste Verbesserungsmaßnahmen vorzuschlagen. Durch das Projekt wird älteren Menschen ermöglicht, ihre eigenen Belange und Bedürfnisse in die Verkehrsplanung einzubringen. So kann das Expertenwissen der älteren Menschen für die lokale Verkehrsplanung genutzt werden.

7.5.1.1.3 Alltagsmobilität zu Fuß und auf dem Fahrrad

Zu Fuß gehen und Radfahren – zusammengefasst unter dem Begriff Nahmobilität – sind preisgünstig, umweltschonend und eine besonders gesunde Art der Fortbewegung. Zudem handelt es sich um eine Form der Mobilität, die (fast) immer verfügbar ist. Bis ins hohe Alter können Menschen unabhängig vom Auto und öffentlichem Verkehr mit dem Rad, Rollator, Rollstuhl oder zu Fuß mobil sein. Die Nahmobilität gewährleistet insbesondere für diese Altersgruppe die Voraussetzung für eine eigenständige Mobilität. Ein Potenzial für die Fahrradmobilität im Alter wird derzeit in den Pedelecs gesehen. Bei den Pedelecs schaltet sich der Elektromotor bis zu einer Geschwindigkeit von 25 km/h automatisch ein, wenn zu treten begonnen wird. Die Energieversorgung leistet ein Akku, der beispielsweise am Rahmen oder am Gepäckträger befestigt ist. Das Pedelec erleichtert das Fahren bei Steigungen, bei Gegenwind und auf längeren Distanzen. Das Pedelec kann den Aktionsradius älterer Menschen wesentlich erweitern – insbesondere wenn die Verknüpfung an Haltepunkten des öffentlichen Verkehrs hergestellt wird. Im Alter sind Menschen auf ein breites Angebot von Nahversorgungseinrichtungen und Einkaufsmöglichkeiten angewiesen. Die Erreichbarkeit der wohnungsnahen Versorgungseinrichtungen auf sicheren, barrierearmen und attraktiven Fuß- und Radwegen muss daher gesichert sein.

Der „Aktionsplan der Landesregierung zur Förderung der Nahmobilität“⁸²⁹ greift die Bedeutung des Zufußgehens und des Radfahrens für die Nahversorgung und Naherholung älterer Frauen und Männer auf und führt ressortübergreifend Maßnahmen zur Förderung des Rad- und Fußverkehrs zusammen. Mit zehn Bausteinen und weiteren Leitprojekten sollen die Bedingungen für Nahmobilität verbessert werden. Hierzu gehören beispielsweise die Mitnahme von Fahrrädern, Rollstühlen und Rollatoren im ÖPNV, der Handlungsleitfaden „Nahmobilität im Quartier“, die Erarbeitung von Planungs- und Maßnahmenvorschlägen sowie Kampagnen zur Sicherheit der Mobilität in einer altersgerechten Gesellschaft, das Modellprojekt „Bewegungsfördernde Infrastruktur“, die Erweiterung der Rad- und Wanderroutenplaner um spezifische Informationen für behinderte Menschen und vieles mehr. Der Aktionsplan hat eine Laufzeit bis zum Jahr 2020.⁸³⁰

7.5.1.1.4 Alltagsmobilität in öffentlichen Verkehrsmitteln

Es ist ein wichtiges Anliegen, die Bedarfe älterer und mobilitätseingeschränkter Fahrgäste bei der Förderung von Investitionen in den ÖPNV zu berücksichtigen. Bei der Gestaltung des Angebots spielt die Erreichbarkeit von wichtigen, für die individuelle Lebensqualität bedeutsamen Einrichtungen oder Orten mit dem öffentlichen Nahverkehr eine wesentliche Rolle. Für ältere Menschen sind diese Einrichtungen andere als

⁸²⁹ Ministerium für Wirtschaft, Energie, Bauen, Wohnen und Verkehr des Landes NRW: „Aktionsplan der Landesregierung zur Förderung der Nahmobilität“ (2012).

⁸³⁰ Näheres unter www.nahmobilitaet.nrw.de.

für den jungen Teil der Bevölkerung. So müssen ältere Menschen häufiger zu Ärztinnen und Ärzten oder möchten Treffen für ältere Menschen, Kirchen und Friedhöfe besuchen.

Zwar liegt die Pkw-Nutzung von Älteren deutlich über deren ÖPNV-Nutzung. Doch durch den Alterungsprozess entstehen physische oder psychische Beeinträchtigungen, die die Nutzung des Individualverkehrs mit zunehmendem Alter oftmals einschränken. Der ÖPNV wird dann eines der wichtigsten Mittel, um älteren Menschen Unabhängigkeit und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Die mit zunehmendem Alter ansteigenden ÖPNV-Nutzungsanteile unterstreichen das (siehe Abbildung 115).

Die Verbesserung der Erreichbarkeit relevanter Einrichtungen und Ziele für Ältere sowie die kleinräumige Erschließung von Wohngebieten mit dem ÖPNV stellen wesentliche Bedürfnisse älterer Menschen dar.

Darüber hinaus muss ein problemloser Transport von Rollatoren, Einkaufsgut usw. ermöglicht werden sowie das Fahrpersonal geschult sein, beim Ein- und Aussteigen zu helfen.

In größeren Städten ist ein entsprechendes Angebot im ÖPNV in der Regel vorhanden. In kleineren Städten und ländlichen Regionen werden die Bedürfnisse im Rahmen sogenannter „bedarfsorientierter Verkehre“ wie z. B. Taxibus, Anruf-Linien-Taxis oder Anruf-Sammel-Taxis von Bedeutung sein.

Hervorzuhebende Beispiele zur Sicherung der Mobilität besonders für ältere Menschen sind z. B. der „Stadthüpfer“ in Rheinbach, besondere ÖPNV-Angebote für ältere Menschen im bedarfsorientierten Verkehr vieler Kreise oder die über 100 Bürgerbusse in Nordrhein-Westfalen als Kooperation zwischen einem Bürgerbusverein mit ehrenamtlichen Fahrerinnen und Fahrern, einem betreuenden Verkehrsunternehmen und der jeweiligen Kommune.

Bei der technischen Ausstattung des ÖPNV spielen auch die Belange älterer Menschen eine große Rolle. Im Systemzusammenhang von Fahrzeugen, Haltestellen und dem Haltestellenumfeld wird besonderer Wert auf die nutzungsfreundliche Zugänglichkeit des ÖPNV gelegt.

Durch eine umfassende Fahrzeugförderung ist der weitaus größte Teil der Fahrzeuge inzwischen mit folgenden beispielhaften Merkmalen barrierefrei und altengerecht gestaltet:

- Niederflerbusse mit seitlicher Absenkmöglichkeit,
- Mindeststandards für Anzahl und Breite der Bustüren,
- geeignete optische und/oder akustische Informationseinrichtungen zur Ankündigung der nächsten Haltestelle,
- Fahrzeugbodengestaltungen ohne Querstufen,
- verringerte Stufen- und Spaltbreiten bei schienenengebundenen Fahrzeugen,
- Verzicht auf eine mittig angebrachte Haltestange bei Doppeltüren, um die Benutzung von Rollstühlen zu ermöglichen.

Diese Merkmale sind mittlerweile zur Zulassungsvoraussetzung neuer Stadt-Linienbusse geworden.

Schwerpunkt der aktuellen ÖPNV-Förderpolitik des Landes bleibt die infrastrukturelle Verbesserung. Bei der Modernisierung von Bahnhöfen und Stationen ist die barrierefreie und altengerechte Gestaltung ein wichtiger Aspekt.

Neben Blindenleitstreifen zur besseren Orientierung, Beleuchtungskonzepten sowie optischen und akustischen Fahrgastinformationen steht insbesondere die barrierefreie

Zuwegung im Fokus.

Darüber hinaus ist geplant, durch Investitionen zur Modernisierung der Infrastruktur mit einem Kostenvolumen von insgesamt rd. 1,1 Milliarden Euro bis voraussichtlich 2020 einen Großteil von Verkehrsstationen und Bahnhöfen barrierefrei und altengerecht zugänglich zu gestalten.

7.5.1.1.5 Alltagsmobilität im Pkw

Mobilität bis ins hohe Lebensalter ist ein primäres Bedürfnis zur Sicherung von Autonomie und Teilhabe und Kennzeichen eines aktiven Lebensstils im Alter.

Während heute nur 10 % der 80-jährigen Frauen einen Führerschein besitzen, werden im Jahr 2025 voraussichtlich 80 % der Frauen und annähernd 100 % der Männer über eine Fahrerlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeuges verfügen. In Verbindung mit dem abnehmenden Anteil der Jüngeren im Vergleich zu den Älteren führt dies zwangsläufig zu einer erheblichen relativen Zunahme von Motorisierung und autofahrenden Älteren. Die zukünftigen Generationen der Älteren werden zudem noch mobiler sein, als es ihre Vorgänger sind. Sie werden mehr gesunde und aktive Jahre erleben, bei deren Gestaltung dem Pkw eine entscheidende Bedeutung zukommt.

Schon heute stellt der Pkw das Verkehrsmittel erster Wahl dar und ermöglicht heute oft erst den Erhalt von Mobilität.⁸³¹

Umso wichtiger ist es, die Fahreignung der älteren Fahrerinnen und Fahrer so lange wie möglich zu erhalten, um eine sichere Verkehrsteilnahme mit dem Pkw zu ermöglichen. Im Alter lassen eine Vielzahl von psychomotorischen Fähigkeiten sowie die Beweglichkeit nach, was eine sichere motorisierte Verkehrsteilnahme einschränken kann. Für die Fahreignung wichtige Kompetenzen wie sehen (z. B. altersbedingte Sehschwächen, zunehmende Linseneintrübung und Blendempfindlichkeit), hören (z. B. Probleme beim Richtungshören, Schwerhörigkeit), motorische Beweglichkeit (z. B. nachlassende Muskelkraft, Bewegungsgeschwindigkeit) oder kognitive Wahrnehmung (z. B. schnellere Ermüdung, Erfassung komplexer Situationen, längere Reaktions- und Entscheidungszeiten) werden abgebaut. Allerdings kann die geringere Leistungsfähigkeit im Alter zumindest teilweise gut kompensiert werden. Ältere Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer tendieren dazu, überwiegend nur noch bekannte Strecken zurückzulegen, bei schlechter Witterung oder bei Dunkelheit auf das Autofahren zu verzichten oder eine eher defensive, langsame Fahrweise zu bevorzugen.

Von der Automobilindustrie wurden in den vergangenen Jahren eine Reihe von technischen Hilfsmitteln (Elektronisches Stabilitätsprogramm ESP, Brems-Assistent, Einparkhilfe, Spurhaltesysteme) entwickelt, die die aktive Fahrzeugsicherheit erhöhen, um Unfälle gar nicht erst entstehen zu lassen. Auch diese Hilfsmittel kompensieren zu einem Teil die Defizite älterer Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer in komplexen Situationen. Andererseits muss immer auch abgewogen werden, inwiefern diese vermeintlichen Hilfen Situationen im Straßenverkehr noch unübersichtlicher für alte Menschen machen. Deshalb ist bei allen Innovationen und Unterstützungsmaßnahmen zu beachten, dass der Verkehrssicherheit erste Priorität eingeräumt wird.

⁸³¹ Birk, S.: Potenziale und Risiken älterer Kraftfahrer mit Unfällen und ihre Darstellung in der Lokalpresse, Dissertation Bonn (2011), S. 14ff.

7.5.1.2 Unfallbeteiligung im Alter

Vor dem Hintergrund der genannten Aspekte rücken ältere Menschen zunehmend in das Bewusstsein all jener, die sich mit den Gefährdungspotenzialen im Verkehr beschäftigen. Die Betroffenheit älterer Menschen kommt insbesondere in der Unfallbeteiligung zum Ausdruck. Aufschluss darüber gibt die polizeiliche Verkehrsunfallstatistik des Landes Nordrhein-Westfalen.⁸³²

Als ältere Menschen gelten gemäß den bundesweiten Regelungen zur Verkehrsunfallstatistik Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer ab dem 65. Lebensjahr.

Als Altersgruppe mit einem beständig wachsenden Anteil an der Gesamtbevölkerung nimmt die Anzahl von Kraftfahrern, vor allem auch Kraftfahrerinnen, im Alter kontinuierlich zu. Wichtig ist dabei, dass diese Personen als Verkehrsteilnehmende eine Vielzahl von Wahrnehmungen gleichzeitig aufnehmen, verarbeiten und umsetzen können. Hier profitieren sie von ihrer Lebenserfahrung, die ihnen hilft, viele Situationen souverän zu meistern.

Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit zunehmendem Lebensalter körperliche Veränderungen eintreten, die eine Teilnahme am Verkehr erschweren können. Körperliche Fähigkeiten wie sehen, hören und Reaktionsfähigkeit lassen nach. Neben der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel bewegen sich ältere und alte Menschen hauptsächlich zu Fuß, als Rad- oder Pkw-Fahrerinnen und Pkw-Fahrer im öffentlichen Straßenverkehr.

Hier setzt die Verkehrssicherheitsberatung an. Verkehrsunfallprävention für ältere und alte Menschen ist seit langer Zeit fester Bestandteil der polizeilichen Verkehrssicherheitsarbeit in NRW. Die Kreispolizeibehörden des Landes arbeiten dabei häufig in Kooperationen mit anderen Trägern der Verkehrssicherheit. Schwerpunkte dieser Arbeit sind die Sichtbarkeit im Straßenverkehr, sicheres Überqueren von Fahrbahnen, sichere Nutzung des ÖPNV, sichere Nutzung von Fahrrädern und Pedelecs und der bewusste Umgang mit altersbedingten Einschränkungen. Beispielhaft seien zwei Kooperationen genannt, die auch mit dem „Landespreis für Innere Sicherheit des Landes NRW“ ausgezeichnet wurden.

Das „Aktionsbündnis Senioren Sicherheit“ (ASS) im Kreis Mettmann, welches in Kooperation zwischen der Kreispolizeibehörde und den Kommunen des Kreises Mettmann seit fast acht Jahren existiert, ist mittlerweile ein fester Bestandteil der verkehrspolizeilichen Präventionsarbeit und beinhaltet unter anderem das Modul „Sichere Teilnahme am Straßenverkehr als Fußgängerin und Fußgänger, Radfahrerinnen und Radfahrer, Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer sowie als Benutzerin und Benutzer des ÖPNV“. Dabei werden ältere und alte Menschen als ehrenamtliche Sicherheitspartnerinnen und -partner ausgebildet und eingesetzt.

Die Ordnungspartnerschaft „Alte Hasen – Neue Regeln“ wurde im Kreis Minden-Lübbecke mit dem Ziel gegründet, die Zahl der Unfälle mit älteren und alten Menschen zu senken und die Mobilität für ältere Menschen im Straßenverkehr möglichst bis ins hohe Alter zu erhalten. In Vorträgen, aber auch ganz praktisch, werden ältere Verkehrsteilnehmende für die Gefahren des Straßenverkehrs und die Veränderung der eigenen Reaktionsmöglichkeiten sensibilisiert. Ihnen werden neue Verkehrsregeln erläutert. Sie werden zudem auf das Verhältnis zwischen Pkw-Fahrerinnen und Pkw-Fahrern sowie

832 Vgl. Ministerium für Inneres und Kommunales NRW, Verkehrsunfallstatistik 2013

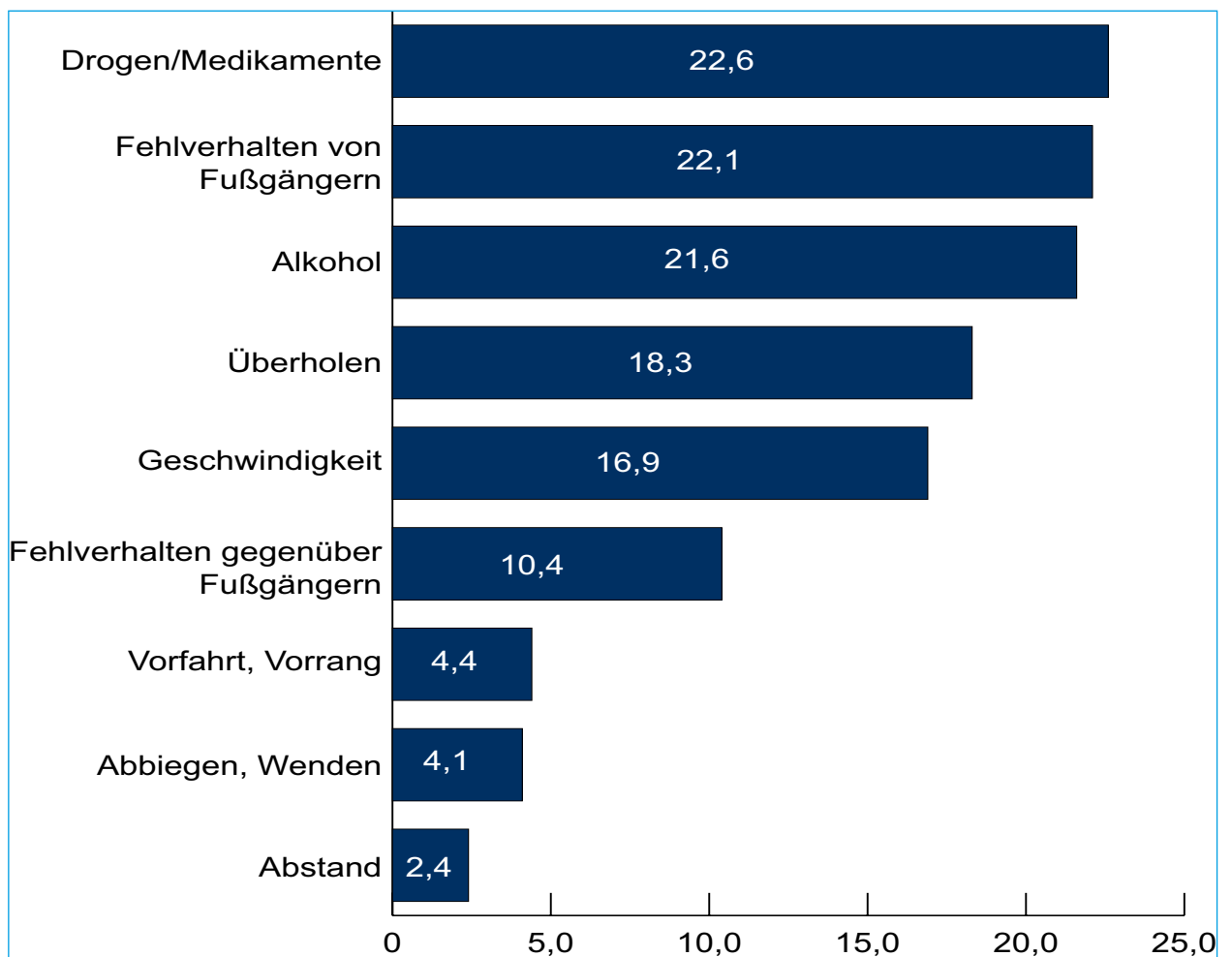
Fahrradfahrerinnen und Fahrradfahrern angesprochen. So wird gegenseitiges Verständnis geweckt. Darüber hinaus ist die eigene Erkennbarkeit im Straßenverkehr, besonders in der Dunkelheit, Thema von Veranstaltungen.

Weiterhin werden einzelne Phänomene in der Straßenverkehrslenkung und Vorfahrtberechtigung an verschiedenen Stellen im Kreis Minden-Lübbecke thematisiert.

So organisiert die Polizei in Kooperation mit dem Seniorenbeirat der Stadt Lübbecke Radtouren. Dabei werden direkt vor Ort die Themen Kreisverkehr, neue Beschilderungen und andere neue Regelungen besprochen.

Die häufigsten Ursachen für Verkehrsunfälle von Älteren – insbesondere bei einer Verkehrsbeteiligung mit Pkw – unterscheiden sich deutlich von denen junger Erwachsener (18 bis 24 Jahre). In dieser Zielgruppe stehen Geschwindigkeitsverstöße mit großem Abstand an erster Stelle. Bei den Älteren sind – ebenfalls mit großem Abstand – die Ursachen in Fehlern beim Wenden oder Rückwärtsfahren oder beim Abbiegen festzustellen. Geschwindigkeitsverstöße sind jährlich ursächlich für rund ein Drittel aller Verkehrstoten, im Jahr 2012 waren das 159 Personen, während die Unfallursache „Abbiegen, Wenden und Rückwärtsfahren“ weniger als ein Sechstel der jährlichen Verkehrstoten bewirkt, im Jahr 2012 waren das 70. Das Diagramm 116 zeigt augenfällige Unterschiede bei den Folgen von Verkehrsunfällen mit Personenschaden durch die jeweiligen Hauptunfallursachen. Danach führten 1.000 Personenschadensunfälle mit der Ursache „Drogen/Medikamente“ zu rund 23 Verkehrstoten, das „Fehlverhalten von Fußgängern“ ebenso wie die Ursache „Alkohol“ zu 22; durch die Ursache „Geschwindigkeit“ kamen 17 Menschen zu Tode und bei der Hauptunfallursache von Älteren „Abbiegen/Wenden“ vier.

116 Verkehrstote je 1.000 Verkehrsunfälle mit Personenschaden der jeweiligen Hauptunfallursache ⁸³³



Der Gefährdungsgrad älterer Menschen im Straßenverkehr für sich selbst und andere Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer ist also differenziert zu betrachten. Zunehmende Bedeutung in der Verkehrsbeteiligung Älterer erlangt der Fahrradverkehr. Hier wirken sich insbesondere die Pedelecs aus. Da in NRW Unfalldaten zu Pedelecs erst seit dem Jahr 2012 erhoben werden, sind noch keine belastbaren Aussagen zur Entwicklung der Unfallfolgen möglich. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die zulassungs- und versicherungsfreien Pedelecs wegen steigender Beliebtheit gerade bei den Älteren künftig auch in der Unfallstatistik eine größere Rolle spielen werden.

Der Anteil der ab 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen bewegt sich im Vergleichszeitraum der Jahre 2008 bis 2012 im Bereich von 20 % (über 3,6 Millionen Personen). Im Jahr 1970 lag der entsprechende Anteil noch bei 13,6 % (2,3 Millionen Personen). Von den über 3,6 Millionen älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen sind nahezu 2,1 Millionen (57,1 %) weiblichen und über 1,5 Millionen (42,9 %) männlichen Geschlechts.

⁸³³ Verkehrstote NRW 2013 alle Altersgruppen, Quelle: Ministerium für Inneres und Kommunales NRW, Verkehrsunfallstatistik 2013

Die Zahl der getöteten älteren Personen ab 65 schwankte in den Jahren 2009 bis 2013 zwischen 145 und 198 (bei Frauen zwischen 52 und 92, bei Männern zwischen 93 und 106). Die Getötetenhäufigkeit, also die Zahl der Verkehrstoten pro 1 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner, ist bei den Älteren im Betrachtungszeitraum der letzten fünf Jahre von 54,7 auf 39,8 (-27,2 %) zurückgegangen (bei Frauen von 44,0 auf 25,0 also -43,2 %, bei Männern von 69,3 auf 59,6 = -14,0 %).

Hier wird deutlich, dass ältere Männer – gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil – deutlich häufiger im Straßenverkehr zu Tode kommen, als ältere Frauen und dass auch der Rückgang dieser Quote in den letzten fünf Jahren weniger stark ausfällt.

Die Zahl der verletzten Älteren ist in den letzten fünf Jahren um 4,6 % gesunken. Diese positive Entwicklung ist mit -6,1 % bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern (-3,1 %).

Berücksichtigt man die gleichzeitige Entwicklung des Bevölkerungsanteils der Älteren, so lässt sich eine Verunglücktenhäufigkeit pro 1 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner berechnen, die sich im Betrachtungszeitraum um 5,6 % von 2.498 auf 2.359 reduziert hat. Bei älteren Frauen ist diesbezüglich ein Rückgang um 6,4 % von 2.147 auf 2.011 zu verzeichnen, bei älteren Männern ein Rückgang um 5,3 % von 2.984 auf 2.825. Die Zahl der Verkehrsunfälle (ohne Bagatellunfälle⁸³⁴), an denen Ältere aktiv beteiligt waren, ist von 28.647 im Jahr 2009 auf 28.824 im Jahr 2013 gestiegen, das entspricht einem Zuwachs von 0,6 %. Maßgeblich dafür ist der leichte Rückgang bei der Verkehrsteilnahme von älteren Männern um -1,0 % von 19.469 auf 19.272, während es bei den älteren Frauen einen Anstieg um 4,1 % von 9.178 auf 9.552 gab.

Frauen

Am unfallträchtigsten ist für ältere Frauen das Radfahren (25 %) und die Verkehrsbeteiligung als Fußgängerin (24 %), gefolgt vom Pkw-Fahren (23 %). Das Mitfahren in Pkw schlägt mit 19 % zu Buche, motorisierte Zweiräder spielen mit 0,4 % praktisch keine Rolle. Einzig die Quote des Pkw-Fahrens zeigt leicht steigende Tendenz, alle anderen Beteiligungsarten sind bei der Entwicklung der Unfallzahlen stabil bis leicht rückläufig. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass die Entwicklung beim Pkw-Fahren als unfallträchtige Verkehrsbeteiligung in den nächsten Jahren – auch bei den Männern – weiter zulegen wird, da immer mehr Führerscheininhaberinnen und -inhaber in die Altersgruppe der Älteren „aufsteigen“. Von den im Jahr 2009 9.178 aktiv an Verkehrsunfällen (ohne Bagatellunfälle) beteiligten Frauen ab 65 Jahre haben 6.293 diese Unfälle auch verursacht, was einer Quote von 68,6 % entspricht. Im Jahr 2013 stehen 9.552 Beteiligungen 6.675 Verursachungen gegenüber. Die Quote ist somit um 1,9 % auf 69,9 % angestiegen.

Die beiden häufigsten Unfallursachen sind – wie bei den älteren Männern – „Fehler beim Wenden oder Rückwärtsfahren“ und „Fehler beim Abbiegen“.

Bei den 6.293 im Jahr 2009 von älteren Frauen verursachten Verkehrsunfällen geschah dies in 5.487 Fällen unter Pkw-Beteiligung, was einer Quote von 87,2 % entspricht. Im Jahr 2013 wurden 6.675 Unfälle verursacht, davon 5.936 mit einem Pkw, also eine Quote von 88,9 %. In fünf Jahren gab es demnach einen Zuwachs bei der Verursacherquote von älteren und alten Frauen bei Pkw-Unfällen um 1,9 %.

834 Sachschadensunfälle, bei denen alle Kraftfahrzeuge fahrbereit blieben.

Männer

Augenfällig ist der hohe Verunglückungsanteil älterer Männer von rund 34 % als Radfahrer und 33 % als Pkw-Fahrer. Als Fußgänger verunglücken sie hingegen zu 14 %, zu 11 % als motorisierte Zweiradfahrer und zu 4 % als Mitfahrer in Pkw.

Von den im Jahr 2009 19.469 aktiv an Verkehrsunfällen (ohne Bagatellunfälle) beteiligten älteren Männern haben diese 14.263 Unfälle auch verursacht. Das entspricht einer Quote von 73,3 %. Im Jahr 2013 stehen 19.272 Beteiligungen 14.318 Verursachungen gegenüber, die Quote ist also leicht auf 74,3 % angestiegen.

Bei den 14.263 im Jahr 2009 von älteren Männern verursachten Verkehrsunfällen geschah dies in 12.109 Fällen unter Pkw-Beteiligung, was einer Quote von 84,9 % entspricht. Im Jahr 2013 wurden 14.318 Unfälle verursacht, davon 12.235 mit einem Pkw, was einer Quote von 85,5 % entspricht. In fünf Jahren gab es demnach einen Zuwachs bei der Verursacherquote von älteren Männern bei Pkw-Unfällen um lediglich 0,7 %.

Die beiden häufigsten Unfallursachen sind hierbei „Fehler beim Wenden oder Rückwärtsfahren“ und „Fehler beim Abbiegen“.

5,4 % (769) der von Männern ab 65 Jahren verursachten Verkehrsunfälle erfolgten im Jahr 2009 mit dem Fahrrad, im Jahr 2013 waren es ebenfalls 5,4 % (775).

Als Fahrer motorisierter Zweiräder waren ältere Männer 2009 in 2,1 % (302) besagter Unfälle auch Verursacher, 2013 waren es 2,0 % (287).

Als Fußgänger traten sie 2009 mit einem Anteil von 1,5 % (219) als Verursacher in Erscheinung, 2013 waren es nur noch 1,1 % (158).

Einen Gesamtüberblick über die Unfallbeteiligung von älteren und alten Menschen im Zeitraum von 2009 bis 2013 geben die nachfolgenden Tabellen:

117 Ältere Menschen (ab 65 Jahre) ⁸³⁵

Beteiligung an und Verursachung von VU (ohne Kat. 5)	Ältere Menschen						
	2009 (3,62= 20,2 %)	2010 (3,64= 20,4 %)	2011 (3,62= 20,3 %)	2012 (3,62= 20,3 %)	2013 (3,64 = 20,7 %)	Veränderung 2012/2013 in %	Veränderung 2009/2013 in %
Einwohner gesamt (Mio.)	17,933	17.872	17.845	17.842	17.554	-1,61	-2,11
Einwohner ältere Menschen	3,62	3,64	3,62	3,62	3,64	0,55	0,55
Anteil an gesamt	20,19 %	20,37 %	20,29 %	20,29 %	20,74 %	2,20	2,72
Beteiligung (aktiv) von älteren Menschen an VU	28.647	27.089	29.436	28.548	28.824	0,97	0,62
Beteiligung von Seniorinnen und Senioren als Pkw-Fahrer	22.278	21.277	22.924	22.343	22.711	1,65	1,94
insgesamt							
Getötete	198	145	170	159	145	-8,81	.26,77
Verletzte	8.846	7.906	8.891	8.621	8.442	-2,08	-4,57
Verunglückte	9.044	8.051	9.061	8.780	8.587	-2,20	-5,05
Verunglücktenhäufigkeit (je 1 Mio. Einwohner)	2.498	2.212	2.503	2.425	2.359	-2,74	-5,57
davon verunglückt als**							
Fußgänger	1.702	1.484	1.658	1.550	1.587	2,39	-6,76
Radfahrer (aktiv)	2.620	2.316	2.748	2.670	2.564	-3,97	-2,14
Fahrer motorisierter Zweiräder	557	484	561	543	505	-7,00	-9,34
Pkw-Fahrer	2.417	2.162	2.426	2.412	2.436	1,00	0,79
Mitfahrer im Pkw	1.190	1.059	1.107	1.032	995	-3,59	-16,39
Ältere Menschen als Verursacher des VU	20.556	19.556	21.230	20.645	20.993	1,69	2,13
davon Verursacher als**							
Fußgänger	433	355	397	372	338	-9,14	-21,94
Radfahrer	1.285	1.149	1.306	1.307	1.248	-4,51	-2,88
Fahrer motorisierter Zweiräder	321	298	295	311	302	-2,89	-5,92
Pkw-Fahrer	17.596	16.778	18.254	17.780	18.171	2,20	3,27

*) Einwohnerzahlen: Stand 31.12. des jeweiligen Vorjahres

***) Aufzählungen nicht abschließend

Unter dem Begriff „Verunglückte“ ist die Summe aus Getöteten und Verletzten zu verstehen.

118 Ältere Frauen (ab 65 Jahre) 2009 bis 2013⁸³⁶

Beteiligung an und Verursachung von VU (ohne Kat. 5)	Ältere Frauen						
	2009 (3,62= 20,2 %)	2010 (3,64= 20,4 %)	2011 (3,62= 20,3 %)	2012 (3,62= 20,3 %)	2013 (3,64 = 20,7 %)	Veränderung 2012/2013 in %	Veränderung 2009/2013 in %
Einwohner gesamt (Mio.)	17,933	17.872	17.845	17.842	17.554	-1,61	-2,11
Einwohner ältere Frauen	2,09	2,09	2,08	2,08	2,08	0,05	-0,53
Anteil an gesamt	11,64 %	11,71 %	11,64 %	11,63 %	11,83 %	1,69	1,62
Beteiligung (aktiv) von älteren Frauen an VU	9.178	8.443	9.662	9.581	9.552	-0,30	4,07
Beteiligung von älteren Frauen als Pkw-Fahrerinnen	6.785	6.332	7.304	7.240	7.403	0,88	7,65
insgesamt							
Getötete	92	50	74	67	52	-22,39	-43,48
Verletzte	4.389	3.903	4.321	4.286	4.122	-3,83	-6,08
Verunglückte	4.481	3.953	4.395	4.353	4.174	-4,11	-6,35
Verunglücktenhäufigkeit (je 1 Mio. Einwohner)	2.147	1,890	2.116	2.098	2.011	-4,16	-636
davon verunglückt als**							
Fußgängerinnen	1.064	953	1.030	974	1.010	3,70	-5,08
Radfahrerinnen (aktiv)	1.109	937	1.094	1.156	1.042	-9,86	-6,04
Fahrerinnen motorisierter Zweiräder	37	30	30	27	25	-7,41	-32,43
Pkw-Fahrerinnen	956	815	986	971	971	0,00	1,57
Mitfahrerinnen im Pkw	979	868	914	842	812	-3,56	-17,06
Ältere Frauen als Verursacher des VU	6.293	5.817	6.688	6.649	6.675	0,39	6,07
davon Verursacher als**							
Fußgängerinnen	214	175	208	184	180	-2,17	-15,89
Radfahrerinnen	516	430	481	504	473	-6,15	-8,33
Fahrerinnen motorisierter Zweiräder	19	14	15	12	15	25,00	-21,05
Pkw-Fahrerinnen	5.487	5.131	5.907	5.884	5.936	0,88	8,18

119 Ältere Männer (ab 65 Jahre) 2009 bis 2013 ⁸³⁷

Beteiligung an und Verursachung von VU (ohne Kat. 5)	Ältere Männer						
	2009 (3,62= 20,2 %)	2010 (3,64= 20,4 %)	2011 (3,62= 20,3 %)	2012 (3,62= 20,3 %)	2013 (3,64 = 20,7 %)	Veränderung 2012/2013 in %	Veränderung 2009/2013 in %
Einwohner gesamt (Mio.)	17,933	17.872	17.845	17.842	17.554	-1,61	-2,11
Einwohner ältere Männer	1,53	1,55	1,54	1,55	1,56	0,84	2,16
Anteil an gesamt	8,53 %	8,64 %	8,64 %	8,68 %	8,90 %	2,49	4,36
Beteiligung (aktiv) von älteren Männern an VU	19.469	18.646	19.774	18.967	19,272	1,61	-1,01
Beteiligung von älteren Männern als Pkw-Fahrer	15.493	14.945	15.620	15.103	15.407	2,01	-0,56
insgesamt							
Getötete	106	95	96	92	93	1,09	-12,26
Verletzte	4.457	4.003	4.570	4.335	4.320	-0,35	-3,07
Verunglückte	4.563	4.098	4.666	4.427	4.413	-0,32	-3,29
Verunglücktenhäufigkeit (je 1 Mio. Einwohner)	2.984	2.652	3.028	2.858	2.825	-1,15	-5,33
davon verunglückt als**							
Fußgänger	638	531	628	576	577	0,17	-9,56
Radfahrer (aktiv)	1.511	1.379	1.654	1.514	1.522	0,53	0,73
Fahrer motorisierter Zweiräder	520	454	531	516	480	-6,98	-7,69
Pkw-Fahrer	1.461	1.347	1.440	1.441	1.465	1,67	0,27
Mitfahrer im Pkw	211	191	193	190	183	-3,68	-13,27
Ältere Männer als Verursacher des VU	14.263	13.739	14.542	13.996	14.318	2,30	0,39
davon Verursacher als**							
Fußgänger	219	180	189	188	158	-15,96	-27,85
Radfahrer	769	719	825	803	775	-3,49	0,78
Fahrer motorisierter Zweiräder	302	284	280	299	287	-4,01	-4,97
Pkw-Fahrer	12.109	11.647	12.347	11.896	12.235	2,85	1,04

Es stellt sich im Zusammenhang mit Mobilität im Alter die kontrovers diskutierte Frage nach dem Gefährdungspotenzial durch und für die ältere Autofahrerin bzw. den älteren Autofahrer.

Spektakuläre Schilderungen von Unfällen, die von älteren Menschen verursacht wurden, heizen die Diskussion an, ob Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer verpflichtet werden sollen, regelmäßig ihre körperliche Fahreignung nachzuweisen. Fakt ist jedoch, dass insgesamt Fahrerinnen und Fahrer mit hohen Fahrleistungen über ein niedrigeres Unfallrisiko pro Kilometer verfügen als Fahrerinnen und Fahrer mit geringeren Fahrleistungen. Das häufig zitierte Unfallrisiko älterer Fahrerinnen und Fahrer ist daher auch auf ihre potenziell geringere Fahrleistung zurückzuführen.

Erst Fahrerinnen und Fahrer, die älter als 75 Jahre sind und eine Fahrleistung unterhalb von 3.000 Kilometern im Jahr aufweisen, sind nachweisbar häufiger an Unfällen beteiligt.⁸³⁸

Im Rahmen des normalen Alterungsprozesses sind Einschränkungen der kognitiven Funktionen, der Sensorik, der Motorik, der Krankheitsrate und der Persönlichkeit zu erwarten, die allerdings sehr unterschiedlich verlaufen. Dazu kommt eine höhere Verletzlichkeit älterer Menschen, die die Folgen eines Verkehrsunfalls mitbestimmt.

Älteren Menschen stehen allerdings Kompensationsmöglichkeiten durch angepasste Fahrweise und Fahrtenauswahl, durch Fahrassistenzsysteme und lange Fahrpraxis zur Verfügung.

Eine Pflicht zu einer generellen Überprüfung der gesundheitlichen Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs lässt sich daraus insgesamt nicht ableiten. Das Fahrerlaubnisrecht in Deutschland geht grundsätzlich von der Eigenverantwortung jeder einzelnen Kraftfahrerinnen und jedes einzelnen Kraftfahrers für ihre bzw. seine gesundheitliche Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges aus. Ein staatliches Einschreiten ist immer erst dann vorgesehen, wenn den zuständigen Behörden Informationen vorliegen, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisinhabers begründen.

7.5.1.3 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Die Landesregierung wird den eingeschlagenen Weg für mehr Barrierefreiheit, für mehr Inklusion und für eine interdisziplinäre Betrachtung und Ertüchtigung unserer Quartiere weitergehen. Das gilt sowohl für das Ordnungsrecht als auch für das Förderrecht. Mit der Überarbeitung des Wohn- und Teilhabegesetzes wurde der Rechtsrahmen für mehr innovative Wohn- und Pflegemodelle gesetzt. Mit der Novellierung der Landesbauordnung werden voraussichtlich weitergehende Anforderungen an die Barrierefreiheit für den Wohnungsbau und für öffentliche Gebäude umgesetzt werden.

Die Gestaltung des öffentlichen Raumes ist ein Kernbestandteil der Städtebauförderung. In den Förderrichtlinien der Stadterneuerung ist als besondere Zuwendungsvoraussetzung formuliert: „Die kinderfreundliche und generations-übergreifende Gestaltung des öffentlichen Raumes soll sicherstellen, dass alle Menschen – unabhängig vom Alter und körperlichen Einschränkungen – öffentliche Gebäude, Straßen, Wege und Plätze selbstständig und uneingeschränkt nutzen können (barrierefreies Bauen).“ Gerade die zentralen Aufenthaltsflächen in den Stadtkernen werden aktuell in vielen Städten und Gemeinden umgebaut, um allen Menschen eine Teilhabe am öffentlichen Raum zu ge-

⁸³⁸ Vgl. Kubitzki, J./Janitzek, T. (2009).

währleisten. Dies gilt insbesondere für Fußgängerzonen und Marktplätze.

Auch im Rahmen der Wohnraumförderung hat die Weiterentwicklung der Richtlinien zur Bewältigung der Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben, höchste Priorität.

Nordrhein-Westfalen verfügt über eine bundesweit hervorragende Förderlandschaft für den Neubaubereich aber auch für den Gebäudebestand, die sowohl kleinteilige Verbesserungen im Baubestand als auch die Entwicklung ganzer Quartiere ermöglicht. Ein weiterer Aspekt, der oft viel zu wenig Beachtung findet, ist, dass durch die Förderung auch die Mieten niedrig gehalten werden können. Das ist bei den heutigen und zukünftigen Rentenniveaus ein nicht zu unterschätzender Faktor. Gut und günstig wohnen ist das Credo der Wohnraumförderung in Nordrhein-Westfalen.

Ziel ist es, möglichst vielen älteren Bürgerinnen und Bürgern ein Verbleiben im angestammten Quartier zu ermöglichen und dieses in möglichst großer Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung. Auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit muss es gelingen, die notwendigen Hilfestrukturen im Quartier, im Stadtteil oder im Dorf zu integrieren. So kann ein wichtiger Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels geleistet werden.

Im Bereich der Mobilität stärkt die Landesregierung mit dem Aktionsplan zur Förderung der Nahmobilität, der eine Laufzeit bis zum Jahr 2020 hat, die Bedeutung des Zuzußgehens und des Radfahrens. Die Nahmobilität hat gerade für ältere Menschen eine große Bedeutung, ermöglicht sie doch eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, soziale Kontakte und Unabhängigkeit von Auto und öffentlichem Personennahverkehr. Der Aktionsplan will mit zehn Bausteinen und weiteren Leitprojekten die Bedingungen für die Nahmobilität verbessern. Hierzu gehören beispielsweise die Mitnahme von Fahrrädern, Rollstühlen und Rollatoren im ÖPNV und der Handlungsleitfaden „Nahmobilität im Quartier“.

7.5.2 Kriminalität und Alter

Dass ältere Menschen seltener Opfer von Straftaten als jüngere werden, zeigen nicht nur die ersten exemplarischen Auswertungen der Altenberichterstattung NRW. Diese Erkenntnisse werden zudem belegt aus den Ergebnissen der umfassenden und komplexen Studie zu „Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen alter Menschen“, die vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (Hannover) in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin), der Universität Hildesheim und der Deutschen Hochschule der Polizei (Münster) durchgeführt wurde.

Der Rückgang der Kriminalitätsgefährdung Älterer ist auch vor dem Hintergrund veränderter Lebensstile und Interaktionsmuster zu betrachten. Ältere Menschen interagieren in alltäglichen Lebensbezügen immer weniger mit jenen Bevölkerungsgruppen, die als Täter die höchste Belastung aufweisen. Sie zeigen stattdessen in erhöhtem Maße kriminalitätsbezogenes Vorsichts- und Vermeideverhalten und setzen sich, unterstützt durch einen zunehmend weniger auf den öffentlichen Raum und auf Kontakte zu fremden Personen orientierten Lebensstil, in geringerem Maße Risiken aus. Ältere Menschen befürchten dennoch, Opfer von Straftaten außerhalb ihres Wohnraums zu werden. Tatsächlich sind sie von Handtaschenraub stärker betroffen als Jüngere, aber auch bei diesem Delikt sind die Fallzahlen rückläufig.

Die polizeistatistischen Daten belegen, dass die größere Gefährdung für ältere Men-

schen, Opfer von Straftaten zu werden, im häuslichen Bereich liegt. Dort werden sie Opfer von Trickdiebstahl und Trickbetrug. Überörtlich agierende Tätergruppen stellen ihre Taten auf die Einschränkungen der alten Menschen ab und spekulieren auf deren Hilfsbereitschaft sowie auf deren Achtung vor Amtspersonen.⁸³⁹

Gewalttaten im sozialen Nahraum, wie häusliche Gewalt oder Körperverletzungs- und Bedrohungsdelikte in Pflegesituationen, werden sehr selten angezeigt. Die Anzahl der Fälle von Raub in der Wohnung ist jedoch gestiegen.

Auch ältere Menschen nutzen das Internet zum Einkauf, zur Buchung ihrer Urlaubsreise, zum Online-Banking, zur Kontaktpflege in sozialen Netzwerken und für E-Mails. Die Risiken für Internetnutzerinnen und Internetnutzer sind für jüngere und ältere Menschen grundsätzlich gleich.

7.5.2.1 Datenquellen

Der Polizei NRW⁸⁴⁰ stehen zur Auswertung von Straftaten zum Nachteil von älteren Menschen zwei Datenquellen unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Reichweite zur Verfügung.

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) weist Opferdaten nur für den Bereich der Opferdelikte⁸⁴¹ aus. Neben Tatverdächtigen-Opfer-Beziehungen und Angaben zu Tatörtlichkeiten werden Alter und Geschlecht der Opfer dargestellt. In der Altersgruppe der Erwachsenen werden Opfer ab 60 Jahren und älter gesondert aufgeführt. Personenbezogene Daten zu den Geschädigten von Eigentums- und Vermögensdelikten erfasst die PKS nicht.

Für Deutschland gesamt steht die PKS des Bundeskriminalamtes mit den gleichen Erfassungsmodalitäten zur Verfügung; weitergehende statistische Werte zu Opfern über die der PKS NRW hinaus liegen somit dort nicht vor.

Für Nordrhein-Westfalen steht neben der PKS das polizeiliche Recherchetool FINDUS⁸⁴² zur Verfügung. Angaben zu Geschädigten sind in dieser Datenbank zu allen Delikten vorhanden. Sie sind jedoch nur zwölf Monate recherchierbar und demnach für eine Langzeitauswertung nicht geeignet.

Bei den Daten aus PKS und FINDUS ist zu beachten, dass es sich ausschließlich um die den Behörden durch Anzeige oder eigene Ermittlungen bekannt gewordenen Straftaten (Hellfeld) handelt. Forschungsergebnisse zu ausgewählten Deliktsbereichen weisen auf ein deliktsbezogen unterschiedlich großes Dunkelfeld hin. Betroffene zeigen Straftaten aus verschiedensten Gründen nicht an. Dazu können u. a. geringe subjektive Bedeutung der Straftat, Scham, erwartete Erfolglosigkeit der Strafverfolgung, Angst vor weiteren gleichartigen Übergriffen (insbesondere bei nahen Täter-Opfer-Beziehungen

⁸³⁹ Wegen der deutlichen Zunahme von Straftaten im häuslichen Bereich zum Nachteil älterer Menschen im Alter ab 60 Jahren unter Einsatz eines Tricks durch überregional banden- und gewerbsmäßig agierende und auf solche Straftaten spezialisierte Täter und Täterinnen („SÄM-ÜT“: Straftaten zum Nachteil älterer Menschen mit überregionaler Tatbegehung), wird seit Mitte 2008 in NRW in jeder Polizeibehörde eine spezialisierte kriminalpolizeiliche Sachbearbeitung zur Bekämpfung dieser Taten eingesetzt. Entscheidend für die Zuordnung zu dieser Sachbearbeitung ist die Trickanwendung bei der Tatbegehung im häuslichen Bereich (s. auch Kapitel 7.5.2.3 Eigentums- und Vermögensdelikte).

⁸⁴⁰ Datenmaterial: Landeskriminalamt NRW.

⁸⁴¹ Eine statistische Opfererfassung gemäß PKS-Richtlinien erfolgt bei strafbaren Handlungen gegen höchstpersönliche Rechtsgüter: Leben, körperliche Unversehrtheit, Freiheit, Ehre, sexuelle Selbstbestimmung, jeweils in festgelegten Bereichen.

⁸⁴² FINDUS: Fallinformationen durchsuchen mit System – Datenbankanwendung zur Auswertung und Analyse strafbarer Handlungen.

und/oder Abhängigkeitsverhältnissen), aber auch Nichtbemerken der Straftat z. B. wegen körperlicher Gebrechen oder Demenz gehören.

7.5.2.2 **Ausgewählte Delikte der Gewaltkriminalität, Bedrohung und leichte Körperverletzung**⁸⁴³

Die Daten der PKS NRW belegen, dass Menschen jenseits des 65. Lebensjahres deutlich weniger gefährdet sind, Opfer eines polizeilich registrierten (Gewalt-)Delikts zu werden als jüngere Erwachsene, Heranwachsende oder Jugendliche; in vielen Deliktsbereichen liegen die Viktimisierungsrisiken⁸⁴⁴ älterer Menschen unter denen von Kindern. Dies ist z. B. bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, der sonstigen räuberischen Erpressung gemäß § 255 StGB und den Körperverletzungsdelikten allgemein (inklusive Misshandlung von Schutzbefohlenen) der Fall.

Innerhalb der Altersgruppe ab 65 Jahren sind ältere Frauen durch Handtaschenraub vergleichsweise hoch belastet, während ältere Männer als Opfer bei den Körperverletzungsdelikten überwiegen. Die Geschlechterunterschiede in den polizeilichen Gefährdungsindikatoren sind insgesamt bei älteren Menschen weniger ausgeprägt als in den jüngeren Gruppen, wo jeweils – mit Ausnahme der Sexualdelikte – Männer deutlich höhere Gefährdungsrisiken aufweisen als Frauen.

Ausnahme vom generellen Befund einer geringen Gefährdung im höheren Lebensalter ist neben dem Handtaschenraub die fahrlässige Tötung (nicht in Verbindung mit Verkehrsunfällen).

In der nachfolgenden Analyse werden in einer Gesamtbetrachtung ausgewählte Gewaltdelikte (Tötungs-, Sexual-, Raub- und Körperverletzungsdelikte gemäß Definition für Gewaltkriminalität⁴ einschließlich einfacher Körperverletzung, sowie Bedrohung, ohne Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr) über die Daten der Jahre 2009 und 2013 exemplarisch für die Polizeibezirke Bielefeld, Dortmund, Mettmann, Euskirchen und Köln ausgewertet und in den Kontext der landesweiten Betrachtung gestellt. Unterschieden wird zwischen den Altersgruppen der 65- bis unter 75-Jährigen und der Gruppe der älteren Menschen ab 75 Jahre.

843 Gewaltkriminalität nach Definition der Richtlinien für die Führung der Polizeilichen Kriminalstatistik: Tötungsdelikte, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung (besonders schwere Fälle), Raubdelikte, gefährliche und schwere Körperverletzung, Erpresserischer Menschenraub, Geiselnahme, Angriff auf den Luft- und Seeverkehr

844 Der Begriff „Viktimisierung“ wird in der kriminologischen Terminologie genutzt, um den Prozess des „Zum-Opfer-Werdens“ bzw. „Zum-Opfer-Machens“ zu erfassen.

121 Ausgewählte Opferdelikte (Anzahl der Opfer)

Polizeibezirk	Jahr	Opfer - Altersgruppe in Jahren	Gewalkriminalität*, leichte Körperverletzung und Bedrohung	Gewalkriminalität*	- Mord und Totschlag	- Sexualdelikte	- Raub insgesamt	davon Handtaschenraub	davon Straßenraub	davon Raubüberfälle in Wohnungen	- gef. u. schw. Körperverletzung	Leichte Körperverletzung	Bedrohung
Bielefeld	2009	65 bis < 75	57	20			9	2	6		11	27	10
		ab 75	32	10			6	2	3		4	14	8
		insgesamt	89	30			15	4	9		15	41	18
	2013	65 bis < 75	66	19		1	7	1	4		11	33	14
		ab 75	34	13			12	3	6	3	1	16	5
		insgesamt	100	32		1	19	4	10	3	12	49	19
Dortmund	2009	65 bis < 75	200	76			33	12	12	2	43	86	38
		ab 75	91	53	3	1	37	19	6	11	12	31	7
		insg.	291	129	3	1	70	31	18	13	55	117	45
	2013	65 bis < 75	237	87	2	1	54	7	28	2	30	105	45
		ab 75	133	77	1		60	8	32	10	16	42	14
		insg.	370	164	3	1	114	15	60	12	46	147	59
Euskirchen	2009	65 bis < 75	38	15			6		2	2	9	13	10
		ab 75	18	10			7	3		3	3	3	5
		insg.	56	25			13	3	2	5	12	16	15
	2013	65 bis < 75	58	11	1		7	1	1		3	30	17
		ab 75	21	9			7	4	1		2	9	3
		insg.	79	20	1		14	5	2		5	39	20
Mettmann	2009	65 bis < 75	132	32	2		9	2	2	3	21	56	44
		ab 75	39	13			8	3	3		5	18	8
		insg.	171	45	2		17	5	5	3	26	74	52
	2013	65 bis < 75	128	28			10		4	1	18	66	34
		ab 75	57	17			10	2	5	1	7	25	15
		insg.	185	45			20	2	9	2	25	91	49
Köln	2009	65 bis < 75	465	175	2		86	34	26	4	87	199	91
		ab 75	190	81	2	1	52	26	18	4	26	86	23
		insg.	655	256	4	1	138	60	44	8	113	285	114
	2013	65 bis < 75	509	146	2		73	25	28	4	71	243	120
		ab 75	253	107		1	78	34	22	13	28	120	26
		insg.	762	253	2	1	151	59	50	17	99	363	146

* Gewalkriminalität nach der Definition der PKS ohne die Delikte Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr

122 Anzahl der Opfer mit Opfer-Tatverdächtigenbeziehung „Verwandtschaft“ **

Polizeibezirk	Jahr	Opfer - Altersgruppe in Jahren	Gewalkriminalität*, leichte Körperverletzung und Bedrohung	Gewalkriminalität*	- Mord und Totschlag	- Sexualdelikte	- Raub insgesamt	davon Handtaschenraub	davon Straßenraub	davon Raubüberfälle in Wohnungen	- gef. u. schw. Körperverletzung	Leichte Körperverletzung	Bedrohung	
Bielefeld	2009	65 bis < 75	6									4	2	
		ab 75	10	2							2	4	4	
		insgesamt	16	2							2	8	6	
	2013	65 bis < 75	17	5								5	9	3
		ab 75	10										6	4
		insgesamt	27	5							5	15	7	
Dortmund	2009	65 bis < 75	30	6							6	14	10	
		ab 75	17	3	1	1					1	14		
		insg.	47	9	1	1					7	28	10	
	2013	65 bis < 75	41	11	1		1				9	26	4	
		ab 75	20	66			3			3	3	10	4	
		insg.	61	17	1		4			3	12	36	8	
Euskirchen	2009	65 bis < 75	8	2							2	4	2	
		ab 75	5	2							2		3	
		insg.	13	4							4	4	5	
	2013	65 bis < 75	13	2	1						1	6	5	
		ab 75	1									1		
		insg.	14	2	1						1	7	5	
Mettmann	2009	65 bis < 75	30	9	2		2			1	5	10	11	
		ab 75	7	2							2	4	1	
		insg.	37	11	2		2			1	7	14	12	
	2013	65 bis < 75	30	4			1			1	3	15	11	
		ab 75	15	2							2	9	4	
		insg.	45	6			1			1	5	24	15	
Köln	2009	65 bis < 75	100	27			2			2	25	59	14	
		ab 75	45	16	1		3			1	12	26	3	
		insg.	145	43	1		5			3	37	85	17	
	2013	65 bis < 75	118	24	1		1			1	22	66	28	
		ab 75	67	12			2	1		1	10	48	7	
		insg.	185	36	1		3	1		2	32	114	35	

* Gewalkriminalität nach der Definition der PKS ohne die Delikte Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr

** Die Opfer-Tatverdächtigenbeziehung „Verwandtschaft“ umfasst nach den PKS-Richtlinien folgenden Personenkreis: Ehepartner, eingetragene Lebenspartnerschaft, Lebensgefährte, ehemaliger Ehepartner/Lebensgefährte, Kinder/Pflegekinder, Eltern/Pflegeeltern, Großeltern, Geschwister, sonstige Angehörige nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB.

123 Anzahl der Opfer im gemeinsamen Haushalt mit dem Tatverdächtigen lebend

Polizeibezirk	Jahr	Opfer - Altersgruppe in Jahren	Gewalkriminalität*, leichte Körperverletzung und Bedrohung	Gewalkriminalität*	- Mord und Totschlag	- Sexualdelikte	- Raub insgesamt	davon Handtaschenraub	davon Straßenraub	davon Raubüberfälle in Wohnungen	- gef. u. schw. Körperverletzung	Leichte Körperverletzung	Bedrohung	
Bielefeld	2009	65 bis < 75	4									2	2	
		ab 75	6	2							2	4		
		insgesamt	10	2							2	6	2	
	2013	65 bis < 75	7	2								2	3	2
		ab 75	6										4	2
		insgesamt	13	2							2	7	4	
Dortmund	2009	65 bis < 75	12	4							4	4	4	
		ab 75	9	1							1	8		
		insg.	21	5							5	12	4	
	2013	65 bis < 75	16	3	1							2	13	
		ab 75	10	2			1				1	1	7	1
		insg.	26	5	1		1				1	3	20	1
Euskirchen	2009	65 bis < 75	2	1							1	1		
		ab 75	2	1							1		1	
		insg.	4	2							2	1	1	
	2013	65 bis < 75	8	1	1								6	1
		ab 75												
		insg.	8	1	1								6	1
Mettmann	2009	65 bis < 75	17	5	2						3	7	5	
		ab 75	6	1							1	4	1	
		insg.	23	6	2						4	11	6	
	2013	65 bis < 75	18	2								2	9	7
		ab 75	11	2								2	8	1
		insg.	29	4							4	17	8	
Köln	2009	65 bis < 75	56	15							15	34	7	
		ab 75	29	8			1				7	20	1	
		insg.	85	23			1				22	54	8	
	2013	65 bis < 75	64	18	1		1			1	16	35	11	
		ab 75	31	10			1			1	9	15	6	
		insg.	95	28	1		2			2	25	50	17	

* Gewalkriminalität nach der Definition der PKS ohne die Delikte Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr

124 Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung: „Erziehungs-/ Betreuungsverhältnis im Gesundheitswesen ohne gemeinsamen Haushalt“ ** (Anzahl der Opfer)

Polizeibezirk	Jahr	Opfer - Altersgruppe in Jahren	Gewaltkriminalität*, leichte Körperverletzung und Bedrohung	Gewaltkriminalität*	- Mord und Totschlag	- Sexualdelikte	- Raub insgesamt	davon Handtaschenraub	davon Straßenraub	davon Raubüberfälle in Wohnungen	- gef. u. schw. Körperverletzung	Leichte Körperverletzung	Bedrohung	
Bielefeld	2009	65 bis < 75												
		ab 75												
		insgesamt												
	2013	65 bis < 75												
		ab 75	1										1	
		insgesamt	1										1	
Dortmund	2009	65 bis < 75	1									1		
		ab 75	2									2		
		insg.	3									3		
	2013	65 bis < 75	1										1	
		ab 75												
		insg.	1										1	
Euskirchen	2009	65 bis < 75												
		ab 75	1									1		
		insg.	1									1		
	2013	65 bis < 75												
		ab 75												
		insg.												
Mettmann	2009	65 bis < 75												
		ab 75												
		insg.												
	2013	65 bis < 75												
		ab 75												
		insg.												
Köln	2009	65 bis < 75	1										1	
		ab 75	3	2		1					1	1		
		insg.	4	2		1					1	1	1	
	2013	65 bis < 75	1										1	
		ab 75	3	2								2	1	
		insg.	4	2							2	2		

125 Anzahl der Opfer bei Tatörtlichkeit „Alten- und/oder Pflegeeinrichtung“

Polizeibezirk	Jahr	Opfer - Altersgruppe in Jahren	Gewalkriminalität*, leichte Körperverletzung und Bedrohung	Gewalkriminalität*	- Mord und Totschlag	- Sexualdelikte	- Raub insgesamt	davon Handtaschenraub	davon Straßenraub	davon Raubüberfälle in Wohnungen	- gef. u. schw. Körperverletzung	Leichte Körperverletzung	Bedrohung	
Bielefeld	2009	65 bis < 75												
		ab 75												
		insgesamt												
	2013	65 bis < 75												
		ab 75	1											1
		insgesamt	1											1
Dortmund	2009	65 bis < 75	4									4		
		ab 75	2									2		
		insg.	6									6		
	2013	65 bis < 75	1										1	
		ab 75	2	1								1	1	
		insg.	3	1								1	2	
Euskirchen	2009	65 bis < 75												
		ab 75	1									1		
		insg.	1									1		
	2013	65 bis < 75	1	1	1									
		ab 75	2	1								1	1	
		insg.	3	2	1							1	1	
Mettmann	2009	65 bis < 75												
		ab 75	3	2			2		1				1	
		insg.	3	2			2		1				1	
	2013	65 bis < 75												
		ab 75	1	1								1		
		insg.	1	1								1		
Köln	2009	65 bis < 75	1									1		
		ab 75	5	2		1					1	3		
		insg.	6	2		1					1	4		
	2013	65 bis < 75	4	1			1			1		3		
		ab 75	6	1							1	5		
		insg.	10	2			1			1	1	8		

* Gewalkriminalität nach der Definition der PKS ohne die Delikte Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr

126 Anzahl der Opfer bei Tatörtlichkeit „Krankenhaus, Sanatorium“

Polizeibezirk	Jahr	Opfer - Altersgruppe in Jahren	Gewalkriminalität*, leichte Körperverletzung und Bedrohung	Gewalkriminalität*	- Mord und Totschlag	- Sexualdelikte	- Raub insgesamt	davon Handtaschenraub	davon Straßenraub	davon Raubüberfälle in Wohnungen	- gef. u. schw. Körperverletzung	Leichte Körperverletzung	Bedrohung	
Bielefeld	2009	65 bis < 75												
		ab 75												
		insgesamt												
	2013	65 bis < 75												
		ab 75												
		insgesamt												
Dortmund	2009	65 bis < 75												
		ab 75	1	1			1							
		insg.	1	1			1							
	2013	65 bis < 75	1										1	
		ab 75	2	2			1				1			
		insg.	3	2			1				1	1		
Euskirchen	2009	65 bis < 75												
		ab 75												
		insg.												
	2013	65 bis < 75												
		ab 75												
		insg.												
Mettmann	2009	65 bis < 75	1	1			1							
		ab 75												
		insg.	1	1			1							
	2013	65 bis < 75	1	1			1							
		ab 75	2	1								1	1	
		insg.	3	2			1					1	1	
Köln	2009	65 bis < 75	1									1		
		ab 75	3	2	1						1	1		
		insg.	4	2	1						1	2		
	2013	65 bis < 75	3										2	1
		ab 75	4	2								2	1	1
		insg.	7	2								2	3	2

* Gewalkriminalität nach der Definition der PKS ohne die Delikte Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr

127 Anzahl der Opfer insgesamt NRW

Jahr	Opfer - Altersgruppe in Jahren	Gewaltkriminalität*, leichte Körperverletzung und Bedrohung	Gewaltkriminalität*	- Mord und Totschlag	- Sexualdelikte	- Raub insgesamt	davon Handtaschenraub	davon Straßenraub	davon Raubüberfälle in Wohnungen	- gef. u. schw. Körperverletzung	Leichte Körperverletzung	Bedrohung
2009	65 bis < 75	4112	1329	26	3	660	198	236	54	638	1843	940
	ab 75	1728	822	16	6	602	306	154	83	198	665	241
	insgesamt	5840	2151	42	9	1262	504	390	137	836	2508	1181
2013	65 bis < 75	4072	1169	18	13	614	121	218	59	518	1906	997
	ab 75	2258	997	20	2	749	188	279	127	223	925	336
	insgesamt	6330	2166	38	15	1363	309	497	186	741	2831	1333
Opfer mit Opfer-Tatverdächtigenbeziehung „Verwandtschaft“ **												
2009	65 bis < 75	808	153	13	1	14		1	9	125	456	199
	ab 75	388	94	3	1	12			8	78	216	78
	insg.	1196	247	16	2	26		1	17	203	672	277
2013	65 bis < 75	858	164	8	6	12			11	138	472	222
	ab 75	552	100	10		20	1	1	10	70	345	107
	insg.	1410	264	18	6	32	1	1	21	208	817	329
Opfer im gemeinsamen Haushalt mit dem Tatverdächtigen lebend												
2009	65 bis < 75	450	90	7	1	2			2	80	257	103
	ab 75	227	58	1		4			1	53	133	36
	insg.	677	148	8	1	6			3	133	390	139
2013	65 bis < 75	461	103	6	5	6			6	86	280	78
	ab 75	329	68	8		5			4	55	204	57
	insg.	790	171	14	5	11			10	141	484	135
Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung: „Erziehungs-/Betreuungsverhältnis im Gesundheitswesen ohne gemeinsamen Haushalt“ ***												
2009	65 bis < 75	9	1							1	6	2
	ab 75	22	5		2					3	17	
	insg.	31	6		2					4	23	2
2013	65 bis < 75	7	1							1	6	
	ab 75	24	6							6	17	1
	insg.	31	7							7	23	1

* Gewaltkriminalität nach der Definition der PKS ohne die Delikte Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr

** Die Opfer-Tatverdächtigenbeziehung „Verwandtschaft“ umfasst nach den PKS-Richtlinien folgenden Personenkreis: Ehepartner, eingetragene Lebenspartnerschaft, Lebensgefährte, ehemaliger Ehepartner/Lebensgefährte, Kinder/Pflegekinder, Eltern/Pflegeeltern, Großeltern, Geschwister, sonstige Angehörige nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 StGB.

*** Das Erziehungs-/Betreuungsverhältnis im Gesundheitswesen umfasst gemäß den PKS-Richtlinien folgende Bereiche: Krankenhaus, Senioren-/Pflegeheim, häusliche Pflege, Sonstiges.

128 Anzahl der Opfer insgesamt NRW

Jahr	Opfer - Altersgruppe in Jahren	Gewaltkriminalität*, leichte Körperverletzung und Bedrohung	Gewaltkriminalität*	- Mord und Totschlag	- Sexualdelikte	- Raub insgesamt	davon Handtaschenraub	davon Straßenraub	davon Raubüberfälle in Wohnungen	- gef. u. schw. Körperverletzung	Leichte Körperverletzung	Bedrohung
Opfer bei Tatörtlichkeit „Alten- und/oder Pflegeeinrichtung“												
2009	65 bis < 75	20	11	1		3		1	1	7	8	1
	ab 75	38	19	2	2	7	2	1	2	8	16	3
	insg.	58	30	3	2	10	2	2	3	15	24	4
2013	65 bis < 75	37	11	1		3			2	7	25	1
	ab 75	60	23			9		2	4	14	33	4
	insg.	97	34	1		12		2	6	21	58	5
Opfer bei Tatörtlichkeit „Krankenhaus, Sanatorium“												
2009	65 bis < 75	14	8			2				6	5	1
	ab 75	15	8	1		3				4	7	
	insg.	29	16	1		5				10	12	1
2013	65 bis < 75	20	5			2				3	10	5
	ab 75	26	10	1		2				7	13	3
	insg.	46	15	1		4				10	23	8

* Gewaltkriminalität nach der Definition der PKS ohne die Delikte Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr

129 Gewaltkriminalität, leichte Körperverletzung und Bedrohung

	2013			
	Opferbelastungszahlen*			
	insgesamt	65 < 75	ab 75	ab 65
NRW	1.021	218	127	174
Polizeibezirk				
Bielefeld	980	206	101	152
Dortmund	1.622	386	223	306
Euskirchen	814	292	113	206
Mettmann	859	210	105	161
Köln	1.941	518	291	411

* Opferbelastungszahl = Anzahl der erfassten Opfer errechnet auf 100.000 des entsprechenden Bevölkerungsanteils.

Die Analyse der für diesen Bericht ausgewählten Gewaltdelikte (Tötungs-, Sexual-, Raub- und Körperverletzungsdelikte sowie Bedrohung, ohne Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr) zeigt, dass die Zahl der Straftaten für die exemplarisch ausgewerteten Polizeibezirke Bielefeld, Dortmund Euskirchen, Mettmann und Köln sowohl bei den 65- bis unter 75-Jährigen, als auch in der Altersgruppe ab 75 Jahre im Vergleich zu 2009 gestiegen sind.

Bei mehr als der Hälfte der genannten Delikte handelte es sich um einfache Körperverletzungen und Bedrohung.

Die Anzahl von Tötungsdelikten, Vergewaltigung und sexueller Nötigung (besonders schwere Fälle) ist in diesen Altersgruppen in allen Polizeibezirken so gering (≤ 4), dass sich daraus keine statistisch validen Bewertungen ableiten lassen. Im Landestrend stiegen bei diesen Delikten die Opferzahlen der über 75-Jährigen moderat.

Vor allem die Anzahl der Raubdelikte, bei denen es sich fast ausschließlich um Handtaschenraub, Straßenraub sowie Raub in Wohnungen handelt, nahm in allen Bezirken zu, wobei Dortmund den höchsten Zuwachs zu verzeichnen hat. In Köln ist über den Vergleichszeitraum die Zahl der 65- bis unter 75-jährigen Opfer gesunken, die der älteren Opfer dagegen angestiegen. Dies gilt auch für ganz NRW. So stiegen die Fallzahlen der Raubdelikte in Wohnungen (2009: 137 Fälle, 2013: 186 Fälle) und insbesondere der Straßenraub (2009: 390 Fälle, 2013: 497 Fälle) mit einer Verschiebung zu Lasten der älteren Opfer. Eine Senkung der Opferzahlen ist dagegen landesweit beim Handtaschenraub zu erkennen.

Die Opferbelastungszahlen für ab 65-Jährige liegen unter denjenigen aller Opfer der ausgewählten Polizeibezirke. Eine besondere Belastung Älterer gegenüber anderen Opfern ist daher nicht festzustellen.

Bei der Aufschlüsselung der Beziehung zwischen Opfern und Tatverdächtigen in den ausgewählten Polizeibezirken ist (bis auf wenige Ausnahmen beim Raub) erkennbar, dass klassische Beziehungsdelikte wie Körperverletzungs- und Tötungsdelikte sowie Bedrohungen im Jahr 2013 je nach Delikt zu 25 % bis 50 % von Verwandten bzw. Haushaltsmitgliedern begangen wurden, wobei die Zahl der erfassten Straftaten im Vergleich zum Jahr 2009 bei einfacher Körperverletzung und Bedrohung am stärksten gestiegen sind. Nennenswerte Unterschiede zwischen Stadtbezirken und Landkreisen bestehen bei den ausgewählten Polizeibezirken nicht.

Die Zahl der Delikte, die in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen angezeigt wurden, ist sehr gering (≤ 10). Es handelt sich überwiegend um einfache Körperverletzungen.

7.5.2.3 Eigentums- und Vermögensdelikte

Bei Eigentums- und Vermögensdelikten handelt es sich nicht um Opferdelikte im Sinne der Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), so dass hierzu keine Altersdaten von Opfern in der Statistik erfasst wurden. Es liegen jedoch Fallzahlen aus einer seit dem Jahr 2009 betriebenen Sondererfassung vor.⁸⁴⁵ In dieser Sondererhebung werden Diebstahls- und Betrugsdelikte zum Nachteil über 60-jähriger Frauen und Männer erfasst, die mittels Trick oder Täuschung unter gezielter Ausnutzung der Opfereigenschaften älterer Menschen wie körperlicher und altersbedingt mentaler Gebrechen (Seh-, Hör-, Bewegungseinschränkungen, Vergesslichkeit, Demenz u. a.) im häuslichen Umfeld der Opfer durch

⁸⁴⁵ Vgl. Landeskriminalamt NRW: Sondererfassung „Straftaten zum Nachteil älterer Menschen – überregionale Tatbegehung“.

in der Regel bandenmäßig organisierte Täter begangen werden. Der Aktionsradius dieser Banden ist stets überregional, zum Teil geht der Wirkungskreis bis in das benachbarte Ausland. Es handelt sich insbesondere um folgende Formen der Tatbegehung (nicht abschließend):

- Zetteltrick⁸⁴⁶ und Varianten (z. B. Wohnungsbesichtigung, Glas-Wasser-Trick, Toilettenbesuch),
- Enkeltrick⁸⁴⁷,
- Handwerkertrick (z. B. Wasserwerker, Dachdecker, Heizungsmonteure),
- falsche Polizeibeamte,
- falsche Bankangestellte,
- falsche Mitarbeiterin/falscher Mitarbeiter von caritativen Einrichtungen oder Versicherungen,
- Warenverkäuferin/Warenverkäufer und –sucherin/-sucher (z. B. Lederjackenverkäufer, Suche nach Pelzen, alten Schreibmaschinen usw.).

Dies umfasst jedoch nur einen Teil der Straftaten, von denen ältere Menschen betroffen sind. Daneben werden auch Raubdelikte erfasst, die in der Regel auf Grund einer Eskalation der Tat wegen unerwarteten Opfer- oder Zeugenverhaltens bzw. sonstiger nicht vorhersehbarer äußerer Umstände begangen werden. Die Zahl ist jedoch sehr gering, da Täterinnen und Täter gerade dies durch Tricks zu vermeiden versuchen. Die zahlenmäßige Entwicklung der Eigentums- und Vermögensdelikte nach der Sondererhebung seit 2009 ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

846 Eine Bitte um Papier und Stift für eine Nachricht an angeblich nicht anwesende Nachbarn dient dazu, Zutritt zur Wohnung der Geschädigten zu erlangen und Mittätern währenddessen die Gelegenheit zur Durchsuchung nach Wertsachen zu ermöglichen.

847 Geschädigte mit traditionellen Vornamen werden von angeblich in einer Notlage befindlichen Verwandten oder Bekannten angerufen und um sofortige Bereitstellung mindestens vierstelliger Beträge oder Schmuck gebeten. Sobald die Geschädigten sich bereit erklären, werden sie veranlasst, das Geld kurz darauf an einen Boten zu übergeben, der Geld und/oder Schmuck in der Wohnung abholt.

130/I Fallzahlen SÄM-ÜT⁸⁴⁸

	Polizeibezirk Bielefeld	Polizeibezirk Dortmund	Polizeibezirk Köln	Polizeibezirk Mettmann	Polizeibezirk Euskirchen
2009					
gesamt	60	346	214	35	4
davon Voll- endungen	24	212	127	19	3
2010					
gesamt	82	398	273	75	18
davon Voll- endungen	22	177	197	27	6
2011					
gesamt	65	381	336	66	24
davon Voll- endungen	26	197	222	51	13
2012					
gesamt	124	305	513	117	37
davon Voll- endungen	37	144	327	71	18
2013					
gesamt	159	329	918	206	107
davon Voll- endungen	62	163	465	62	13

Fallzahlen SÄM-UT für ausgewählte Polizeibezirke (Stand: 7. April 2014)

Bis auf den Polizeibezirk Dortmund verzeichnen die übrigen Polizeibezirke von 2009 bis 2013 Steigerungen in diesem Deliktsbereich. Diese Aussage trifft auch für NRW insgesamt zu.

130/II Fallzahlen SÄM-ÜT Land NRW

2009		2010		2011		2012		2013	
ge- samt	davon Vollen- dun- gen	ge- samt	davon Vollen- dun- gen	ge- samt	davon Vollen- dun- gen	ge- samt	davon Vollen- dun- gen	ge- samt	davon Vollen- dun- gen
2485	1620	3137	1648	2710	1627	4344	2406	6905	2733

Fallzahlen SÄM-UT Nordrhein-Westfalen (Stand: 7. April 2014)

848 SÄM-ÜT: „Straftaten zum Nachteil älterer Menschen – überregionale Tatbegehung“

Trotz der Fallzahlensteigerung sind die absoluten Zahlen zu gering, um daraus ein signifikant hohes Opferrisiko älterer Menschen durch Eigentums- und Vermögenskriminalität abzuleiten.

Wie bereits in Kap. 7.5.2.1 ausgeführt, können der Polizeilichen Kriminalstatistik keine Geschädigtendaten zu Eigentums- oder Vermögensdelikten entnommen werden. Hinweise für eine alters- und geschlechtsspezifische Verteilung für ältere Geschädigte können rückwirkend für ein Jahr dem FINDUS-Landesdatenbestand für den Deliktsbereich „SÄM-ÜT“⁸⁴⁹ entnommen werden.

131/I SÄM-ÜT: Alters- und Geschlechterverteilung der Geschädigten

Alters- und Geschlechterverteilung	60-64		65-74		75-84		85-94		95+		Summe
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
Polizeibezirk											
Bielefeld	0	2	5	19	19	47	10	42	0	2	146
Dortmund	1	5	10	28	26	101	20	84	1	3	269
Köln	6	18	39	100	74	299	47	220	1	5	809
Mettmann	2	2	8	14	11	57	9	32	0	0	135
Euskirchen	1	5	4	17	6	24	1	17	0	0	75
Gesamt	10	32	66	178	136	528	87	395	2	10	1434

1. April 2013 bis 31. März 2014 (Stand: 7. April 2014)

131/II SÄM-ÜT: Alters- und Geschlechterverteilung der Geschädigten

Alters- und Geschlechterverteilung	60-64		65-74		75-84		85-94		95+	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
NRW gesamt: 5.467	54	141	249	716	609	2160	323	1647	7	46

01.04.2013 bis 31.03.2014 (Stand: 07.04.2014)

Die Tabelle zeigt, dass das Risiko Opfer zu werden, mit zunehmendem Alter innerhalb dieser Altersgruppe steigt. Dabei wurden Frauen häufiger Opfer als Männer.

849 „Straftaten zum Nachteil älterer Menschen – überregionale Tatbegehung“

7.5.2.4 Cybercrime (Computerkriminalität)

„Cybercrime“ ist der international gebräuchliche Begriff für „IuK-Kriminalität“, die als „Kriminalität unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnik“ definiert ist.⁸⁵⁰ Delikte der „IuK-Kriminalität“ werden nach „IuK-Kriminalität im engeren Sinne“ und „IuK-Kriminalität im weiteren Sinne“ unterschieden.

„IuK-Kriminalität im engeren Sinn“ umfasst dabei Straftaten, bei denen Elemente der elektronischen Datenverarbeitung in den Tatbestandsmerkmalen enthalten sind (Computerkriminalität).

„IuK-Kriminalität im weiteren Sinne“ bezeichnet Straftaten, bei denen die Informations- und Kommunikationstechnik zur Planung, Vorbereitung oder Ausführung eingesetzt wird.

Die Fallzahlen der „Cybercrime im engeren Sinne“ sind in der Polizeilichen Kriminalstatistik Nordrhein-Westfalen 2013 gegenüber dem Vorjahr um 21,5 % auf insgesamt 27.016 Fälle gestiegen (+4.788).

Bei den Fällen des Computerbetrugs handelt es sich überwiegend um Fälle von Phishing⁸⁵¹ sowie Hacking und Missbrauch von Accounts. Unter „Fälschung beweiserheblicher Daten“ sind vorwiegend Identitätsdiebstahl⁸⁵² und Taten mittels sogenannter Ransomware⁸⁵³ erfasst.

Bei Taten der Datenveränderung⁸⁵⁴ agieren die Täterinnen und Täter überwiegend mittels Ransomware oder Account-Hacking. Bei der Computersabotage stehen ebenso Taten mittels Ransomware im Vordergrund. Fälle des Ausspähens von Daten sind in der Hauptsache dem Phishing, dem Account-Hacking und dem Identitätsdiebstahl zuzurechnen. Zum „Vorbereiten des Ausspähens und Abfangens von Daten“ gehören meist Fälle des Versendens von Phishing-E-Mails sowie Taten mittels Ransomware oder Trojanern. Aus der nachfolgenden Tabelle werden die inhaltlichen Kategorien von Computerkriminalität sichtbar. Deutlich wird, dass die Altersgruppe der ab 65-Jährigen insbesondere von der Straftat „Betrug mittels rechtswidrig erlangter Debitkarten mit PIN“ betroffen ist.

Straftaten „Cybercrime im engeren Sinne“

Nachfolgend wird Aufschlüsselung der in FINDUS⁸⁵⁵ erfassten Vorgänge „Cybercrime im engeren Sinne“ für NRW und mit Geschädigten ab 65 Jahren für die Jahre 2012⁸⁵⁶ und 2013 dargestellt. Die Daten der vorherigen Jahre sind auf Grund von Löschrufen nicht verfügbar.

850 Vgl. RdErl. des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW vom 29.2.2012 – 423-62.18.09

851 Phishing ist ein zusammengesetztes Wort aus den Begriffen „password harvesting“ und „fishing“. Darunter versteht man die rechtswidrige Erlangung von Daten über gefälschte Webseiten oder E-Mails, um daraufhin sensible Daten abzugreifen.

852 Identitätsdiebstahl ist die unberechtigte Nutzung personenbezogener Daten einer natürlichen Person durch Dritte.

853 Ransomware setzt sich aus den englischen Begriffen für Lösegeld (Ransom) und Schadprogramm (Malware) zusammen. Bei Ransomware handelt es sich um Schadprogramme. Diese verändern die Daten auf dem PC, so dass der bzw. die Berechtigte nicht mehr auf diesen zugreifen kann. Eine Texteinblendung verspricht die Freigabe der Daten, sofern ein Entgelt entrichtet werde (u. a. BKA-Trojaner).

854 Das rechtswidrige Verändern, Löschen, Unterdrücken oder Unbrauchbarmachen fremder Daten.

855 Fallinformationen durchsuchen mit System – Datenbankanwendung der Polizei NRW zur Auswertung und Analyse strafbarer Handlungen

856 Fallzahlen aus 2012 stammen aus einer gleichen Auswertung des Vorjahres und stehen daher ausnahmsweise noch zur Verfügung.

132 Cybercrime im engeren Sinne mit Geschädigten ab 65 Jahren

Straftat	Geschädigte >= 65 Jahre													
	alle Taten		NRW		Polizeibezirk Köln		Polizeibezirk Bielefeld		Polizeibezirk Dortmund		Polizeibezirk Mettmann		Polizeibezirk Euskirchen	
	NRW		Köln		Bielefeld		Dortmund		Mettmann		Euskirchen			
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Computerbetrug	8.454	9.280	551	631	19	39	3	10	27	10	24	34	1	-
Betrug mittels Zugangsberechtigungen zu Kommunikationsdiensten	444	389	20	12	2	-	1	-	-	-	2	-	-	-
mittelbare Falschbeurkundung (i. Z. m. Datenverarbeitung)	238	490	1	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Urkundenunterdrückung (i. Z. m. Datenverarbeitung)	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fälschung beweisheblicher Daten	1.903	3.057	228	83	8	1	5	1	6	-	27	40	6	1
Täuschung im Rechtsverkehr bei der Datenverarbeitung	366	424	22	47	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Datenveränderung	4.643	5.546	560	517	128	98	4	3	41	21	34	12	-	3
Computersabotage	1.593	1.810	171	181	-	1	1	-	-	-	2	-	1	-
Ausspähen von Daten	4.269	4.486	225	207	6	6	2	1	3	6	6	14	3	2
Abfangen von Daten	123	160	10	12	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Vorbereitung des Ausspäehens und Abfangens von Daten	935	2.210	133	244	1	-	3	15	2	-	2	4	3	3
Softwarepiraterie	34	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Betrug mittels rechtswidrig erlangter Debitkarten mit PIN	4.726	4.424	1.452	1.113	231	212	18	16	64	52	36	42	12	6
Gesamt:	27.731	32.312	3.373	3.052	395	358	37	46	143	89	133	147	27	15

Die Anzahl der Geschädigten in der Altersgruppe 65 Jahre und älter für den Bereich „Cybercrime im engeren Sinn“ ist landesweit bei gleichzeitig zunehmender Anzahl der Straftaten rückläufig. Auch in den Polizeibezirken Köln, Dortmund und Euskirchen sank die Zahl der Geschädigten.

Der Betrug mittels rechtswidrig erlangter Debitkarten (Bank- oder Sparkassenkarte) mit PIN (hauptsächlich missbräuchlicher Einsatz zuvor entwendeter Debitkarten an Geldautomaten) hat weiterhin einen hohen Anteil von Geschädigten, die älter als 65 Jahre sind. Setzt man diese Zahl in Bezug zu der Anzahl aller einschlägigen Taten in NRW, so entspricht dies annähernd einem Viertel der in dieser Kategorie erfassten Straftaten. Im Jahr 2012 war noch ein Drittel dieser Altersgruppe betroffen.

7.5.2.5 Aktuelle Maßnahmen der polizeilichen Kriminalprävention

Durch Information über Tatbegehungsweisen und zu sicherheitsbewusstem Verhalten können auch Straftaten zum Nachteil älterer Menschen verhütet werden. Die Präventionsdienststellen der Kreispolizeibehörden informieren ältere und alte Menschen dazu schriftlich und persönlich.

Tipps zum Schutz gibt es auch im Internet unter [www.polizei.nrw.de/Aufgaben/Kriminalitätsvorbeugung/Kriminalität in Pflegesituationen](http://www.polizei.nrw.de/Aufgaben/Kriminalitätsvorbeugung/Kriminalität_in_Pflegesituationen).

Zusätzliche Informationen für die Zielgruppe der älteren und alten Menschen finden sich unter Sicherheit für ältere und alte Menschen.

Landesweit und auf örtlicher Ebene arbeitet die Polizei mit anderen Verantwortungsträgern in der Seniorenarbeit zusammen, unter anderem mit der Landesseniorenvertretung und dem Verein „Handeln statt Misshandeln“ (HsM).

Darüber hinaus führt die Polizei themenspezifische Präventionsmaßnahmen durch: Eigentums- und Vermögensdelikte

Mit örtlichen Informationsveranstaltungen sensibilisieren die Kreispolizeibehörden ältere und alte Menschen für sicherheitsbewusstes Verhalten. Dabei versprechen in Kooperation mit anderen Verantwortungsträgern durchgeführte Präventionsmaßnahmen besonderen Erfolg.

Darüber hinaus sind das Landeskriminalamt NRW und die Verbraucherzentrale NRW eine Kooperation eingegangen, die insbesondere den Schutz älterer Menschen vor betrügerischen Kaffeefahrten und Lastschriftbetrug zum Ziel hat. Weiterhin haben das Landeskriminalamt NRW und der Rheinische Sparkassen- und Giroverband für Sparkassenbedienstete eine Kampagne zum Erkennen und Verhüten des Enkeltricks durchgeführt. Auch als Erfolg dieser Kampagne konnten etliche Enkeltrick-Taten sowie weitere Straftaten zum Nachteil älterer Menschen, bei denen die Täterinnen und Täter das Abheben sehr großer Bargeldebeträge verlangten, verhindert werden.

Cybercrime

Die zunehmende Digitalisierung aller Lebensbereiche trägt dazu bei, dass auch das Internet und die hiermit verbundenen Gefahren Teil des Alltags älterer und alter Menschen werden. Anders als die heutige Generation junger Menschen, sind ältere und alte Menschen nicht mit dem Computer und dem Internet aufgewachsen. Aus Studien geht hervor, dass mittlerweile mehr als drei Viertel der Menschen in Deutschland das Internet nutzen. In der Altersgruppe der 14- bis 49-Jährigen scheint die Sättigungsgrenze fast erreicht zu sein. Vergleichsweise hohen Zuwachs verzeichnet nur die Altersgruppe ab 50 Jahren.

Wie alle anderen Altersgruppen auch, müssen ältere Menschen Vor- und Nachteile des Internets kennenlernen. Denn auch für sie ist es wichtig, Gefahren zu erkennen, um sich vor ihnen zu schützen. Hierzu bietet das Programm „Polizeiliche Kriminalprävention“ spezielle Hilfestellungen an.

Erstmalig haben das Landeskriminalamt NRW und einige Kreispolizeibehörden gemeinsam mit der Verbraucherzentrale 2013 Präventionsangebote in der Internetwoche der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) angeboten. Der Landespräventionsrat NRW entwickelt spezielle Beratungsangebote für ältere Menschen im Internet mit den Schwerpunkten Betrugsprävention und Datenschutz. Denn auch ältere und alte Menschen kaufen zunehmend im Internet ein und nutzen soziale Netzwerke.⁸⁵⁷

Opferschutz und Opferhilfe

Ältere und alte Menschen leiden als Opfer von Straftaten meist stärker unter den Folgen einer Straftat als jüngere Menschen. Die Polizei passt deshalb die Informationen zum Opferschutz hinsichtlich ihrer Inhalte, ihrer Gestaltung sowie der eingesetzten Medien den speziellen Bedürfnissen älterer und alter Menschen an. Deshalb sind auch Bezugspersonen älterer Menschen eine wichtige Zielgruppe für die Polizei.

Auch älteren Menschen stehen alle Beratungsangebote des polizeilichen Opferschutzes zur Verfügung, darunter auch spezifische Angebote wie die Broschüre „Seniorinnen und Senioren als Opfer von Straftaten“ des Justizministeriums NRW und des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW. Damit werden zielgruppenspezifische Informationen für Opfer von Straftaten vermittelt und relevante Kontaktstellen benannt.

Die Opferschutzbeauftragten der Kreispolizeibehörden stellen erforderlichenfalls Kontakte zu örtlichen Hilfe- und Beratungseinrichtungen oder auch zu Trauma-Ambulanzen her.

Im Programm „Polizeiliche Kriminalprävention“ der Länder und des Bundes stehen unter www.polizei-beratung.de weitere spezifische Informationen und Angebote zur Verfügung, wie z. B. die Handreichung „Geborgenheit schenken, Schutz bieten: Sicherheit für Senioren“ und Informationen zum Thema „Ältere und pflegebedürftige Menschen als Opfer“.

Die „Polizeiliche Kriminalprävention“ kann bei der Veränderung der Tatgelegenheitsstrukturen zum Schutz vor Gewalt in der Pflege nur Mitwirkende, nicht aber Hauptakteurin sein. Kriminalpräventive Maßnahmen der Polizei zielen deshalb vorrangig auf einen sachgerechten Umgang von Polizeibeamtinnen und -beamten mit pflegebedürftigen Demenzkranken und deren Angehörigen ab. So gibt die Polizei die in Zusammenarbeit mit dem Demenz-Service NRW erstellte Broschüre „Umgang mit demenzkranken Menschen – Ein Ratgeber für die polizeiliche Praxis“ heraus.

7.5.2.6 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Die Polizei in Nordrhein-Westfalen berücksichtigt schon seit längerem ältere und alte Menschen als spezifische Zielgruppe kriminalpräventiver Maßnahmen. Sie wertet Kriminalitätsphänomene und Straftaten zum Nachteil älterer Menschen gezielt aus, um Präventionsmaßnahmen aktuell anzupassen und wirksam zu gestalten. Die Polizei

⁸⁵⁷ Weitergehende Informationen sind unter www.polizei-beratung.de zu finden.

NRW ist daher auch auf künftige Anforderungen an die Kriminalprävention eingestellt, die aufgrund einer Veränderung der Altersstruktur der Gesellschaft entstehen können. Demgegenüber nimmt jedoch auch die Anzahl der älteren Tatverdächtigen stetig zu. „Alterskriminalität“ umfasst Straftaten von Menschen, die 60 Jahre und älter sind, unabhängig davon, ob die Tat als solche etwas mit dem Altern zu tun hat.

In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der über 60-jährigen Tatverdächtigen um 8,9 % gestiegen. Im Jahr 2013 wurden 31.196 ältere und alte Menschen delinquent (2004: 28.638). Somit ist etwa jeder 15. Tatverdächtige 60 Jahre oder älter, wohingegen vor zehn Jahren nur jeder 17. Tatverdächtige dieser Altersgruppe zuzurechnen war.

Im Laufe dieses Zeitraums war der Anstieg der älteren Tatverdächtigen stärker als der Anstieg des Anteils älterer und alter Menschen an der Bevölkerung. Dies führte somit zu einer steigenden Tatverdächtigenbelastungszahl (TVBZ⁸⁵⁸) der über 60-Jährigen (2003: 644, 2013: 662).

7.6 Teilhabe und Alter

In der alternden Gesellschaft ist die Erhaltung und Stärkung der Teilhabe älterer Menschen ein zentrales alternpolitisches Ziel. Die aktive Beteiligung Älterer ist eine wesentliche Grundlage für die Schaffung und Weiterentwicklung demokratischer Strukturen und Prozesse sowie die Entfaltung und Nutzung individueller Ressourcen und Potenziale. Teilhabe bedeutet zugleich gesellschaftliche Zugehörigkeit und ein Einbezogenensein in wichtige Lebensbereiche wie z. B. Gesundheit und Bildung.⁸⁵⁹ Teilhabe kann also sehr unterschiedliche Ausdrucksformen haben. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel verschiedene Dimensionen der Teilhabe im Alter beschrieben: das zivilbürgerschaftliche Engagement, die Bildungsteilnahme, die kulturelle Beteiligung und die Mediennutzung. Alle vier Teilhabemöglichkeiten können die soziale Integration älterer Bürgerinnen und Bürger in besonderer Weise fördern und gleichzeitig dazu beitragen, Ungleichbehandlungen auf Basis des Lebensalters abzubauen.

7.6.1 Bürgerschaftliches Engagement

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Tatsache, dass sich die nachberufliche Phase – auch dank des bei einem Großteil älterer Menschen verhältnismäßig guten Gesundheitszustandes – zu einem in der Regel über viele Jahre aktiven Lebensabschnitt entwickelt hat, ist es nicht nur wünschenswert, sondern auch notwendig, Ältere für ein gesellschaftspolitisches Engagement zu gewinnen. Immer mehr Menschen suchen im Alter nach sinnvollen und nicht selten gemeinwesenorientierten Aufgaben. Sie möchten Gemeinschaft erleben, um in der Nacherwerbsphase beispielsweise nicht zu vereinsamen und sich mit ihren Erfahrungen und ihrem Tun in die Gesellschaft einbringen. Während es in der Vergangenheit darum ging ältere Menschen vor einer „mangelnden sozialen Einbettung“⁸⁶⁰ zu bewahren, geht es heute auch darum die individuellen und gesellschaftlichen Leistungspotenziale dieser Gruppe herauszustellen und

858 Tatverdächtigenbelastungszahl = die Zahl der ermittelten Tatverdächtigen, errechnet auf 100.000 Einwohner des entsprechenden Bevölkerungsanteils, jeweils ohne Kinder unter acht Jahren.

859 Wendt, W.R. (2008): Teilhabe. In: Maelicke, B. (Hrsg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos: 1005-1006.

860 Ebd.

zu fördern. Ältere Bürgerinnen und Bürger müssen die Möglichkeit erhalten, ihr Wohnumfeld und das Quartier, in dem sie alt werden, als unmittelbar Betroffene mitgestalten und Einfluss nehmen zu können – bei der Konzeption und Umsetzung altengerechter Quartiere ebenso wie bei allen anderen gesellschaftlichen Diskussionen und Entscheidungsprozessen. Die Summe einschlägiger Erfahrungen und sachkundiger Fähigkeiten der Menschen, insbesondere der Älteren, bildet dabei einen erheblichen Wissensfundus ab, dem als Ressource eine besondere gesellschaftliche Relevanz zukommt.

Unter einem „Bürgerschaftlichen Engagement“ wird nach einer aus dem Jahr 2002 stammenden Definition der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ ein Engagement verstanden, das

- freiwillig ausgeübt wird,
- ohne materielle Gewinnabsicht erfolgt und
- auf das Gemeinwohl ausgerichtet ist.

Es findet meistens gemeinschaftlich und öffentlich bzw. im öffentlichen Raum statt.⁸⁶¹

Der Begriff „bürgerschaftliches Engagement“ wird gemeinhin synonym zu den Begriffen „freiwilliges Engagement“ und „Ehrenamt“ verwendet. Bürgerschaftliches Engagement folgt einer eigenen Handlungslogik und unterscheidet sich damit von anderen Tätigkeiten wie z. B. der Erwerbsarbeit, zu der auch das Hauptamt zählt. Es ist geprägt durch eine gesellschaftliche Verantwortung mit unterschiedlicher Reichweite.⁸⁶²

Darunter fallen politisches Engagement wie Beteiligung an Organisationen, Parteien, Initiativen und sozialen Bewegungen, die Nutzung des aktiven und passiven Wahlrechts, die Teilnahme an Anhörungen und Diskussionsrunden sowie anderen Formen der politischen Beteiligung ebenso wie gemeinwesenorientierte Aktivitäten wie z. B. Nachbarschaftshilfe, Kinderbetreuung, Vorträge, kleinere Hausmeisterdienste, die Mitwirkung in einer Theatergruppe oder beim Gottesdienst und vieles andere.

In Nordrhein-Westfalen engagiert sich – wie auch im Bundesdurchschnitt – gut jede dritte Bürgerin bzw. jeder dritte Bürger ehrenamtlich. Nach Geschlecht waren das in 2009 38% Männer und 32 % Frauen (vgl. Freiwilligensurvey⁸⁶³). Die Bereitschaft zum Engagement bewegt sich damit insgesamt auf einem stabilen Niveau. Das Ehrenamt ist stark verbreitet, bunt und lebendig. Die Beweggründe, sich zu engagieren, sind dabei ebenso vielfältig wie die Einsatzfelder.⁸⁶⁴ Bürgerinnen und Bürger begreifen sich als zentrale Akteurinnen und Akteure der Zivilgesellschaft. Durch ihre politische Teilhabe gestalten sie Politik „von unten“. Sie formulieren ihre Interessen und sind freiwillig für die Gesellschaft tätig, angefangen vom sozialen Engagement über das kommunale Ehrenamt bis hin zur Freiwilligenarbeit in Kultur oder Sport.⁸⁶⁵

861 Vgl. Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ (2002).

862 Bubolz-Lutz, E. et al. (2010), S. 195; BMFSFJ (2009), S. 12.

863 Gensicke, T./Geiss, S. (2011): Zivilgesellschaft und freiwilliges Engagement in Nordrhein-Westfalen 1999 – 2004 – 2009. TNS Infratest Sozialforschung, München. S. 58.

864 Vgl. ebd., S. 13, S. 18 u. a.

865 www.zze-freiburg.de/themen/akteure-der-zivilgesellschaft/ (Zugriff am 22.02.13)

„Zivilgesellschaft“ wird aber auch durch den sogenannten „dritten Sektor“ gestaltet. Damit ist eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Akteure gemeint: Vereine, Verbände, Stiftungen und andere Non-Profit-Organisationen.

Sie alle sind wichtige Orte für bürgerschaftliches Engagement und spiegeln in ihrer Breite sowohl die Vielfalt des Engagements wider⁸⁶⁶ als auch ihre gesellschaftliche Unverzichtbarkeit gerade in Zeiten von Krisen.⁸⁶⁷ Hinzu kommen weitere Akteure, die zivilgesellschaftliche Entwicklungen mitgestalten, wie Unternehmen, Kommunen, die Länder und der Bund.⁸⁶⁸

Für die Gesellschaft ist das bürgerschaftliche Engagement wichtig, weil es zum sozialen Zusammenhalt beiträgt. Es fördert eine gesellschaftliche Teilhabe und gibt Denkanstöße. Gleichzeitig hat es in der Regel einen konkreten Nutzen für die Menschen, die es ausüben. Sie knüpfen und pflegen soziale Beziehungen und bereichern ihr Wissen und ihre Kompetenzen. Die ehrenamtliche Tätigkeit kann eine Erweiterung des eigenen Horizonts bedeuten und helfen, neue Lebens- bzw. Übergangsphasen sinnvoll zu gestalten. Letzteres ist für ältere Menschen von besonderer Relevanz, da durch die Ausübung freiwilliger Tätigkeiten ihr Übergang aus dem Berufsleben in die Phase des Ruhestands sinnvoll und aktiv gestaltet werden kann.

Was konstant in Erscheinung tritt, ist eine Hierarchisierung der beruflichen, sozialen und ehrenamtlichen Stellung nach Geschlecht unabhängig vom Alter. So stellt der „Fünfte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“ heraus:⁸⁶⁹ „Während Männer sich häufiger in so genannten politischen Ehrenämtern (Vorständen, Beiräten) engagieren, bleiben Frauen eher konzentriert auf das soziale Ehrenamt, auf unmittelbare Arbeit mit und für Hilfebedürftige (Besuchsdienste, Alltagshilfen für Kranke). Je anerkannter, prestigeverbundener, einflussreicher und in diesem Sinne politischer (und öffentlicher) ein Ehrenamt ist, desto eher finden sich dort Männer. Und umgekehrt, je unauffälliger, verborgener, alltäglicher (privater) und in unmittelbare menschliche Alltagsbeziehungen eingebettet das Engagement ist, desto eher wird es von Frauen (auch im Sinne der ‚typisch weiblichen Beziehungsarbeit‘) geleistet.“ Sichtbar wird hier ein geschlechterspezifischer und historisch gewachsener Bias, d. h. eine Schiefelage, die sich in der Betonung der Differenz zwischen „Amt“ als männlich konnotiertes Ehrenamt und „Arbeit“ in der freiwilligen Arbeit als weiblich konnotiertes Engagement ausdrückt.⁸⁷⁰ Die Trennung in öffentlich-männlich und privat-weiblich zeigt sich so auch in der geschlechtsdifferenzierenden Beschreibung und Bewertung von Engagement.⁸⁷¹

In den letzten Jahren ist das bürgerschaftliche Engagement zu einem Thema avanciert, das im Kontext der Ausdifferenzierung des Alters und der individuellen biografischen Wahl- und Gestaltungsfreiheit neu diskutiert und akzentuiert wird.

Es hat sich zunehmend die Meinung etabliert, dass eine alternde Gesellschaftsstruktur

866 www.b-b-e.de/index.php?id=akteure-zivilgesellschaft1 (Zugriff am 20.02.13)

867 Vgl. Notz, G. (2010): Bürgerschaftliches Engagement im „aktivierenden Sozialstaat“: Geschlechterasymmetrien oder -hierarchien im und durch das „Ehrenamt“? In: Dackweiler, R./ Schäfer, R. (Hrsg.): Wohlfahrtsstaatlichkeit und Geschlechterverhältnisse aus feministischer Perspektive. S. 168-188.

868 www.zze-freiburg.de/themen/akteure-der-zivilgesellschaft/ (Zugriff am 22.02.13)

869 BMFSFJ (2005): „Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

870 Vgl. Notz, G. (2010), S. 177.

871 Vgl. Auth, D. (2009), S. 308f.

darauf angewiesen ist, dass alle Bevölkerungsgruppen einen Beitrag für die Gesellschaft leisten müssen, und dass darüber hinaus „die Erhaltung gesellschaftlicher Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit nur gelingen kann, wenn der mögliche Beitrag älterer Menschen zur Wertschöpfung in einer alternden Gesellschaft systematisch genutzt wird“.⁸⁷²

7.6.1.1 Entwicklungen und zentrale Trends

Die Ursprünge des sozial-bürgerschaftlichen Engagements lassen sich auf den Beginn der Industrialisierung, die Entstehung des Bürgertums und die Entwicklung der katholischen Soziallehre zurückführen, als es galt, soziale Verwerfungen ethisch und humanistisch begründet durch konkrete Projekte und Maßnahmen zu lindern. In der Altenarbeit und -politik ging es dabei immer auch um eine Mithilfe bei der Umsetzung von Programmen und konkreten Einzelmaßnahmen, d. h. dass z. B. Wohlfahrtsverbände und Kirchen von Anfang an auf die ehrenamtliche Mitwirkung ihrer Mitglieder und Gläubigen gesetzt haben.

Mit dem Wandel in der Bundesrepublik in der Nachkriegszeit und der Diskussion über mehr Demokratie entstanden breite gesellschaftliche Bewegungen, z. B. Frauenbewegung, Friedensbewegung und ökologische Bewegung, die das repräsentative System zunächst kritisierten und dann auch nachhaltig veränderten. Eine gesellschaftliche Selbstorganisation in konkreten Projekten wie Elternläden oder Genossenschaften begleitete die Diskussion. Bürgerbeteiligung in den Stadtplanungsprozessen, die Linderung der Eingemeindungen durch Ortschaftsräte und Bezirksvertretungen und die Einführung von Bürgerbegehren und Bürgerentscheiden durch die Änderung der Gemeindeordnung in NRW waren staatliche Antworten auf das gewachsene Bedürfnis der Gesellschaft, mitzuwirken und mitzuentcheiden.

7.6.1.1.1 Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen

Die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements der Älteren ist im gesamtgesellschaftlichen Kontext und im Zusammenhang mit langfristigen Trends zu betrachten. Dazu zählen der soziale Wandel, die Alterung der Gesellschaft und die dominierenden Altersbilder. Die neuesten Studienergebnisse attestieren älteren Menschen einen häufig bis zum 85. Lebensjahr möglichen aktiven Lebensstil mit zwar abnehmender, aber weiterhin vorhandener Vitalität und differenzierten Lebens- und Entwicklungsverläufen.⁸⁷³ Parallel hierzu haben sich ebenso zahlreiche wie verschiedene Engagementfelder und -formen gebildet. „Das Engagement Älterer zeugt von einer aktiven, sozialen, kulturellen und politischen Teilhabe Älterer am öffentlichen Leben – und zwar in ganz unterschiedlichen Engagementformen. Ältere sind heute nicht nur als ‚Helferinnen‘ und ‚Helfer‘ engagiert: Sie finden sich vielfach in Verbänden und Vereinen in Führungspositionen, sie fungieren als Beraterinnen bzw. Berater oder sogenannte Senior-Expertinnen und -Experten, als unentgeltlich Lehrende in Akademien der zweiten Lebenshälfte, als Initiatorinnen und Initiatoren vielfältiger innovativer Projekte, die dem Gemeinwohl dienen. Neben den klassischen Feldern des Engagements in Vereinen, Verbänden, Parteien und Kirchen haben andere stärker selbstorganisierte, informelle Formen und Zusam-

872 Vgl. Kruse, A., in Generali Zukunftsfonds (2012), S. 15.

873 Generali Zukunftsfonds 2012, S. 19 und Kapitel 1

menschlüsse erheblich an Bedeutung und Zuspruch gewonnen. Mit dieser Pluralisierung der Engagementformen geht jedoch nicht generell eine Ablösung herkömmlicher Organisationsformen einher: So zeigt sich etwa, dass das herkömmliche Ehrenamt in den höheren Altersklassen bevorzugt wird, während die ‚jungen Alten‘ neue Engagementformen präferieren.⁸⁷⁴

Mit Blick auf Geschlecht zeigt sich allgemein im freiwilligen Engagement – ähnlich wie im Bereich der Erwerbsarbeit – eine sowohl horizontale als auch vertikale Segregation des Feldes, die zurückzuführen ist auf die Wirkmächtigkeit von stereotypisierenden Bildern von Männern und Frauen und ihren Interessen sowie darauf aufliegenden Geschlechterarrangements. Es zeigt sich, dass Frauen unabhängig ihres Alters in den Bereichen „Soziales“, „Gesundheit“ und „Pflege“ im Jahr 2009⁸⁷⁵ mit 63 % überrepräsentiert sind. Auch die Bereiche „Kinder und Jugend“ sowie „Kirche und Religion“ werden durch ihre unbezahlten Tätigkeiten weitestgehend abgedeckt. Männer hingegen sind in den öffentlichen Bereichen „Rettungsdienst“ und „Freiwillige Feuerwehr“ im Jahr 2009 mit 81,3 % und in politischen und beruflichen Interessensvertretungen mit 76,7 % klar dominant vertreten. In diesem Zusammenhang stellt Auth fest, dass insgesamt „mehrerheitlich Frauen (...) dort unbezahlte Arbeit (leisten), wo Betreuungsmöglichkeiten unzureichend sind oder ganz fehlen. Dies betrifft insbesondere den Bereich ‚Pflege‘, aber auch soziale Dienste für Alte, Behinderte, Kranke oder Benachteiligte.“⁸⁷⁶ Hohe Anforderungen und physische wie psychische Belastungen bilden hier die Norm. Erklärbar wird dementsprechend auch eine höhere Engagementquote bei Frauen, wenn sie teilzeitbeschäftigt sind bzw. wenn sie zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben. Die Engagementquote von Männern hingegen nimmt zu, wenn sie einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen. Dies lässt den Rückschluss zu, dass sie offensichtlich – und damit ganz im Gegensatz zu den Frauen – keine Vereinbarkeitsprobleme von Familie, Beruf und Ehrenamt besitzen. Auffällig ist zudem, dass sich die Position im Ehrenamt ebenfalls als geschlechtlich hierarchisiert zeigt.

So ist auch hier belegt, dass die Führungspositionen im Bereich des freiwilligen Engagements unabhängig vom Alter überwiegend von Männern ausgeführt werden.⁸⁷⁷ In Anbetracht einer „Dominanz (älterer) Frauen im sozialen Ehrenamt und in der häuslichen Pflege“ drückt sich nach Auth zudem „die Persistenz der Zuweisung von Fürsorgearbeit an Frauen“ aus.⁸⁷⁸

In NRW ist das Engagement der ab 60-Jährigen zwischen 1999 und 2009 um fünf Prozentpunkte auf 30 % angestiegen. Aufgrund des starken Zuwachses der Gruppe der „nur“ Aktiven (von 30 % auf 42 %) haben sich die Chancen für eine vermehrte Einbeziehung älterer Menschen in das freiwillige Engagement deutlich erhöht.⁸⁷⁹ Eine Differenzierung nach Geschlecht zeigt bei den Männern ab 60 Jahren eine Engagementquote von 34 % im Jahr 2009, während diese bei den Frauen – wie im Bundesdurchschnitt – bei 27 % lag.⁸⁸⁰ Im Hinblick auf die zeitliche Dauer des Engagements der älteren Men-

874 Bubolz-Lutz et al. 2010, S. 195

875 Studie des Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) – Projektgruppe Zivilengagement (2009): Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. Berlin: WZB/BMFSFJ.

876 Auth, D. (2009), S. 309.

877 Vgl. Wolf, A./ Zimmer, A. (2009): Balanceakt hoch drei. Expertise zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Engagement bei Führungskräften in Nonprofit-Organisationen. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität.

878 Auth, D. (2009), S. 311.

879 Vgl. Gensicke, T./Geiss, S. (2011), S. 10.

880 Vgl. ebd., S.12f

schen in NRW wird deutlich: Je älter die Befragten, desto länger sind sie bereits freiwillig aktiv. Menschen ab 60 Jahren waren 2009 im Durchschnitt seit 17 Jahren engagiert. Zudem waren 77 % der freiwilligen Tätigkeiten langfristig angelegt und 73 % wurden von regelmäßigen Terminen bestimmt. Dies galt für fast alle Bereiche mit Ausnahme von „Kindergarten und Schule“ sowie „Natur-, Umwelt- und Tierschutz“.⁸⁸¹ Im Hinblick auf die Engagementbereitschaft zeigt sich, dass auch in NRW die Gruppe „60plus“ ein deutliches Potenzial aufweist. Die Bereitschaft, das bürgerschaftliche Engagement weiter auszudehnen (internes Potenzial), lag 2009 bei 12 %. Die Bereitschaft, ein Engagement sicher oder eventuell neu aufzunehmen (externes Potenzial), lag in dieser Altersgruppe sogar bei 23 %.⁸⁸²

Zwischen 1999 und 2004 haben in NRW die Bereiche „Soziales“ und „Religion und Kirche“ als typische Engagementfelder älterer Menschen an Bedeutung gewonnen.⁸⁸³ Zwar waren in beiden Bereichen mehr Frauen als Männer engagiert, allerdings stieg das Engagement der älteren Männer in diesen Bereichen in den letzten zehn Jahren an, sodass die Unterschiede zwischen älteren Männern und Frauen im sozialen Bereich 2009 weitgehend überwunden waren. Während 1999 bei den älteren Menschen in NRW die klassischen vereinsgestützten Tätigkeiten in den Bereichen „Freizeit“, „Geselligkeit“ und „Sport“ am meisten verbreitet waren, stand 2009 insbesondere der Bereich „Freizeit und Geselligkeit“ deutlich hinter den Bereichen „Kirche“ und „Soziales“ zurück. Tätigkeiten im Bereich „Gesundheit“ haben häufig eine Beziehung zum sozialen Engagement. Bei dem gesundheitsbezogenen Engagement gab es in NRW im Allgemeinen und bei den älteren Menschen im Besonderen seit 2004 einen deutlichen Zuwachs.⁸⁸⁴

7.6.1.1.2 Entwicklung der Teilhabe in Beiräten und Vertretungen

7.6.1.1.2.1 Entstehung und Entwicklung

Die örtlichen Seniorenvertretungen bilden in Nordrhein-Westfalen den zentralen Ort für die politische Teilhabe Älterer. Ihre Wurzeln liegen in den Bürgerbewegungen Ende der 1970er-Jahre und der zunehmenden Erkenntnis, dass die Interessen Älterer von der „etablierten Politik“ nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Kennzeichnend für die Generation alter Menschen in dieser Zeit waren verbreitete Altersarmut – bei vielen Menschen der Kriegsgeneration – und keine Absicherung für den Fall von Pflegebedürftigkeit (die Pflegeversicherung wurde zwar bereits diskutiert, war aber noch nicht eingerichtet). Während die Versuche, die Interessen Älterer im Rahmen einer bundesweiten Partei zu organisieren, letztendlich scheiterten⁸⁸⁵, organisierten sich parallel dazu Ältere mit Unterstützung der örtlichen Kommunalpolitik und Verwaltung zu eigenen Interessenvertretungen.

881 Ebd., S. 20

882 Vgl. ebd., Grafik Z9 und Grafik Z10

883 Vgl. Gensicke, T./Geiss, S. (2011), S. 66, Grafik 13.

884 Vgl. ebd., S. 68

885 Die Ende der 1980er entstandene und 2008 aufgelöste Partei „Die Grauen – Graue Panther“, die sich als Interessenvertretung der Älteren und Jüngeren verstand. Sie war aus dem 1975 von Trude Unruh gegründeten Senioren-Schutz-Bund „Graue Panther“ hervorgegangen, nachdem die Vorsitzende bis dahin parteiloses Mitglied der Bundestagsfraktion Die GRÜNEN war.

So gab es in Spenge (Kreis Herford) im Jahr 1975, in Gelsenkirchen im Jahr 1976, in Krefeld im Jahr 1977 und in Aachen, Düsseldorf, Köln und Ratingen im Jahr 1978 die ersten kommunalen Seniorenvertretungen in Nordrhein-Westfalen. In den 1980er-Jahren setzte sich dieser Trend in der Fläche fort:

Von 1979 bis 1990 kamen Seniorenvertretungen in Gladbeck, Marl, im Rheinisch-Bergischen-Kreis (1979), in Hagen, Moers, Rheine, Solingen, Sprockhövel (1980), Bönen, Detmold, Kerpen, Mettmann, Rösrath, Soest, Wesel (1981), Greven (1984), Halle (1986), Herford und Rommerskirchen (1988), Erkrath und Wetter (1989), Arnsberg, Dortmund, Geseke, Herzebrock-Clarholz, Iserlohn, Kevelaer, Voerde und Weeze (1990) hinzu. Diese Entwicklung war dann 1984 auch Anlass und Grund, die Landesarbeitsgemeinschaft nordrhein-westfälischer Seniorenvertretungen und dann 1986 die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen (ab 1991 als eingetragener Verein mit Gemeinnützigkeitsstatus) als Kooperationsplattform und Interessenverband gegenüber dem Land zu gründen.⁸⁸⁶

Bei den Gründungen kommunaler Seniorenvertretungen kam und kommt bis heute den kommunalen Verwaltungen eine wichtige Rolle als Initiatorinnen der Seniorenvertretungen zu. In den letzten zehn Jahren wird die Gründung von Seniorenvertretungen aber immer häufiger durch ältere Menschen selbst forciert: Interessierte schließen sich zu einer Gruppe zusammen und beginnen für die Gründung einer Seniorenvertretung in ihrer Kommune zu werben und Informationen dazu einzuholen.

Dabei waren Seniorenvertretungen von Anfang an nicht unumstritten. Vor Ort entsprangen die Gründe für die Einrichtung kommunaler Seniorenvertretungen oftmals der Erkenntnis, dass die Interessen älterer Menschen nicht selbstverständlich, im angemessenen Umfang und in angemessener Qualität von der Kommunalpolitik sowie in der Altenhilfe⁸⁸⁷ wahrgenommen wurden. Dagegen waren Seniorenvertretungen in Wissenschaft und Politik von Beginn an mit grundsätzlichen Argumenten umstritten.⁸⁸⁸

Die formulierten Problematisierungen und Kritikpunkte betrafen die Legitimität einer vorparlamentarischen Interessenvertretung älterer Menschen, ihre Unabhängigkeit, ihre Abgrenzung zur Seniorenpolitik allgemein, die Gefahr einer Instrumentalisierung und ihre Durchsetzungschancen. Die Rahmenbedingungen für die Gründung der Interessenvertretung Älterer in den Städten und Gemeinden haben sich in den 1990er-Jahren dann in Nordrhein-Westfalen vor allem durch zwei Faktoren verbessert: Erstens gingen mit der Weiterentwicklung ihrer Dachorganisation, der Landesseniorenvertretung, seit den 1990er-Jahren positive Einflüsse auf die Gründungen kommunaler Seniorenvertretungen aus. Mit der seit 1993 kontinuierlich gewährten Landesförderung für die Landesseniorenvertretung konnten Qualifizierungsseminare durchgeführt und neue Gründungsprozesse vor Ort leichter unterstützt werden – allein schon deshalb, weil Vorstandsmitglieder die Reisekosten erstattet bekamen (angesichts der Größe des Flächenlandes NRW eine nicht unerhebliche Absicherung für das ehrenamtliche Wirken). Auf kommunaler Ebene wuchs parallel dazu bei den verantwortlichen Gestaltern in den 1980er- und 1990er-Jahren das Interesse an einem stärkeren Einbezug der Älteren gepaart mit der Abkehr von einer ausschließlichen Fürsorge gegenüber älteren Menschen.

886 Ausführlich dazu siehe Kapitel 7.6.1.1.2

887 Siehe beispielhaft auch die Qualitätsinitiative Gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit www.qualitaet-seniorenarbeit.de.

888 Vgl. BMFSFJ (1997),

Im Ergebnis wurden so bis zum Jahr 2000 über 70 neue kommunale Seniorenvertretungen (SV) in die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V. aufgenommen. Bis heute sind durch die immer stärker gewachsenen Partizipationswünsche engagierter Älterer (verbunden mit stärkeren Bedarfen nach eigenständigem Handeln, möglichst selbstständig, mit geringer Anbindung an etablierte Strukturen (Parteien und Verbände) sowie an hauptamtliche Arbeit) 162 kommunale Seniorenvertretungen in die der Landesseniorenvertretung aufgenommen worden. Damit sind in 40,4 % aller Kommunen in Nordrhein-Westfalen Seniorenvertretungen verankert. Regional in den Regierungsbezirken schwankt die Verteilung zwischen 58 % in Düsseldorf und Köln und Münster mit ca. 30 % der Gemeinden.

7.6.1.1.2.2 Rechtliche Verankerung und Ausgestaltung der Seniorenvertretungen

Eine Verankerung der Seniorenvertretung in der Gemeindeordnung NRW gibt es bisher nicht. Für die örtlichen Seniorenvertretungen und ihre landesweite Dachorganisation ist diese Verankerung aber eine zentrale politische Forderung.⁸⁸⁹ Viele Kommunen nehmen dennoch bereits jetzt Beratungs- und Mitwirkungsangebote an, wobei sie sich in ihren örtlichen Verankerungen in Satzungen auf unterschiedliche Normen der Gemeindeordnung beziehen.⁸⁹⁰ Die konkrete Zusammensetzung der Seniorenvertretung, ihre Rekrutierung und ihre Rechte sind differenziert und stets Ergebnisse lokaler Aushandlungsprozesse.

Dabei werden vor allem Traditionen in der Altenpolitik der Kommune, Altersbilder in Politik und Verwaltung, die Bedeutung und das Gewicht vorhandener Akteurinnen und Akteure, die Haltung gegenüber Partizipation in Politik und Verwaltung und die Gewichtung der Gestaltungsaufgabe Alter wirksam. Die Aushandlungsprozesse sind bisher nicht wissenschaftlich systematisch untersucht.

Nach der Einrichtung einer Seniorenvertretung rekrutieren sich ihre Mitglieder zu einem Drittel in Urwahl, zu einem weiteren Drittel durch Delegiertenwahl und Mischverfahren sowie zu einem weiteren Drittel durch andere Verfahren. Urwahlen nehmen tendenziell – seitens der Kommune mit zu hohen Kosten begründet – an Bedeutung ab. Allerdings zeigt die Praxis auch, dass in Urwahl konstituierte Seniorenvertretungen in der Kommune gut etabliert und in ihrer Arbeit effektiv sind. Die Wahlperioden sind in der Regel zwei bis fünf Jahre und häufig an den Rhythmus der Kommunalwahl angepasst. Die Wahlbeteiligung hängt maßgeblich vom Bekanntheitsgrad der Seniorenvertretung ab.

⁸⁸⁹ Zur Bedeutung der Seniorenvertretung – auch ohne rechtliche Verankerung in der Gemeindeordnung - siehe unter www.lsv-nrw.de die gemeinsame Pressemitteilung des nordrhein-westfälischen Städte- und Gemeindebundes mit der Landesseniorenvertretung aus dem Jahr 2011.

⁸⁹⁰ Die Kommunen mit SV beziehen sich in der Praxis ihrer (Haupt-)Satzungen auf folgende fünf Regelungen der GO: § 24 (GO NRW): „Jeder hat das Recht, sich einzeln oder in Gemeinschaft mit anderen schriftlich mit Anregungen oder Beschwerden in Angelegenheiten der Gemeinde an den Rat oder die Bezirksvertretung zu wenden“. Oder § 7 (1) (GO NRW): „Die Gemeinden können ihre Angelegenheiten durch Satzung regeln, soweit Gesetze nichts anderes bestimmen.“ Oder § 7 (3) (GO NRW): „Jede Gemeinde hat eine Hauptsatzung zu erlassen. In ihr ist mindestens zu ordnen, was nach den Vorschriften dieses Gesetzes der Hauptsatzung vorbehalten ist. Die Hauptsatzung und ihre Änderung können nur mit der Mehrheit der gesetzlichen Anzahl der Ratsmitglieder beschlossen werden.“ Oder § 8 (1) (GO NRW): „Die Gemeinden schaffen innerhalb der Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit, die für die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Betreuung ihrer Einwohner erforderlichen öffentlichen Einrichtungen.“ Oder § 58 (4) (GO NRW): „Als Mitglieder mit beratender Stimme können den Ausschüssen volljährige sachkundige Einwohner angehören, die in entsprechender Anwendung des § 50 Abs. 3 zu wählen sind. ...“.

7.6.1.1.2.3 Verankerung in der kommunalen Praxis und Aufgaben von Seniorenvertretungen im kommunalen Entscheidungsprozess

Die Würdigung der kommunalen Seniorenvertretungen vor Ort hängt maßgeblich mit ihren Zielen und konkret-praktischen Aktivitäten zusammen. Sie sind nach eigenem Selbstverständnis einerseits Interessenvertretung älterer Menschen gegenüber der Verwaltung, den Parteien, den Ratsfraktionen, den Wohlfahrtsverbänden und allen weiteren relevanten Akteuren. Sie bieten andererseits den älteren Menschen eine Möglichkeit politischer Teilhabe und verantwortlichen, bürgerschaftlichen Engagements innerhalb der Kommune. Sie wirken generationsübergreifend, bündeln und koordinieren Interessen älterer Menschen und leisten damit im vopolitischen Raum einen wichtigen Beitrag zur strukturierten Interessenartikulation sowie zur Vermittlung zwischen Politik und Bevölkerung. Sie sind nicht zuletzt faktisch eine wichtige – wenn nicht gar die zentrale – Beratungsinstanz kommunaler Politik, Verwaltung und Altenhilfestrukturen in allen Fragen der örtlichen Bevölkerung rund um das Alter.

Die an den Bedarfen der Älteren orientierte Fachkompetenz – eingebracht in den entsprechenden Ausschüssen des Rats, häufig mit der Befugnis eines Vorberatungsrechts von Verwaltungsvorlagen vor den entscheidenden Ausschüssen – und noch weit mehr das öffentliche (Medien-)Interesse an den Anliegen und Forderungen der Älteren verstärken die Wirkung der Seniorenvertretung im kommunalpolitischen Alltag.

Die Landesseniorenvertretung bietet Qualifikationsmaßnahmen für Mitglieder der örtlichen Seniorenvertretungen an und vernetzt die kommunalen Seniorenvertretungen untereinander.⁸⁹¹

7.6.1.1.3 Partizipation als Querschnittsthema der Altenpolitik – exemplarische Darstellung

In der Altenarbeit des Landes Nordrhein-Westfalen besteht auf allen politischen und fachlichen Ebenen Konsens, dass eine altersgerechte Entwicklung von Quartieren, Stadtteilen, Städten und Gemeinden von den Leitideen der Selbstbestimmung und der Mitbestimmung der Älteren ausgehen muss. Dazu gehören die politische Mitbestimmung, die Mitwirkung im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements und die Unterstützung der Selbstorganisation der Älteren.

In den letzten Jahren wuchs daher in den Städten und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen die Zahl der Seniorenvertretungen, während es parallel dazu Impulse gab, das lange vorherrschende, eher defizitgeprägte Altersbild zu verändern. Es wurde begonnen, die Potenziale der Älteren hervorzuheben – gute Ausbildung, Lebenserfahrung und weitgehend sichere ökonomische Lebenslagen – und diese Potenziale in zahlreichen Initiativen für die Stadtentwicklung und für den sozialen Zusammenhalt zu nutzen und dabei gezielt das bürgerschaftliche Engagement in den Städten und Gemeinden auszubauen.

Gleichzeitig wurden in zahlreichen, zeitlich befristeten örtlichen (Modell-) Projekten – zum Teil öffentlich gefördert – geeignete Formen der Mitbestimmung an konkreten

⁸⁹¹ Auf Initiative von Dr. Groot aus Soest wurde 1984 die Landesarbeitsgemeinschaft von Seniorenvertretungen aus den Seniorenvertretungen Köln, Düsseldorf, Dortmund und Soest (damals in der Gründung befindlich) ins Leben gerufen. Ort des ersten Gründungszusammenschlusses war Köln, Initiator und erster Sprecher war Dr. Groot, der Vorsitzende des ersten Seniorenbeirats in Soest. Schon kurze Zeit später, im Jahr 1986, wurde in Bonn die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenvertretungen gegründet, wieder mit Dr. Groot (als Stellvertreter) an der Spitze.

Projekten ausprobiert. Landesweit entstanden neue Ansätze zu den Themen „Partizipation“, „altersgerechte Quartiersentwicklung“, „Nachbarschaften“, „Online-Patenschaften“ und zur Qualitätsentwicklung in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit – zum Teil mit zielgruppenspezifischen Ausrichtungen. Gemeinsam waren allen Initiativen der Versuch, Ältere an der Entwicklung von altersgerechten Strukturen zu beteiligen – möglichst von Anfang an. Daran sind und waren auch die vom MGEPA geförderten, landesweiten Teilhabenetzwerke beteiligt – etwa der ZWAR e. V., die Landesseniorenvertretung NRW, das Kuratorium Deutsche Altershilfe, die Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros, das Forschungsinstitut Geragogik sowie – auf unterschiedliche Weise – die professionellen Träger der Seniorenarbeit der Wohlfahrtsverbände und der Kommunen.

Im Kontext des „Forums Seniorenarbeit“ des Kuratoriums Deutscher Altershilfe wurden diese Ansätze von den Trägern der Altenarbeit wahrgenommen und reflektiert.⁸⁹² Dennoch fehlten systematische Reflektions- und Austauschmöglichkeiten, wie Partizipation in Projekten und nachhaltig konkret gefördert werden kann – sei es durch Öffnung bestehender Teilhabestrukturen, sei es durch Ermunterung der Älteren, an ihnen mitzuwirken. Die Vertretungen der älteren und alten Menschen machten gleichzeitig landesweit immer wieder und immer intensiver mit gezielter Lobbyarbeit deutlich, dass sie in den Kommunen an den politischen Entscheidungen mitwirken wollen. Die Landesseniorenvertretung fordert Seniorenvertretungen in allen Gemeinden und diese Mitwirkung in der Gemeindeordnung zu verankern. Zugleich qualifiziert sie die bestehenden Seniorenvertretungen für ihre Aufgaben.⁸⁹³ Die ZWAR-Zentralstelle unterstützt Kommunen beim Aufbau geeigneter, nachhaltiger Beteiligungsstrukturen⁸⁹⁴ und immer mehr setzen einzelne Kommunen darauf, dass sich ältere Menschen aktiv an der Stadtentwicklung beteiligen.

An diesem Prozess wachsender Teilhabe und wachsender Forderung nach Mitbestimmung setzt – als bundesweit neues Format – die „Herbstakademie“ des vom MGEPA geförderten „Forums Seniorenarbeit“ an. In zweitägigen Veranstaltungen werden hauptamtlich und bürgerschaftlich Engagierte aus Kommunen, Wohlfahrtsverbänden und von freien Trägern, Interessenvertretungen und selbstorganisierten Gruppen in Nordrhein-Westfalen eingeladen, sich gezielt über partizipationsorientierte Aktivitäten im Land zu informieren und zu qualifizieren. Während es im Jahr 2012 in der Kölner Akademie „Partizipation älterer Menschen im Gemeinwesen fordern, fördern und zulassen“ um die Grundfragen der Partizipation ging, standen im Jahr 2013 mit dem Motto „Mitmachen und Mitnehmen“ in Gelsenkirchen die notwendigen Ausdifferenzierungen der Teilhabeformen im Vordergrund. Ziel war es, für alle Älteren Mitwirkungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten zu schaffen – also auch für Ältere, die von Armut betroffen sind, für ältere Migrantinnen und Migranten, für ältere Benachteiligte und für ältere Lesben und Schwule. Im Jahr 2014 standen Projekte im Mittelpunkt der „Herbstakademie“, die mehreren Gruppen eine gemeinsame Beteiligung eröffneten. Die Akademien sind so immer auch Impulsgeber für Innovationen der Teilhabe vor Ort.

892 www.forum-seniorenarbeit.de: Ein Ergebnis ist das Anfang 2011 entstandene Grundlagenpapier „Leitgedanke Partizipation in einer solidarischen Gesellschaft. Chancen und Herausforderungen im Zeichen der demografischen Entwicklung“; ebenda

893 www.lsv-nrw.de/

894 www.ZWAR.org

Zentral für die Akzeptanz des Formates und der jeweiligen Inhalte, die Umsetzung von Impulsen und die Reflexion von innovativen Partizipationsprojekten ist die breite Kooperation möglichst vieler Akteure und Akteurinnen aus der Altenarbeit des Landes.⁸⁹⁵ Sie werden von Anfang an bei der Planung einbezogen und beteiligen sich aktiv als Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den dialogorientierten Workshops, den Plenarveranstaltungen sowie bei der Auswertung der Ergebnisse. Dies führt zu einer Vielfalt von Fach-Workshops und bietet die Chance, in sehr kleinen Gruppen über Teilhabe und über themenspezifische gelingende Voraussetzungen, Herausforderungen und Bedarfe für die Partizipation der Älteren zu diskutieren – z. B. im ländlichen Raum, in der virtuellen Welt, in Bezug auf die Lebensqualität, von älteren Lesben und Schwulen, von Menschen mit Migrationshintergrund usw. Im „Speaker’s Corner“ und „Worldcafé“ findet der allgemeine Austausch über neue Methoden und Formate der Teilhabe und erfolgreiche Möglichkeiten, die Motivation der Älteren zur Teilhabe zu steigern, statt.⁸⁹⁶ Mit der gezielten Teilhabe und Partizipation von Älteren unterstützen die „Herbstakademien“ im Ergebnis das Engagement der Landesregierung, mit gezielten Handlungs- und Aktions-Programmen die Inklusion und die Integration zu fördern, die Armut zu bekämpfen und soziale Ausgliederung zu vermeiden sowie für die Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt einzutreten – also insgesamt die Vielfalt der Gesellschaft als Chance zu verstehen und den Einsatz für eine diskriminierungsfreie Gesellschaft zu unterstützen.⁸⁹⁷

7.6.1.2 Förderung von Teilhabe und Engagement

7.6.1.2.1 Engagementförderung durch das Land

Zu den Voraussetzungen für das bürgerschaftliche Engagement älterer Menschen zählen neben der Motivation und Initiative des Einzelnen auch verfügbare Zeit, materielle Ressourcen, Anerkennung und eine Engagement fördernde Infrastruktur.

Exkurs: Engagement braucht Strukturen

Engagement im Alter braucht Gelegenheitsstrukturen, die (insbesondere auch das generationenübergreifende) Engagement unterstützen. Innerhalb dieser Strukturen nehmen die Vereine eine herausragende Stellung als wichtigste Organisationsform des bürgerschaftlichen Engagements ein.⁸⁹⁸

Akteure aus Wissenschaft und Praxis betonen die Notwendigkeit einer klaren Einbindung der Engagierten in die jeweilige Organisationsstruktur, die Orientierung an den Bedürfnissen der älteren Menschen sowie die Bedeutung von Qualifizierung und Anerkennung. So gelte es, Teilhabe und Inklusion zu ermöglichen.⁸⁹⁹

895 Die Akademien fanden in Partnerschaft mit dem „Evangelischen Zentrum für innovative Seniorenarbeit“, dem Forschungsinstitut Geragogik, der Initiative „Immer dabei – Landeskoordination für ältere Lesben und Schwule“, der Lagfa - Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen NRW, der LaS - Landesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros NRW, der LSV - Landessenorenvertretung NRW, der Paritätischen Akademie NRW und der ZWAR-Zentralstelle Nordrhein-Westfalen und in Abstimmung mit dem MGEPA statt; die Akademie 2013 in Partnerschaft mit dem Landesbehindertenbeauftragten und dem Landesintegrationsrat.

896 Das detaillierte Programm der „Herbstakademien“, die Berichte und die Auswertungen finden sich auf der Website des Forums Seniorenarbeit.

897 Die Landesregierung NRW ist am 8. Mai 2013 der „Charta der Vielfalt“ beigetreten: www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2013/pm20130508a/index.php

898 Vgl. Gensicke, T./Geiss,(2010), S., S. 28, Grafik Z19.

899 Vgl. BMFSFJ (2012), S. 407.

Innerhalb der Organisationsstrukturen ist ein angemessenes Management des bürgerschaftlichen Engagements erforderlich.

Die BAGSO (2010) fordert in ihrem Positionspapier „Freiwilliges Engagement älterer Menschen“, den Engagierten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Seite zu stellen, die sich um ihre Fragen, Anregungen, Bedürfnisse und Wünsche kümmern. Die Ergebnisse des Freiwilligensurvey zeigen diesbezüglich, dass die Möglichkeit, sich an einen Ansprechpartner zu wenden, seit 2004 rückläufig ist. In der dominierenden Organisationsform, den Vereinen, wirkt sich diese Entwicklung besonders gravierend aus. Hier standen im Jahr 2009 mit 56 % deutlich weniger Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung als im Jahr 2004 (63 %).⁹⁰⁰

Insgesamt gilt es, im Rahmen der Engagementförderung „(...) für eine möglichst umfassende Transparenz Sorge zu tragen, z. B. durch Vermittlungs- und Beratungsstellen oder Freiwilligenzentren. Vor allem ältere Menschen müssen gezielt über die Möglichkeiten des Engagements informiert werden“.⁹⁰¹ Es ist auch zu beachten, dass die Ausübung einer freiwilligen Tätigkeit bei einem Teil der älteren Engagierten davon abhängt, ob sie mit der Erwerbsarbeit zu vereinbaren ist. Viele Engagierte sind (noch) berufstätig, die Ausübung eines Engagements kann für sie ein guter Übergang in den Ruhestand sein.⁹⁰²

Schwerpunkte und Instrumente der Engagementförderung des Ministeriums für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes NRW

Die Landesregierung ist sich der Bedeutung des bürgerschaftlichen Engagements für den Einzelnen wie auch für die Gesellschaft bewusst und unterstützt das Ehrenamt auf vielfältige Weise. Ziel ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, auf die sich die Engagierten verlassen können, diese kontinuierlich und im Dialog weiterzuentwickeln und in der Fläche bekannt zu machen. Die Federführung für diese Aufgabe liegt im Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport. Bürgerschaftliches Engagement findet aber vor allem vor Ort statt. Städte, Gemeinden, Stadtteile und Quartiere sind der Gestaltungsraum für bürgerschaftliches Engagement. In der Kommune ist die Infrastruktur verortet, die nah am Menschen ist und die unmittelbar bürgerschaftliches Engagement beeinflussen kann. Daher müssen günstige Rahmenbedingungen, Strategien zur Ermutigung und Anerkennung für zivilgesellschaftliches Handeln genau hier ansetzen und greifen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt daher in der Unterstützung bei der Entwicklung von lokalen Engagementstrategien und beim Aufbau Engagement fördernder Strukturen in den Kommunen. Weitere wichtige Instrumente zur Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements in Nordrhein-Westfalen sind:

Versicherungsschutz für Engagierte

Seit dem 1. November 2004 verfügt das Land über einen Haftpflicht- und Unfall-Sammelversicherungsvertrag für ehrenamtlich Engagierte in NRW. Die Absicherung wurde insbesondere für die Ehrenamtlichen getroffen, für die kein Versicherungsschutz besteht. Durch diese Versicherung sollen das Ehrenamt gestärkt und die ehrenamtlich Engagierten vor möglichen finanziellen Folgen, die sich aus dem Engagement ergeben,

900 Vgl. Gensicke, T./Geiss, (2010), S., S. 30, Grafik Z20.

901 BMFSFJ (2012), S. 14.

902 Vgl. Pflegebegleiter-Projekt: www.pflegebegleiter.de oder die Netzwerke von ZWAR.

geschützt werden. Die Landesregierung sorgt somit dafür, dass die Versicherungsfrage nicht zu einem Hemmnis für das Engagement oder im Schadensfall zu einer existenziellen Bedrohung für die freiwillig Tätigen wird.

Engagementnachweis NRW „Füreinander.Miteinander“

Im Jahr 2002 hat Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland den Engagementnachweis NRW „Füreinander.Miteinander – Engagiert im (sozialen) Ehrenamt“ eingeführt. Dieser Nachweis dokumentiert und würdigt bürgerschaftliches Engagement – landesweit und trägerübergreifend. Der Engagementnachweis ist eine Anerkennung für das - oftmals über Jahre - geleistete Engagement. Er kann ehrenamtlich Aktiven aus allen Bereichen des Ehrenamts ausgestellt werden, unabhängig davon, ob sie in der gesundheitlichen Selbsthilfe, in Frauenprojekten, in der Jugendarbeit oder in der Pflege, in der Arbeit mit älteren und alten Menschen oder in anderen Feldern aktiv sind. Der landesweit einheitliche, mit dem Logo der Landesregierung und der ausstellenden Organisation gekennzeichnete Nachweis informiert über die Trägerorganisation, die Ehrenamtlichen, ihr Einsatzfeld sowie ihre Tätigkeit. Zudem bedankt sich die Organisation darin für das geleistete Engagement.



Ehrenamtskarte NRW

An dem Projekt „Ehrenamtskarte“ beteiligt sich rund die Hälfte der 396 Kommunen in Nordrhein-Westfalen⁹⁰³, die Zahl steigt stetig weiter an. Ziel ist eine flächendeckende Einführung in NRW. Bislang wurden ca. 28.000 Ehrenamtskarten ausgegeben, die Inhaberinnen und Inhaber der Karte können derzeit landesweit über 3.300 Vergünstigungen von öffentlichen wie auch privaten Anbietern nutzen. Mit der Ehrenamtskarte werden Bürgerinnen und Bürger ausgezeichnet, die sich in besonderem zeitlichem Umfang – fünf Stunden wöchentlich bzw. 250 Stunden im Jahr – und ohne eine pauschale Aufwandsentschädigung ehrenamtlich engagieren.



Informationsportal www.engagiert-in-nrw.de

Das Portal richtet sich sowohl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als auch an Engagierte. Es dient dem Informationstransfer. Seit 2004 bietet die umfangreiche Website Wissenswertes und Nützliches zum Thema „Bürgerschaftliches und unternehmerisches Engagement“.

7.6.1.2.2 Lokale Engagementförderung

80 % des bürgerschaftlichen Engagements entfaltet sich auf kommunaler Ebene. Städte, Gemeinden und Quartiere sind die Gestaltungsräume für bürgerschaftliches Engagement. Dort müssen entsprechende Strategien und Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden. Die Aktivitäten der Kommunen in diesem Bereich sind sehr vielseitig. Neben der „klassischen“ Vereinsförderung werden zunehmend auch selbstorganisierte Initiativen, Formen der Anerkennungskultur, Qualifizierungsprogramme und Engagement fördernde Einrichtungen in den Blick genommen.

Entsprechend unterschiedlich können die Schwerpunktsetzungen sein. In der einen Kommune wird beispielsweise die Engagementförderung im Zusammenhang mit der Gestaltung des demografischen Wandels betrachtet. Eine andere schenkt der Gewinnung neuer Zielgruppen oder der Stärkung von Unternehmensengagement ihre besondere Aufmerksamkeit. Ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Förderung bzw. Weiterentwicklung des Engagements besteht in der Schaffung förderlicher, d. h. klarer, nachhaltiger Strukturen durch die Kommunen. „Die Strukturen lokaler Engagementförderung werden zunehmend unübersichtlich.“⁹⁰⁴ Vor diesem Hintergrund werden sowohl in der Praxis als auch in der Politik immer häufiger Stimmen laut, die Infrastruktureinrichtungen nicht nur nebeneinander bestehen zu lassen, sondern sinnvoll und effektiv miteinander zu vernetzen.⁹⁰⁵

Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Organisationen, die Anlaufstellen unterhalten, und den Kommunen, die sich ihrerseits als Rahmengeber und Impulsgeber für bürgerschaftliches Engagement verstehen, erscheint notwendig. Damit aus dem Nebeneinander ein Miteinander wird, braucht es eine kommunale Gesamtstrategie – und eine Zuständigkeit bzw. eine Ansprechstelle für Bürgerengagement innerhalb der kommunalen Verwaltung, die u. a. auch koordinierende Aufgaben wahrnimmt.

Die Landesregierung unterstützt die Kommunen in Nordrhein-Westfalen bei der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements. Das Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport hat eine Initiative gestartet, die den Austausch und die Vernetzung zwischen Städten, Gemeinden und Kreisen fördert und die Entwicklung von lokalen Engagementstrategien begleitet.

Im Rahmen des Projekts „Zukunftsfaktor Bürgerengagement – Entwicklungswerkstatt für Kommunen“ werden kommunale Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter für eine Tätigkeit in der lokalen Engagementförderung qualifiziert.

Ziel ist es, die kommunale Engagementförderung – für alle Altersgruppen – (weiter) zu entwickeln, u. a. durch die Verankerung des bürgerschaftlichen Engagements als Querschnittsthema innerhalb der Verwaltung, die Einrichtung von zentralen Ansprechstellen für Engagierte, den Aufbau von lokalen Netzwerken oder auch die Umsetzung von neuen Projekten zur Förderung des Ehrenamts. Aus dem Kreis der teilnehmenden Kommunen hat sich ein landesweites Netzwerk als Plattform für den interkommunalen Erfahrungsaustausch entwickelt. Der mit dem Projekt „Zukunftsfaktor Bürgerengagement“ intendierte Aufbau von Ansprechstellen in den Kommunalverwaltungen wird insbesondere Engagierte in eher „weichen“ Engagementfeldern unterstützen, d. h. solche,

904 Zu Engagement fördernden Strukturen zählen beispielsweise die Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros, Selbsthilfekontaktstellen, Bürgerstiftungen, lokale Bündnisse für Familie, Mehrgenerationenhäuser, Stadtteilbüros, Stabsstellen für Bürgerengagement.

905 Wolf, A./Zimmer, A. (2012), S. 11.

die nicht in feste Strukturen wie Vereine und Verbände eingebunden sind. Hier handelt es sich in der Mehrzahl um Frauen.⁹⁰⁶

7.6.1.3 Ältere Lesben und Schwule in NRW

In Nordrhein-Westfalen orientiert sich eine qualitätsorientierte Politik für Ältere an der Vielfalt im Alter und entwickelt dafür gezielte Diversity-Strategien für die Teilhabe und Beteiligung aller Älteren. Das gilt hinsichtlich geeigneter Infra- und Dienstleistungsstrukturen für die Selbstbestimmung der Älteren ebenso wie für ihre Mitbestimmung und Mitgestaltung in altersfreundlichen Nachbarschaften, Wohnprojekten, Quartieren, Städten und Gemeinden – sei es bei der politischen Willensbildung oder beim bürgerschaftlichen Engagement.

Das Land fördert diesen Diversity-Prozess auf vielfältige Weise. So unterstützte es beispielsweise den Verein „Sozialwerk Lesben und Schwule“ e. V. in Köln von 2011 bis 2014 dabei, die Seniorenarbeit in Nordrhein-Westfalen für die Belange älterer Lesben und Schwule zu sensibilisieren. Ziel der Förderung ist die Öffnung und Veränderung der bestehenden Strukturen in der landesweiten Seniorenarbeit für die Zielgruppe älterer Lesben und Schwule. Die Förderung dieses Projektes ist ein Baustein des von der Landesregierung beschlossenen und in einem breiten, gesellschaftlichen Beteiligungsprozess erarbeiteten „NRW-Aktionsplan für Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt – gegen Homo- und Transphobie“.⁹⁰⁷

Amtliche Statistiken über die Zahl der älteren Lesben und Schwulen oder die ethnische und altersmäßige Zusammensetzung der Gruppe liegen nicht vor – und sollen auch nicht erhoben werden. Schätzungen zufolge sind etwa 5 bis 7 % der über 65-Jährigen lesbisch oder schwul⁹⁰⁸, das sind in Nordrhein-Westfalen mindestens 230.000 Menschen. In welchen Städten und Gemeinden sie leben, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, doch ist die Offenheit und Öffentlichkeit für diese Gruppe der Älteren in Städten wie Köln oder Dortmund größer als anderswo.

Die Bereitschaft der älteren Lesben und Schwule, über ihre Lebenssituation, ihre Biografie und ihre spezifischen Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen, wächst. Dennoch zeigen die Erfahrungen im Prozess der Sensibilisierung, dass die Lebenserfahrung der Ausgrenzung, des „sich Versteckenmüssens“ in einem überwiegend heterosexuell geprägten Umfeld, es noch auf absehbare Zeit erforderlich machen, besondere soziale und kulturelle Angebote zu entwickeln. Die Ziele dabei sind, durch geeignete Angebote in der Altenhilfestruktur Alterseinsamkeit zu vermeiden und zugleich die eigenen Handlungspotenziale der älteren Generation lesbischer Frauen und schwuler Männer für das bürgerschaftliche Engagement in Community-Zusammenhängen zu stärken.

Schrittweise wurden seit 2011 durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit in den Städten und Gemeinden gleichgeschlechtliche Lebensformen sichtbar gemacht, unterstützt durch den Aufbau einer spezifischen Website⁹⁰⁹, die von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW

906 Aus dem Freiwilligensurvey 1999–2004–2009 geht hervor, dass sich in NRW (wie auch im Bundesdurchschnitt) deutlich mehr Männer als Frauen freiwillig engagieren. Die Quote bei den Männern lag 2009 in NRW bei 38 %, bei den Frauen waren es 32 % Engagierte. Während Frauen einen Großteil des sozialen Engagements tragen, sind Männer überwiegend im Vereins- und Verbandswesen engagiert, welches laut Einschätzung des Freiwilligensurveys „immer noch zu wenig auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten ist“ (vgl. Gensicke, T./Geiss, S. 2011).

907 www.mgepa.nrw.de/emanzipation/LSBTTI/aktionsplan_homo-_und_transphobie/index.php

908 Vgl. „Aktionsplan gegen Homophobie“ und Schätzung des „Sozialwerkes Lesben und Schwule“.

909 www.immerdabei.net

gefördert wird. In der ersten Hälfte der Projektlaufzeit wurden die landesweiten Netzwerke der Seniorenarbeit auf die Ziele des Projektes aufmerksam gemacht.^{910 911}

Die Impulse der Landesförderung wurden im Ergebnis in der Wohlfahrtspflege und von den Kommunen Nordrhein-Westfalens schrittweise aufgegriffen: Im Jahr 2012 veranstaltete die Arbeiterwohlfahrt Düsseldorf gemeinsam mit dem „Sozialwerk Lesben und Schwule“ e. V. ein erstes Seminar zur Öffnung der Seniorenarbeit, im Januar 2014 folgte die Diakonie NRW. Mit Dortmund, Wuppertal, Siegen, Bocholt und Düsseldorf interessierten sich – neben Köln und Dortmund – zunehmend Kommunen für die Berücksichtigung der Belange der älteren Lesben und Schwulen.

Einen vorläufigen Höhepunkt der Sensibilisierung der Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen bildete der im MGEPA veranstaltete Workshop am 4. Juni 2013, bei dem sich auf Initiative des MGEPA die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Kommunalen Spitzenverbände Nordrhein-Westfalens, einzelne in der Seniorarbeit innovative Kommunen und Vertretungen der Lesben und Schwule darauf verständigten, dass Strategien zur Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Lebensformen in der offenen Seniorenarbeit für die Städte und Gemeinden fünf weitreichende Chancen enthalten⁹¹²:

- Die neue Zielgruppe erhöht die Attraktivität der offenen Altenarbeit.
- Die Vielfalt der Lebensformen macht eine Vielfalt der Angebote möglich.
- Die Minderheitenerfahrung ist eine Ressource für alle.
- Kommunen haben Standortvorteile und gewinnen neue Entwicklungspotenziale, wenn sie in einer Strategie der Offenheit die Potenziale der älteren Lesben und Schwule nutzen.

Insgesamt wachsen Senioren- und Seniorinnenzentren so zu Zentren für alle Bürgerinnen und Bürger und neue, vielfaltorientierte Nachbarschaften und Selbsthilfestrukturen werden reicher.

Im zweiten Teil der Projektlaufzeit stand das „Handlungsfeld Neue Wohnformen“ im Mittelpunkt, denn neben der Öffnung der Senioren- und Seniorinnenarbeit wächst auch die Nachfrage nach gemeinschaftlichen Wohnformen, nach neuen Angebotsstrukturen, die eine Alternative zum Ein-Personen-Haushalt darstellen. Dabei stand im Mittelpunkt, eine neue Kultur des Helfens zu etablieren, in der sich Jung und Alt gegenseitig unterstützen. Ziel war es, auf Landesebene eine Kontakt- und Vernetzungsstelle einzurichten, die Bedarfe und die Erfahrungen bestehender Initiativen koordiniert und mit den Kommunen kommuniziert. Grundlage dafür war der Informationsaustausch zwischen den lesbisch-schwulen Wohninitiativen in Nordrhein-Westfalen, eine überregionale Vernetzung und der Erfahrungsaustausch mit zielgruppenspezifischen Wohnprojekten sowie eine eigene Fachtagung des „Sozialwerkes Lesben und Schule“ e. V. zur Akzeptanzsteigerung bei Politik und Verwaltung für die Ideen alternativer, generationenübergreifender Wohnformen für Lesben und Schwule. Im Juli 2014 fand die vorläufige Abschluss-tagung des Projektes beim „Sozialwerk Lesben und Schwule“ statt.⁹¹³

910 Mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros, mit der Landesseniorenvertretung und mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen fanden gemeinsame Veranstaltungen und Seminare statt. Auf den „Herbstakademien“ des Kuratoriums Deutsche Altershilfe wurde auf die Engagementpotenziale der älteren Lesben und Schwule aufmerksam gemacht. In einem eigenen Beitrag veröffentlichte die Fachzeitschrift „ProAlter“ des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) im Mai 2013 die Ziele und Handlungsschritte des vom Land geförderten Projektes.

911 Brauckmann, C.: „Vielfalt: Lesben und Schwule im Alter“; in ProAlter (3/2013) „Demenz im Quartier“; Köln.

912 Das Diskussionspapier ist veröffentlicht unter: www.immerdabei.net.

913 Tagungsprogramm siehe www.immerdabei.net

Als wesentliche Ergebnisse der Landesförderung wurden drei Innovationen für Nordrhein-Westfalen – aber auch im bundesweiten Maßstab – vorgestellt:

- Module für die Weiterbildung der Fachkräfte in der Seniorenarbeit des Landes Nordrhein-Westfalen; eine Weiterbildung, die sowohl in der Fachhochschule als Weiterbildung nach dem WbG als auch von der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Kommunalen Spitzenverbänden als Fortbildung anerkannt ist;
- eine modulare Beratungsleistung für den Aufbau einer Diversity-Strategie für die Städte und Gemeinden Nordrhein-Westfalens;
- eine Broschüre über schwul-lesbische Wohnformen im Alter.

7.6.1.4 Aus den Organisationen für die Vertretung der älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen

Mit der zunehmenden Heterogenität im Alter und der sozialen Ausdifferenzierung der älteren Generation haben sich in den letzten 30 Jahren die Altenhilfe, die gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit und die Angebote für Ältere deutlich geändert. Es ist ein Paradigmenwechsel von der ausschließlich fürsorglichen Hilfe für Alte als eine Zielgruppe des Wohlfahrtsstaates hin zu einer immer stärkeren Einbeziehung und Mitbestimmung Älterer bei der Gestaltung der eigenen Lebenswelten erfolgt. Die Mitbestimmung, das bürgerschaftliche Engagement, die Selbstorganisation und politische Mitwirkung Älterer in kommunalen Gremien gewinnen zunehmend als tragende Säulen einer verantwortlichen Zivilgesellschaft an Bedeutung. Ihnen den notwendigen und eigenen Stellenwert in der Gesellschaft, den Städten und Gemeinden zu geben, damit der gewachsene Wunsch nach Selbstbestimmung im Alter gewährleistet werden kann, ist Aufgabe und Verpflichtung der – vom Land geförderten – Organisationen für die Vertretung und Teilhabe der älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen. Die Entstehungsgeschichte der landesweiten Teilhabeformen dokumentiert die wachsende Differenzierung in der Altenarbeit und in der Mitwirkung älterer Menschen. Die Adaption neuer seniorenpolitischer Fragestellungen, die übergreifende Zusammenarbeit und flächendeckende Vernetzung sind Voraussetzung für die Qualität von Fachlichkeit in einer anspruchsvoller werdenden Altengeneration.

Die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen

Die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V. (LSV NRW) ist die Dachorganisation der kommunalen Seniorenvertretungen, in der 163 ehrenamtlich arbeitende Seniorenvertretungen Mitglied sind.

Die Wurzeln der Landesseniorenvertretung liegen in den beginnenden 1980er-Jahren, als sich auf Initiative der Seniorenvertretung in Soest eine Landesseniorenvertretung gründete, die 1991 in einen eigenen Verein überführt und seit 1993 ohne politische Einflussnahme durch die jeweiligen Landesregierungen gefördert wurde.

Seit 2000 konnte sich die Landesseniorenvertretung als Dachorganisation professionalisieren und damit auch eine Stärkung kommunaler Seniorenvertretungen erzielen. Gründe für die Professionalisierung sind die wachsende Basis, die das politische Gewicht des Dachverbandes erhöhte, die Einrichtung einer wissenschaftlichen Beratung (seit 1999) sowie der Ausbau der Geschäftsstelle (ca. 2000 bis 2001).

Die Professionalisierung war begleitet durch eine Aufnahme der Landesseniorenvertretung in heute allen maßgeblichen landesweiten Gremien, z. B. dem WDR Rundfunkrat

oder dem Landespflegeausschuss und seit jüngstem auch in Projektgruppen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Die sechs wesentlichen Ziele und Aufgaben der Landesseniorenvertretung NRW sind:

- Die Unterstützung der bestehenden Seniorenvertretungen durch regionale Qualifizierungsseminare, Einzelberatungen und praxisbezogene Handreichungen zu allen Fragen der Gründung und Organisation von Seniorenvertretungen und themenspezifischen Initiativen. Für die Gewinnung neuer Mitglieder und zur Gründung neuer Seniorenvertretungen gibt es seit 2010 eine konzertierte landesweite Werbeaktion bei den Kommunen mit dem Ergebnis, dass 2010 acht, 2011 zehn und 2012 sechs neue Mitglieder geworben werden konnten.⁹¹⁴
- Der interne Meinungsaustausch zwischen den Seniorenvertretungen für die Beratung von Initiativen für die Anliegen älterer Menschen und für das gemeinsame politische Wirken findet auf der jährlichen Mitgliederversammlung statt. Die Mitgliederversammlung wählt alle drei Jahre den aus neun ehrenamtlich wirkenden Mitgliedern bestehenden Vorstand der Landesseniorenvertretung NRW⁹¹⁵ und nimmt jährlich seinen Rechenschaftsbericht entgegen.
- Die fachliche Abstimmung der Positionen der Seniorenvertretungen, die in Arbeitskreisen erfolgt, die Konzepte und Stellungnahmen für die Beschlussfassung auf der Mitgliederversammlung der Landesseniorenvertretung erarbeiten. Beispiele sind: der Arbeitskreis zur Einbindung der Seniorenvertretung in die GO NRW (Empfehlung in der Mitgliederversammlung 2011 verabschiedet), der Arbeitskreis zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskommission auf kommunaler Ebene für Seniorenvertretungen (Beschluss Mitgliederversammlung 2013) oder der Arbeitskreis „Armut im Alter“ (Beschluss Mitgliederversammlung 2014).
- Die Kooperationen und der Fachaustausch mit allen maßgeblichen Akteurinnen und Akteuren der Altenpolitik auf Landesebene. Beispielhaft sind Kooperationen zum Verbraucherschutz in Seminaren mit der Landesregierung, der Verbraucherzentrale (VZ), die Tagesseminare mit der Landesstelle pflegende Angehörige oder die Beteiligung an den „Herbstakademien“ des Forums Seniorenarbeit NRW. Dazu gehört auch die Geschäftsführung der Landesarbeitsgemeinschaft der ehrenamtlichen politischen Seniorenorganisationen (LAGSO). Der regelmäßige Fachaustausch über Projekte, Ziele und Profile der Organisationen der Altenarbeit sowie aktuelle altenspolitische Themen erfolgt – moderiert durch das MGEPA – mit Institutionen wie Der Paritätische NRW, Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e. V., Forum Seniorenarbeit NRW des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA), Forschungsinstitut für Geragogik (FoGera), Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros (LaS), Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligendienste (lagfa), Landesseniorenvertretung (LSV) NRW e. V., „Rubicon – Ältere Lesben und Schwule – immer dabei“ und „Zwischen Arbeit und Ruhestand“ e. V. (ZWAR). Alle Akteure gemeinsam bilden in

914 2010 wurden die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister aus Kommunen ohne Seniorenvertretungen (SV) angeschrieben, dann im Vorfeld der Landtagswahl die Kandidaten der Wahlkreise auf die Bedeutung von Seniorenvertretungen hingewiesen und im Herbst 2012 die Mitglieder des Landtags (MdL) um konkrete Unterstützung der Gründung von Seniorenvertretungen in ihren Wahlkreisen gebeten. Ziel ist es, im Vorfeld der Kommunalwahl 2014 und der Wahl der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister 2015 eine erneute Werbeinitiative durchzuführen.

915 Der Vorstand der LSV NRW besteht aus neun Personen: einer bzw. einem Vorsitzenden, zwei stellvertretenden Vorsitzenden, einer Schriftführerin bzw. einem Schriftführer, einer Schatzmeisterin bzw. einem Schatzmeister sowie aus vier Beisitzern bzw. Beisitzerinnen. Unterstützt wird die Arbeit des Vorstands durch zwei Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle der LSV NRW sowie eine wissenschaftliche Beraterin außerhalb der LSV NRW.

Nordrhein-Westfalen ein bundesweit einzigartiges Netz in der Politik für ältere Menschen. Die Landesseniorenvertretung NRW versteht sich als Bestandteil und Unterstützerin dieses Netzes und hat sich dazu entsprechend positioniert.⁹¹⁶

- Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch Veranstaltungen und Publikationen wie der eigenen Quartalszeitung „Nun Reden Wir“ sowie regelmäßige Pressemitteilungen und im Internet auf der Website www.lsv-nrw.de mit allen aktuellen und archivierten Informationen.
- Die Vertretung der Interessen der Älteren auf landespolitischer Ebene durch eigene Projekte, Stellungnahmen, Gremienarbeit sowie in Gesprächen im Dialog mit allen Ebenen des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) und mit anderen Ressorts der Landesregierung. Ein Schwerpunkt bildet die Einbindung der Seniorenvertretung in die Gemeindeordnung. Erstmals wurde die Verankerung der Seniorenvertretung in der GO NRW in der laufenden Wahlperiode auch in einem Koalitionsvertrag vereinbart.⁹¹⁷

Die Vertretung der Landesinteressen für Ältere durch die Mitwirkung auf der Bundesebene geschieht durch die Mitarbeit in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesseniorenvertretungen (BAG LSV), dem Zusammenschluss der 16 Landesseniorenvertretungen auf Bundesebene⁹¹⁸, sowie in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO).

Für die Landesregierung hat die Interessenvertretung älterer Menschen durch die – unabhängig wirkende und demokratisch legitimierte – Landesseniorenvertretung eine herausragende Bedeutung, wenn es darum geht, darauf aufmerksam zu machen, wo es Hemmnisse gibt, die die Selbstbestimmung im Alter einschränken – sei es in den Quartieren, in den Städten und Gemeinden oder in einzelnen Regelungsbereichen. Der gemeinsame Fachaustausch in der Altenarbeit, begleitet von der LSV NRW im Querschnittspolitikfeld Alter ist und kann auch künftig für alle Ressorts des Landes ein Gradmesser für die Generationentauglichkeit der einzelnen Fachpolitiken des Landes sein. Auch dort, wo Landespolitik an ihre Zuständigkeitsgrenzen stößt, ist das bürgerschaftliche Engagement und die politische Mitbestimmung von zentraler Bedeutung – etwa wenn es um die Mitwirkung an den Milderungen der Folgen steigender Altersarmut geht. Dies spiegelt auch das Jahresschwerpunktthema 2014: „Alter bewegt – verantwortlich und gemeinsam“ der Landesseniorenvertretung wider.

Die ZWAR-Geschäftsstelle NRW

Die ZWAR-Zentralstelle NRW ist aus dem 1979 entstandenen ZWAR-Projekt hervorgegangen und wird vom gemeinnützigen Verein ZWAR getragen. Die Abkürzung „ZWAR“ steht für „Zwischen Arbeit und Ruhestand“. Die ZWAR-Zentralstelle NRW ist zentrale Anlaufstelle in NRW für die Gestaltung von Beteiligungsprozessen zur Förderung bür-

916 „Gemeinsam sind wir einmalig und unersetzlich.“ Vgl. „Nun Reden Wir“ 03/2012 Nr. 81.

917 Im Koalitionsvertrag gibt es zwei Festlegungen zur Seniorenvertretung: „Politik für ältere Menschen muss mit ihnen gemeinsam gestaltet werden. ... Daher werden wir uns für die Landesseniorenvertretung und ihren Einsatz für eine landesweite Verankerung freiwilliger kommunaler Seniorenvertretungen weiter stark machen.“ (Zeile 6249 ff.) Und: „Nach vielen Jahren des Wirkens der ‚von unten‘ durchgesetzten kommunalen Seniorenbeiräte steht deren Bedeutung vielerorts nicht mehr in Frage. Wir werden die Gemeindeordnung um eine Regelung zur freiwilligen Bildung von Seniorenbeiräten ergänzen.“ (Zeile 6796ff.) 2013 hat sich die LSV NRW zudem an Ministerpräsidentin Hannelore Kraft mit der Bitte um Unterstützung der Forderung mit Hinweis auf den Koalitionsvertrag gewandt.

918 Die BAG LSV ist inhaltlich (nicht rechtlich) die Nachfolgeorganisation der 2003 aufgelösten Bundesseniorenvertretung (BSV) und arbeitet ehrenamtlich – ohne Förderung des Bundes.

gerschaftlichen Engagements älterer Menschen auf der Basis von Eigenverantwortung und Selbstorganisation. Ziel der Arbeit der ZWAR-Zentralstelle NRW ist es, in Kommunen im Dialog Impulse zu setzen für die Teilhabe älterer Menschen am Leben in der Gemeinschaft, für Mitgestaltung und bürgerschaftliches Engagement durch die Förderung von Eigenverantwortung und Selbstorganisation auf allen Ebenen.

Um dieses Ziel zu erreichen, berät die ZWAR-Zentralstelle NRW nordrhein-westfälische Kommunen, qualifiziert hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gemeinwesenorientierten Arbeit mit Menschen über 50 Jahren sowie Teilnehmende von sozialen Netzwerken älterer Menschen, begleitet die Gründung und den Aufbau von selbstorganisierten ZWAR-Netzwerken und bietet für das ZWAR-Netzwerk NRW Vernetzungs- und Qualifizierungsveranstaltungen und mit der Website www.zwar.org eine Informationsplattform an.

Aus der Arbeit der ZWAR-Zentralstelle NRW ist ein landesweites Netzwerk von 170 stadtteilorientierten Basisgruppen in 60 Kommunen mit 1.805 Interessens- und Projektgruppen entstanden, mit dem über 10.000 Menschen in Nordrhein-Westfalen erreicht werden.

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros (LaS NRW)

Die Landesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros in NRW (LaS NRW) wurde 2010 von 40 Seniorenbüros als landesweiter Zusammenschluss der vom Bund im Kontext des Engagements im Alter initiierten Bundesarbeitsgemeinschaft gegründet und hat heute 90 Mitglieder. Die Mitgliederstruktur ist heterogen und umfasst Seniorenbüros in Stadtbezirken von Großstädten, kommunale Fachstellen bzw. Leitstellen für die Seniorenpolitik, örtliche Wohlfahrtsverbände bzw. Kircheneinrichtungen, eingetragene Vereine von Älteren und Fachberatungsstellen.

Die Seniorenbüros unterstützen Ältere in der selbstständigen Lebensführung, beim Verbleib in der Häuslichkeit und bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie sind vor Ort Anlauf-, Kontakt- und Beratungsstellen für die Fragen rund um das Altern. Das Spektrum ihrer Leistungen reicht von ehrenamtlich organisierten Freizeitangeboten bis hin zu hochspezialisierten Dienstleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie die Wahrnehmung der kommunalen Sozialplanung. Alle Seniorenbüros fördern bürgerschaftliches Engagement, praktizieren Partizipation und setzen sich in konkreten Projekten und Maßnahmen für mehr Lebensqualität im Alter, für Integration und das Miteinander der Generationen ein. Dieses Engagement führt zur Expertise der Seniorenbüros für die speziellen Lebenslagen älterer Menschen und einem positiven Altersbild bzw. der Stärkung der Zivilgesellschaft vor Ort. Einzelne Seniorenbüros wirken initiiierend, unterstützend oder steuernd an der Umsetzung von Wohn- und Quartierskonzepten mit. Andere sorgen, auf der Grundlage des SGB XII und des Landespflegegesetzes § 4, für die Vernetzung im Versorgungssystem (Care Management), leisten die Pflege- und Wohnberatung und das Case Management oder wirken daran mit.

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros NRW versteht sich als Forum für die fachliche und organisatorische Weiterentwicklung der haupt- und ehrenamtlichen Seniorenbüros in NRW und unterstützt sie durch Fachgespräche und -tagungen, Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote, kollegialen Austausch sowie Öffentlichkeitsarbeit, landesweite Netzwerkarbeit und Interessensvertretung.

Dabei stehen Integration, Demenz, Inklusion, Quartiersentwicklung und Diversity ebenso auf der Agenda wie Altersarmut, Partizipation und niederschwellige Hilfen. Die Lan-

desarbeitsgemeinschaft multipliziert das Wissen, die Erfahrungen und Ergebnisse der Arbeit der Seniorenbüros durch praxisnahe fachliche Diskussion und regt die Organisations- und Netzwerkarbeit vor Ort an.

Dazu gehört auch die Qualitätsentwicklung der Seniorenbüros anhand von Kriterien, die in einem partizipativen Prozess mit den Büros entwickelt, diskutiert und abgestimmt werden. Gerade Seniorenbüros in Klein- und Mittelstädten finden hier Informationen und praxisnahe Anregungen, die vor Ort die Arbeit qualifizieren.

Mit anderen Landesnetzwerken, wie beispielsweise der Landessenorenvertretung, dem Landessportbund, dem „Forum Seniorenarbeit NRW“ oder der Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen steht die LaS NRW in einem regen fachlichen Austausch. Die Öffentlichkeit wird über www.las-nrw.de informiert, innerverbandlich sorgen die Arbeitstreffen, Mailverteiler und die Jahrestagung sowie Sonderaktionen, z. B. Mitgliederbefragungen, für einen transparenten und wechselseitigen Informationsaustausch.

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (lagfa NRW)

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen NRW (lagfa NRW) ist seit 2004 ein verbandsübergreifendes Fachforum für Freiwilligenarbeit, in der örtliche Freiwilligenagenturen, -zentren und -einrichtungen (im Folgenden: Freiwilligenagenturen) mit ihrer vielfältigen Träger- und Organisationsstruktur vertreten sind. Gemeinsam ist allen Freiwilligenagenturen die Beratung potenzieller Ehrenamtlerinnen und Ehrenamtler einerseits (Anbieterseite) und andererseits von Organisationen, die Angebote und Bedarf für Engagement haben (Nachfrageseite). Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit die die Chancen der Freiwilligenarbeit für das Individuum genauso wie für die Organisationen herausstellt, sowie die Zusammenarbeit in lokalen Netzen vor Ort zu konkreten gesellschaftlichen Engagementthemen sind weitere Schwerpunkte der örtlichen Freiwilligenagenturen. In Nordrhein-Westfalen sind flächendeckend in allen Kreisen und kreisfreien Städten rd. 130 Freiwilligenagenturen bekannt, davon sind 75 Mitglieder der Landesarbeitsgemeinschaft.

Die Freiwilligenagenturen arbeiten grundsätzlich generationsübergreifend für Menschen jeden Alters. Angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen des demografischen Wandels hat die lagfa NRW allerdings die Einbeziehung von Älteren als Zielgruppe von Freiwilligenagenturen als einen der konzeptionellen und praxisrelevanten Schwerpunkte ihrer Arbeit entwickelt und so in den letzten Jahren die moderne Arbeit für ältere Menschen, die die heterogenen Altenbilder einbezieht, das „Älterwerden in NRW“ zu einem der zentralen Themen der Freiwilligenagenturen vor Ort gemacht. Diese Neuausrichtung wird der gesellschaftlichen Entwicklung gerecht, denn zum einen ist die Arbeit für Ältere in vielen Bereichen auf die Unterstützung von Ehrenamtlerinnen und Ehrenamtler angewiesen, zum anderen ist die Ausübung eines Ehrenamtes ein wirksames Instrument der Partizipation.

Die lagfa NRW versteht sich als Facheinrichtung und als Mittler auf lokaler Ebene rund um die Fragen des bürgerschaftlichen Engagements. Sie ist Fach- und Informationsforum und Impulsgeberin für aktuelle Themen der Freiwilligenarbeit und trägt diese über die Freiwilligenagenturen in das Land.

Als Fachforum bietet die lagfa NRW Fortbildungsveranstaltungen und Qualifikationen zu vielfältigen Themen an.

Die Jahrestagung bietet neben der Mitgliederversammlung und den Fachbeiträgen

Raum für Austausch und Qualifizierung. Sie kooperiert mit anderen Organisationen der Altenarbeit in NRW, z. B. der Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros, dem Kuratorium Deutscher Altershilfe oder der Landessenorenvertretung.

Das „Forum Seniorenarbeit NRW“ des Kuratoriums Deutscher Altershilfe

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe ist seit 2003 Träger des „Forum Seniorenarbeit NRW“. Zu Beginn als reines Informationsportal konzipiert, hat es sich im Laufe der letzten zehn Jahre zu einer Ideenschmiede für die gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit in Nordrhein-Westfalen entwickelt. Ziel ist es, die Partizipation und gesellschaftliche Teilhabe aller älteren Menschen zu fördern und entsprechende Informationsmaterialien bereitzustellen, Qualifizierungsmaßnahmen zu konzipieren und anzubieten und zu vernetzen - immer in enger Kooperation mit landesweit und regional aktiven Vertreterinnen und Vertretern der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit. Das Forum ist so eine Plattform für den landesweiten Austausch und Impulsgeber für Innovationen in der Seniorenarbeit und hinsichtlich neuer Fragestellungen für die Teilhabe älterer und alter Menschen.

Das Internetportal www.forum-seniorenarbeit.de ist für die Haupt- und Ehrenamtlichen der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit in NRW Lotse und Trendsetter zugleich. Hier finden sich Meldungen und Stellungnahmen zu aktuellen seniorenpolitischen Themen, ein landesweiter Veranstaltungskalender, Hinweise auf Literatur, themenbezogene Veröffentlichungen und eine eigene Suchmaschine. Regelmäßig gibt das Forum Seniorenarbeit einen Online-Newsletter an inzwischen ca. 4.000 Abonnenten heraus.

In der Veröffentlichungsreihe „Im Fokus“ werden relevante Themen – z. B. zur Gemeinwesenarbeit, zum Funding, zur Teilhabe – angestoßen und Informationen über entsprechende Initiativen transportiert. So widmete sich „Im Fokus“ im Frühjahr 2013 z. B. dem noch neuen Thema des gemeinnützigen Engagements von Unternehmen in der Seniorenarbeit.

Das „Forum Seniorenarbeit NRW“ arbeitet eng mit maßgeblichen Projekten und Organisationen zusammen. Den Höhepunkt bildet die jährliche „Herbstakademie“, eine zweitägige Veranstaltung, in der sich Vertreterinnen und Vertreter aus Initiativen, Kommunen, Wohlfahrtsverbänden und Organisationen austauschen und vernetzen. Die „Herbstakademie“ wird dabei auch als Motor genutzt, um aktuelle Themen voranzutreiben – 2013 stand z. B. die „Vielfalt des Alterns“ im Fokus.

In den Qualifizierungsreihen stehen gegenwärtig beim „Forum Seniorenarbeit NRW“ zwei Themen im Vordergrund: Die „Lokalen Online-Gemeinschaften älterer Menschen“ fördern die aktive Nutzung der digitalen Medien durch ältere Menschen für ihre eigenen Anliegen, und im Schwerpunkt „Lebendige Nachbarschaft – ein starkes Stück Gemeinschaft im Quartier“ werden mit den Älteren gemeinsame Nachbarschaftsprojekte als Basis für ein möglichst langes, selbstständiges Leben entwickelt. Beispielhafte Projekte:

- „Lokale Online-Gemeinschaften“: Herford, Paderborn, Siegen, Bergheim, Merzenich, Mülheim an der Ruhr, Gelsenkirchen, Dortmund, Wuppertal, Lohmar, Rhein-Erft-Kreis, Moers-Reppelen, Voerde und Krefeld;
- „Lebendige Nachbarschaften“: Paderborn, Wuppertal, Bocholt, Legden, Dortmund, Oberhausen, Herford, Essen.

Beide Qualifizierungsreihen nutzen die Methode des „Integrierten Lernens“, bei der sich Präsenzveranstaltungen und computergestütztes Lernen abwechseln.

7.6.1.5 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Einschätzungen zum künftigen Engagement der Älteren können zum einen vergleichsweise stabile Entwicklungen der Rahmenbedingungen in den Blick nehmen und zum anderen Verhaltenskomponenten betrachten, die aus heutiger Sicht plausibel erscheinen. Zu den stabilen Megatrends der nordrhein-westfälischen Gesellschaft gehören der demografische Wandel mit der zunehmenden absoluten und relativen Alterung, die wachsende kulturelle Vielfalt und der Lebensstile der Älteren, die zunehmende Qualifizierung älterer Menschen, Umbrüche im Berufs- und Privatleben durch die Pluralisierung von Geschlechterrollen, die gewachsene Mobilität und die weitere Beschleunigung der Wissens- und Informationsgesellschaft und nicht zuletzt die sicherlich weiter zunehmende globale Verflechtung.

Zu den eher verhaltensbezogenen Komponenten gehört die Tatsache, dass auf lange Sicht Selbstbewusstsein, gewachsenes Know-how für Transformationsprozesse, globale Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches über Good Practice, weiter wachsende Mobilität und – nicht zu unterschätzen – ein weiter steigendes mediales Interesse an den Lebenslagen, Bedürfnissen und den Aktivitäten der Älteren sehr wahrscheinlich zunehmen.

Befürchtet wird, dass sich die ökonomische Situation der Älteren verschlechtert (vgl. Kapitel 7.2.3). Hochaltrige werden zudem immer häufiger eine aktive Rolle spielen. Hält der Trend der familiären Entwicklungen zu Kleinstfamilien bzw. kinderlosen Paaren an, ist zu vermuten, dass der Wunsch nach neu geschaffenen intergenerationellen Beziehungen wachsen wird.

Zu erwarten ist außerdem, dass Gender-Aspekte weit mehr als bisher in den Vordergrund treten. In diesem Zusammenhang ist die europaweite Implementierung des Gender Mainstreaming als geschlechterpolitische Strategie zentral, die eine Herstellung der Chancengleichheit der Geschlechter anstrebt und sich besonders für Organisationen eignet, die „im weitesten Sinne politisch handeln (...), d. h. für Organisationen, die demokratisch legitimiert sind und die Lebensbedingungen allgemein und damit direkt oder indirekt auch die Geschlechterverhältnisse regeln und gestalten“.⁹¹⁹ Mit der Umsetzung des Adult Worker Models, das tendenziell eine gleichumfängliche Integration von Frauen und Männern in den Arbeitsmarkt anstrebt und gegenwärtig weiterhin einen Anstieg der Erwerbsbeteiligung von Frauen mit sich bringt, zeigt sich, dass die Übernahme von Betreuungs- und Pflegearbeiten zu einer unberücksichtigten Leerstelle wird, die dann mit vielen Überlastungen weiterhin hauptsächlich von Frauen übernommen wird. Es ist festzuhalten, dass berufliche Karrieren von Frauen vor dem Hintergrund anfallender Care-Arbeit regelmäßig kapitulieren. Zwar wird Care-Arbeit auf die weiblichen Generationen verteilt, dennoch trägt die mehrfache Belastung von Frauen allein aus Zeit- und Kostengründen dazu bei, dass ihre Möglichkeiten der Teilhabe stark eingeschränkt sind. Personelle Engpässe im ehrenamtlichen Engagement zeigen sich bereits deutlich und reichen bis in die Führungsebenen, die nach wie vor von Männern dominiert werden. Ein Ausbau der Beteiligung von (älteren) Frauen als haupt- und ehrenamtliche Führungskräfte bedarf daher der Förderung und Unterstützung. Als Beispiel hierfür sei das Projekt „Frauen Macht Kommune“ erwähnt, das in 2008 bundesweit initiiert wurde und

919 Stiegler, B. (2010): „Gender Mainstreaming“: Fortschritt oder Rückschritt in der Geschlechterpolitik? In: Becker, R. / Kortendiek, B. (Hrsg.) (2010): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methode, Empirie. VS-Verlag Wiesbaden.

Frauen motivieren sollte „sich auch in der örtlichen Politik zu engagieren“.⁹²⁰ Überlieferte und oft männlich dominierte Strukturen in den Organisationen und Strategien der Selektion zur Rekrutierung von männlichen Führungskräften im Personalmanagement bilden nach wie vor die Grundlage für das Ausbleiben der Umsetzung einer geschlechtergerechten Gleichstellungspolitik im Feld der engagierten (Erwerbs-) Arbeit.⁹²¹ Um diese Entwicklungen aufzufangen, sind gesellschaftspolitischen Maßnahmen gefragt, die die Rahmenbedingungen in der Form gestalten, dass sie den heterogenen Lebenslagen von Frauen und Männern jeden Alters gerecht werden. In diesem Zusammenhang zeigt sich das Thema „Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Ehrenamt“ als ungelöst und konfliktthaft. So gilt für Deutschland insgesamt „dass Frauen erheblich öfter an Weiterbildung teilnehmen, wenn sie ohne Kinder allein oder ohne Kinder in einer Partnerschaft leben. Wohnen Frauen mit Partner und einem oder mehreren Kindern zusammen, geht ihre Teilnahmequote deutlich zurück“.⁹²²

Ein allgemeiner Anstieg der Erwerbsbeteiligung von jungen und alten Frauen forciert die Dringlichkeit der Suche nach Lösungen für die Vereinbarkeitsproblematik, die den Hauptgrund bildet, warum Frauen jeder Altersstufe sich geringer engagieren als Männer. Unter der Prämisse, dass Frauen und Männer sich im Alter eher aktiv bürgerschaftlich engagieren, wenn sie die Erfahrung des engagierten Tätigseins bereits in frühen Phasen ihres Lebens kennengelernt haben, ist es wichtig adäquate Gelegenheitsstrukturen zu schaffen, die den vielfältigen Ansprüchen und Umständen der unterschiedlichen Menschen über die gesamte Lebensspanne hin zugänglich sind. Unweigerlich gekoppelt daran ist ein besserer Ausbau der sozialen Infrastruktur und öffentlich finanzierten Daseinsvorsorge, der für günstigere Bedingungen des Gemeinwesens allgemein, aber auch für eine gezielte Ermöglichung der Teilhabe von Frauen und Männern in bisher deutlich geschlechtersegregierten Bereichen des Ehrenamts steht. Konkret sollte es Aufgabe sein, Frauen verstärkt für eine politische und leitende Partizipation zu gewinnen und ein stärkeres Engagement von Männern für den Bereich des sozialen Ehrenamts zu erzielen. Eine eigenständige finanzielle Absicherung von Frauen und Männern bevor sie ein Ehrenamt antreten sowie Ermöglichungsstrukturen, die das Problem der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Ehrenamt im Sinne einer angemessen und auch staatlich geförderte Unterstützung der privaten Care-Arbeit arrangieren, sollten grundvorausgesetzt sein für den solidarischen Einsatz im Ehrenamt – unabhängig vom Alter, aber im Hinblick auf das Älterwerden.

Für die Teilhabe der Alten bedeutet diese Entwicklung – trifft sie denn zu –, im Grundsatz, dass Politik nicht mehr für, sondern nahezu ausschließlich nur mit ihnen Akzeptanz und Wertschätzung findet. Politische Regelsysteme – vom Quartier bis zu allen höheren Handlungsebenen – werden sich darauf einstellen müssen.

Repräsentative Mitwirkungsmöglichkeiten werden in ihre Entscheidungen immer mehr die Vertretung der Älteren vorsehen und dann einbeziehen müssen. Die Herausforderungen dabei sind, dass dies nur gelingen kann, wenn sie diskriminierungsfrei, das heißt für die Vielfalt im Alter ausgerichtet sind – im konkreten Inhalt der Entscheidungen und in Form der Beteiligung. Zeitgleich werden Ältere neue Formen der Selbstorganisation ausprobieren und implementieren und dafür geeignete Rahmenbedingungen ein-

920 BMFSFJ (2008).

921 BMFSFJ (2013);

922 BMFSFJ, Gender Datenreport.

fordern bzw. die Abschaffung behindernder Regelungen verlangen (Gemeinnützigkeit, Genossenschaftsrecht, ÖPNV usw.). Seniorengenossenschaften, neue Wohnformen, neue Dienstleistungsangebote für Ältere, neue solidarische Hilfesysteme für Kinder, Migrantinnen und Migranten oder sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen entstehen schon heute in vielen Kommunen.

Es wurde dargestellt, dass sich bürgerschaftliches Engagement vor allem auf lokaler Ebene, also im unmittelbaren Lebensumfeld der Menschen entfaltet. Es ist davon auszugehen, dass ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen mehr noch als andere gerade im lokalen Umfeld Angebote und Unterstützung für das Ehrenamt benötigen. Der Fokus der Landesregierung auf die Engagementförderung in den Kommunen soll daher fortgeführt werden. Dabei wird auf den Erfahrungen des Projekts „Zukunftsfaktor Bürgerengagement“ aufgebaut. Ziel ist es, die Entwicklungen in den Kommunen weiterhin zu unterstützen und ein verlässliches, landesweites Netzwerk aufzubauen, das die Entwicklung lokaler Engagementstrategien unterstützt sowie Impulse für die Engagementförderung in Nordrhein-Westfalen gibt.

Betrachtet man die Diskussion über die kommunalen Finanzen und die soziale Infrastruktur im demografischen Wandel, dann kann davon ausgegangen werden, dass die gemeinsame Nutzung von Einrichtungen durch Ältere und Jüngere zunehmen wird, gemeinsam abgestimmt mit den Jugendräten und Seniorenvertretungen vor Ort. Schon heute entstehen zahlreiche Projekte von Jung und Alt in Mehrgenerationenhäusern, Wohngemeinschaften von demenziell Erkrankten im gleichen Haus mit Kindertagesstätten, in Bürgertreffs, und es gibt Anhaltspunkte, dass anstelle des Ende der 1990er-Jahre medial heraufbeschworenen „Krieges der Generationen“ ein „Bündnis der Generationen“, jedenfalls auf lokaler Ebene, entsteht.

Diese skizzierten Entwicklungen, gedankliche Verlängerungen von schon heute bestehenden Projekten und Ansätzen, erfordern Rahmenbedingungen in den Beteiligungsstrukturen in Richtung mehr Mitbestimmung und Ermunterungen – auf die Vielfalt orientiert. Qualifizierung, Unterstützung von Erfahrungsaustausch über die eigene Gemeinde hinaus, Dokumentation von innovativen und erfolgreichen Teilhabeansätzen und neue Dialogformen zwischen den gesellschaftlichen Gruppen sowie mit den repräsentativen Systemen sind zentrale Voraussetzungen für das Gelingen dieses verantwortungsbewussten Engagements der Älteren.

Kommunen, die die Älteren als Aktivposten in der Gemeinwesenentwicklung verstehen und die langfristigen Trends durch proaktives Handeln und ein Zusammenspiel von Zivilgesellschaft, Wohlfahrt, Wirtschaft und kommunaler Politik auf Augenhöhe ermöglichen, initiieren und letztendlich für die Stadtgesellschaft nutzen, werden die Megatrends erfolgreich gestalten und den sozialen Zusammenhalt und die inklusive Gesellschaft fördern können. Dabei muss es auch gelingen, die Sorgen der Älteren vor Altersarmut und vor Isolation durch entsprechende strukturelle Maßnahmen und soziales Handeln in den Quartieren und Städten ernstzunehmen.

Die Landesregierung wird im Dialog mit den bestehenden Landesorganisationen für das Engagement im Alter, im Dialog mit den Kommunen und durch Förderung von Innovation und Know-how auch künftig einen Beitrag zum Gelingen der Teilhabe-Erfordernisse und der Teilhabe-Forderungen leisten.

Bei der Diskussion über Teilhabe ist der Einbezug von gleichstellungspolitischen Themen unerlässlich. Mit dem Ziel, die Diskriminierung von Frauen zu beseitigen und eine gleiche Teilhabe von Frauen und Männern an gesellschaftlichen Ressourcen zu ermög-

lichen, ist mit dem Konzept des Gender Mainstreaming eine Strategie verbunden, die eine durchgängige Sicherung der Gleichstellung als Staatsaufgabe (Art. 3 Abs. 2 GG) formuliert und eine „Optimierung des Verwaltungshandelns im Hinblick auf die systematische Beachtung der Lebenswirklichkeiten von Männern und Frauen“ bezweckt.⁹²³ Die Umsetzung von Gender Mainstreaming ist dabei sowohl abhängig von Arbeits- und Politikfeldern als auch von konkreten Organisationen.⁹²⁴ Darüber hinaus muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Möglichkeit der Teilhabe unter der Berücksichtigung sozialer, politischer und ökonomischer Ungleichheiten immer auch Spiegel der gesellschaftlichen Stellung des bzw. der Einzelnen ist. Es gilt, soziale Benachteiligungen und gesellschaftliche Problemlagen aufzudecken und abzubauen, bei denen Geschlecht als Ungleichheitsdimension relevant gemacht wird. Vermieden werden muss bei dieser Fokussierung auf die Ungleichheitsdimension „Geschlecht“ die Überbetonung von Unterschieden zwischen den Geschlechtern, die immer auch die Gefahr der Verstärkung von Stereotypen birgt. Im vorliegenden Beitrag zur gesellschaftlichen Teilhabe werden gegenwärtig verbreitete Geschlechterarrangements und darin eingelagerte Benachteiligungen und Barrieren für Teilhabeprozesse in den Blick genommen.

Exkurs: Altersdiskriminierung

Vorurteile bis hin zu Diskriminierungen finden alltäglich statt.⁹²⁵ Sie zeigen sich etwa in einem abwertenden Sprachgebrauch sowie in der Verweigerung von Leistungen bis hin zur faktischen Aberkennung von Möglichkeiten und Rechten. Im Hinblick auf alte Menschen zeigen sie sich insbesondere im Gesundheitsbereich.^{926 927} Häufig wird die Diskriminierung aufgrund des höheren Lebensalters aber nicht wahrgenommen. Verstärkt wird dies dadurch, dass in Deutschland nur wenige aussagekräftige Daten über das Ausmaß, die Motive, die Wirkungsweisen und die Folgen von Diskriminierungen vorliegen. Oftmals wird die Existenz von Altersdiskriminierung unterschätzt oder gar geleugnet – auch von den betroffenen Menschen selbst, denn wer diskriminiert wird, gehört zu den Opfern. Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen und der damit steigenden Unsicherheiten für das Alter gilt es, voreingenommenen Haltungen aufgrund des Lebensalters aufmerksam zu begegnen und ihnen entgegenzusteuern.^{928 929 930}

Begriffsbestimmung „Diskriminierung aufgrund des Lebensalters“

Benachteiligungen und Diskriminierungen aufgrund des Alters können sich gegen jede Lebensaltersgruppe richten. Das beispielsweise von Unsicherheiten in den Bereichen „Materielle Reproduktion“, „Gesundheit“, „Mobilität“, „Sozial- und Rollenbeziehungen“

923 Bereswill, M./ Ehlert, G. (2011): „Gender Mainstreaming“. In: Ehlert, G./ Funk, H./Stecklina, G. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Verlag Weinheim und München, S. 148.

924 Vgl. ebd.

925 www.altersdiskriminierung.de

926 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2006): Altersdiskriminierung. Alterspotenziale. Wie sieht der Alltag aus? Dokumentation Köln

927 Vgl. Moritz, S. (2013): Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen. Nomos. Heft 29

928 Scholl, A./Eifert, B.(2010): Altersdiskriminierung, in: Aktives Alter – Themen für die Arbeit kommunaler Seniorenvertretungen, Hrsg. Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen. Münster, Eigenverlag

929 Pelizäus-Hoffmeister, H. (Hrsg.) (2014): Der ungewisse Lebensabend? Alter(n) und Altersbilder aus der Perspektive von (Un-)Sicherheit im historischen und kulturellen Vergleich. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften (Wiesbaden)

930 Pohlmann, S./Leopold, C./Heinecker, P. (2012): Richtungsentscheidungen für Jung und Alt (S. 19-40), in: Stefan Pohlmann (Hrsg.): Altern mit Zukunft. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften (Wiesbaden)

und „Selbstdeutungen“ gekennzeichnete höhere Erwachsenenalter bis hin zur Gruppe der sogenannten hochaltrigen Menschen ist in stärkerem Maße der Gefahr von Vorurteilen bis hin zu Diskriminierung aufgrund des Lebensalters ausgesetzt.

Diskriminierungen vollziehen sich in Prozessen mit den Stufen „Trennen – Fixieren – Abwerten“ sowie „Weitertragung über Generationen“.⁹³¹ Bestandteile dieser Prozesse sind die Verfestigung von Diskriminierungen, die Nicht-Wahrnehmung von Diskriminierungen sowie das Verschweigen von Diskriminierungen.

(Ältere) Menschen können von doppelten bzw. mehrfachen Diskriminierungen betroffen sein. So können zum Diskriminierungsmerkmal „Alter“ weitere Faktoren wie Geschlecht, Behinderung, „Rasse“, ethnische Herkunft, Religion sowie sexuelle Ausrichtung hinzukommen (Mehrfachdiskriminierung). Diese Mehrfachdiskriminierung trifft in besonderem Maße ältere Frauen. Es findet nicht nur eine Fortsetzung der Frauen-Diskriminierung in die Lebensphase „Alter“ statt, sondern durch die Zugehörigkeit zur Gruppe der alten Menschen können unter Umständen durch Überlappungen Diskriminierungsmomente verstärkt werden.

Diskriminierungen aufgrund des Lebensalters bezeichnen jede Ungleichbehandlung, für die es keinen (gerechtfertigten) sachlichen Grund gibt:

„Ungleich“ beschreibt eine im Vergleich zu anderen Personen benachteiligende Behandlung. Eine Diskriminierung lässt sich daher nur durch einen Vergleich feststellen und kann nicht unabhängig von konkreten Situationen bestimmt werden.

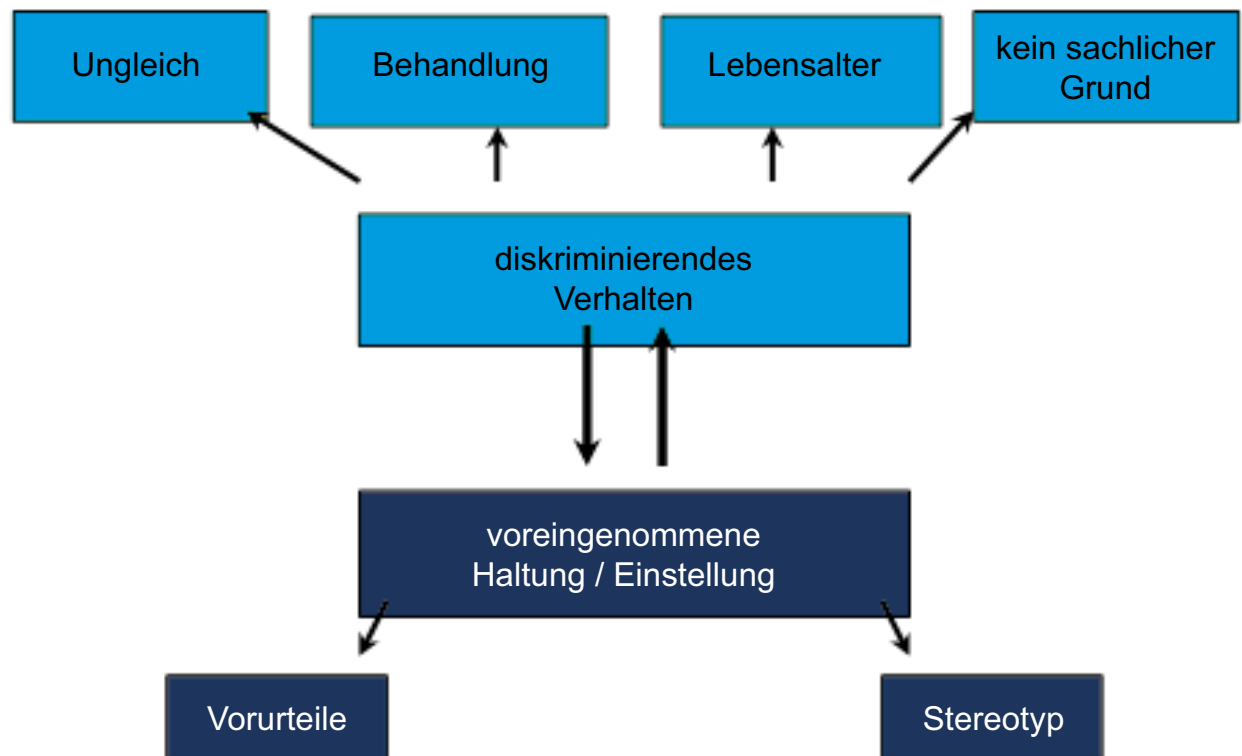
Der Begriff „Behandlung“ bezieht sich hier auf eine Handlung, die auf Personen und nicht auf abstrakte Gegebenheiten abzielt. Zugleich haben wir es im gesellschaftlichen Raum aber auch mit institutionellen Diskriminierungen zu tun, in denen durch institutionelle Regelungen spezifische Probleme und

Anforderungen im Hinblick auf Lebenslagen nicht behoben, sondern auch produziert oder verstärkt werden können. Bildungs- wie Sozialpolitik sind hier ein zentrales Feld. Altersdiskriminierungen zeigen Voreingenommenheit und daraus resultierende Verhaltensweisen gegenüber dem Alter, die im Englischen als „Ageism“ bezeichnet werden. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und stehen in Wechselwirkung zu der jeweiligen sozialen Konstruktion des Alters und den sie beeinflussenden Faktoren. „Ageism“ ist durch Vorurteile und Stereotype gegenüber älteren Menschen und dem Altern gekennzeichnet. Vereinheitlichende Behauptungen über ältere Menschen, beispielsweise die der grundsätzlichen Abnahme von Kompetenzen im Alter oder auch die Reduzierung des Status‘ alter Menschen auf jenen als bloße „Kostenfaktoren“, finden sich auch in abwertendem Sprachgebrauch wie „Rentnerschwemme“ und „Alterslawine“ wieder. Aufgrund von Vorurteilen und Stereotypen können diskriminierende Haltungen plausibilisiert und legitimiert werden. Diskriminierungen aufgrund des Lebensalters hindern alte Menschen daran, in angemessener Weise am Arbeits- und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.⁹³²

931 www.forum-seniorenarbeit.de/index.phtml?La=1&sNavID=1759.165&object=tx|373.1902.1&sub=0

932 Der Ältesten Rat, Die Generali Hochaltrigenstudie 2014 (<http://zukunftsfonds.generalideutschland.de>)

133 Altersdiskriminierung



Das Grundgesetz kennt kein ausdrückliches Diskriminierungsverbot des Alters. Jedoch wird im allgemeinen Gleichheitsgrundsatz (Artikel 3 Absatz 1) generell die Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz als Grundrecht festgeschrieben. Dieses Grundrecht bindet Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung; wesentlich Gleiches ist rechtlich gleich, wesentlich Ungleiches unterschiedlich zu behandeln. Eine willkürliche Differenzierung ist verboten (Willkürverbot). Die in Absatz 2 geregelte Gleichberechtigung von Mann und Frau enthält nicht nur ein solches Willkürverbot, sondern verpflichtet den Gesetzgeber auch zum Abbau gesellschaftlicher Benachteiligungen. Für das Alter gibt es bislang keine entsprechende Regelung.⁹³³

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) von 2006 formuliert in Abschnitt 1 § 1: „Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen.“⁹³⁴ Es hat keine Wirkungskraft im Zivilrecht. Zudem bezieht es sich immer auf die individuelle Diskriminierung und hat seinen Schwerpunkt im Arbeitsleben. Letzteres ist im höheren Lebensalter bislang von geringer Relevanz. Hinzu kommt, dass indirekte, institutionelle Diskriminierungen vom AGG nicht erfasst werden. Zudem gelten in Bezug auf Altersgrenzen oftmals genehmigte Ausnahmeregelungen, wenn es dafür „gute Gründe“ gibt. Eine höhere Wirksamkeit gegen Diskriminierung mit gesetzlicher Unterstützung müsste auch den zivilen Bereich betreffen.

Zusätzlich müssten die vielen Ausnahmetatbestände überprüft werden und möglichst einer individuellen Prüfung weichen.

933 Vgl. Scholl, A./Eifert, B. (2010).

934 www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/agg/gesamt.pdf (letzter Zugriff: 12.06.2014)

Benachteiligung und Diskriminierung sind das Ergebnis komplexer historischer Prozesse. In den vergangenen Jahren haben die Anstrengungen auf europäischer Ebene dazu beigetragen, das Thema voranzutreiben und rechtliche Mindeststandards zur Bekämpfung von (Alters-)Diskriminierung in allen Mitgliedstaaten der EU festzulegen. Eine der wichtigsten Entwicklungen war die Verabschiedung der Richtlinien zur Verwirklichung der Gleichbehandlung. Die Umsetzung der Richtlinien mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) macht es leichter möglich, Diskriminierungen strafrechtlich zu verfolgen sowie sich als Opfer dagegen zu wehren. Ein wesentlicher Schritt – dennoch ist die Verabschiedung der Gesetze nur eine Teillösung.⁹³⁵

Bereiche von Benachteiligungen und Diskriminierungen

Altersdiskriminierung ist in den verschiedenen Lebensbereichen zu finden: bei der Arbeit, im Gesundheitswesen, bei Banken und Versicherungen, im öffentlichen Leben und in den Medien. In der Dokumentation zur Tagung „Altersdiskriminierung 2005“ haben das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen (LSV NRW) Bereiche der Altersdiskriminierung und Beispiele dazu aufgezeigt. Das Büro gegen Altersdiskriminierung in Köln sammelt seit Jahren Beispiele.⁹³⁶

Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen

Im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter wird „Alter“ als Querschnittsthema behandelt und die Prävention vor Altersdiskriminierung durch die Schaffung von Strukturen für ein „gutes“ Alter in den Quartieren vorangetrieben.

Das Thema Altersdiskriminierung wird in Nordrhein-Westfalen seit 2004 von der LSV NRW und dem KDA bearbeitet. Im Jahr 2005 konnte die erste Großveranstaltung stattfinden, dabei wurden altersbedingte Diskriminierungen und deren Entstehung in Nordrhein-Westfalen erstmalig in einem Bundesland aufgezeigt. Partizipativ entstand dabei ein Positionspapier aus der Sicht Älterer zum Thema „Altersdiskriminierung“. Um auf die Veränderung der Einstellungen und Wahrnehmungen einzuwirken, wurden dazu schon 2005 realistische Altersbilder thematisiert.

2007, im „Europäischen Jahr der Chancengleichheit für alle“, wurde ein weiterer Schritt getan und im Rahmen einer zweiten landesweiten Veranstaltung der Blick auf die europäische Ebene gerichtet, um zu erfahren, welche Handlungsmöglichkeiten dort zur Verhinderung, Vermeidung und Beseitigung von Altersdiskriminierung gesehen und umgesetzt werden. Bei dieser Tagung wurden Handlungsempfehlungen vorgestellt und Möglichkeiten zur Umsetzung für Seniorenorganisationen, Verbände und Kommunen aufgezeigt. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gab dabei die gesetzgeberischen Rahmenbedingungen vor..

Im Nachgang der Veranstaltungen von 2005 und 2007 wurden Maßnahmen zur Bekämpfung der unterschiedlichen Formen von Altersdiskriminierung ergriffen. So wurden landesrechtliche Vorschriften auf diskriminierende Altersgrenzen geprüft. Die Abschaffung der Altersgrenze für Bürgermeisterinnen und Bürgermeister war eine dieser Maßnahmen. Diese Altersgrenze wurde bei der Novellierung der Gemeindeordnung ersatzlos gestrichen. Weitere Altersgrenzen waren Gegenstand eines in Auftrag gegebenen

935 AGE (2006): Auf dem Weg zu einer Europäischen Gesellschaft für alle Lebensalter. Brüssel

936 Scholl, A./Eifert, B. (2010); www.altersdiskriminierung.de

Gutachtens Zudem wurde mit den Banken und Sparkassen in Nordrhein-Westfalen eine Vereinbarung gegen Altersdiskriminierung geschlossen. Darin haben die Kreditinstitute zugesagt, dass niemand von Finanzdienstleistungen wie Krediten, EC-Karten usw. ausgeschlossen wird, nur weil er oder sie eine gewisse Altersgrenze überschritten hat. Neben diesen konkreten Handlungen wurde eine Reihe von Materialien zur Aufklärung und zur Stärkung sowie Unterstützung von Menschen in diskriminierenden Situationen herausgegeben, beispielsweise der Folder „Was tun bei Altersdiskriminierung?“. Auf einer dritten landesweiten Tagung im Jahr 2009 wurden partizipativ Aktivitäten und Handlungsempfehlungen gegen Altersdiskriminierung erarbeitet. Dabei wurde die Notwendigkeit der Veränderung unrealistischer Altersbilder als präventive Maßnahme besonders hervorgehoben. Es zeigt sich, dass das Thema „Diskriminierung aufgrund des Lebensalters“ eine Auseinandersetzung mit Vorstellungen über die Lebensalter unumgänglich macht. In der Abschlussveranstaltung der Landesinitiative „Junge Bilder vom Alter“ 2010 wurden dieser Zusammenhang und die Möglichkeiten der Veränderungen durch Begegnung und gemeinsame Aufgaben gezeigt. An der Kampagne der Antidiskriminierungsstelle „Im besten Alter immer“ 2011 beteiligten sich das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Landessenorenvertretung Nordrhein-Westfalen 2011 im Rahmen des „Deutschen Seniorentages“ in Hamburg mit einem Workshop. Der Einsatz für realistische Bilder vom Alter ist weiterhin Aufgabe des MGEPA.

Strategie zur Prävention und Bekämpfung von Altersdiskriminierung

Eine Gesamtstrategie zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung muss folgende Aspekte zum Inhalt haben:

- Aufmerksamkeit schaffen (Thema kommunizieren),
- Sensibilisierung (Wahrnehmen von Altersdiskriminierung),
- Transparenz (Sichtbarmachen),
- Kommunikation (Altersdiskriminierung muss Thema werden);
- Dialog (über Altersdiskriminierung muss gesprochen werden),
- Information und Aufklärung,
- Forschung (Fakten über Altersdiskriminierung),
- Gesetzgebung (AGG, Grundgesetz),
- Inklusion (Alter in allen Facetten muss selbstverständlicher Bestandteil einer Gesellschaft für alle Lebensalter sein).

Dazu bedarf es der Kombination aus gesetzlichen Grundlagen, der Sicherheit der Reproduktion im Alter, einem kulturellen Wandel in Bezug auf das Alter in all seinen Facetten und einer Stärkung älterer Menschen im Sinne des „Empowerments“. Der Inklusionsansatz der UN-Behindertenrechtskonvention bietet dabei die Chance der Integration des möglichen gebrechlichen Alters anstelle einer immer weiteren Ausgrenzung.

7.6.2 Bildung und Alter

Bildung bezeichnet „(...) zum einen den Prozess der Aneignung und Erweiterung von Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erfahrungen und Wissenssystemen in formellen und informellen Kontexten, zum anderen das Ergebnis dieses Prozesses. Zum Bildungsprozess gehört weiterhin die Ausbildung einer Motivstruktur, die das Interesse an Bildungsinhalten weckt und die die aktive Auseinandersetzung mit Bildungsinhalten fördert, wie auch die Fähigkeit des Menschen, das eigene Handeln zu reflektieren sowie zukünftige

Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen zu antizipieren“.⁹³⁷ Über die allgemeine Schulpflicht ist schulische Bildung für Kinder und Jugendliche in der Bundesrepublik gesetzlich geregelt. Bildung unabhängig vom Alter ist in der modernen Informations- und Wissensgesellschaft vor dem Hintergrund schnell fortschreitender technologischer und sozialer Entwicklungen für alle Menschen wichtig und stellt in Form eines lebenslangen bzw. lebensintegrierten Lernens eine bedeutsame Grundlage für Teilhabe und Mitgestaltung dar.

Bildung erhöht die persönlichen Handlungsspielräume im Lebenslauf, wirkt sich positiv auf die Ressourcenausstattung in anderen Lebenslagebereichen wie u. a. Einkommen, Wohnen, Gesundheit und soziale Integration aus, fördert bürgerschaftliches Engagement, trägt zum sozialen Zusammenhalt, zum Abbau sozialer Ungleichheit und schließlich auch zur Demokratie-Entwicklung bei.⁹³⁸

Bildung als kulturelles Kapital⁹³⁹ hat somit auch im Alter eine wichtige strategische Bedeutung und nimmt für die Gestaltung der individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen des demografischen Wandels eine Schlüsselposition ein.⁹⁴⁰ Bildung ist eine zentrale Ressource für ein gutes Leben im Alter und ihre Förderung ein maßgeblicher Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter.

Teilhabechancen an Bildungsprozessen sind eng verkoppelt mit der Wirksamkeit von sozialen Ungleichheiten. Die Bildungslaufbahnen der überwiegenden Mehrheit der älteren Frauen waren in Kindheit und Jugend von Beteiligungen geprägt, bei denen neben Geschlecht, konfessionelle Bindungen, soziale Herkunft und der Stand-Land-Gegensatz eine große Rolle spielten. Die Dahrendorf'sche⁹⁴¹ Kunstfigur der „katholischen Arbeitertochter vom Lande“ bündelt diese Bildungsausschlüsse begründenden Ungleichheitsdimensionen.

Diese frühe Bildungsbenachteiligung qua Geschlecht, in Verknüpfung mit anderen Dimensionen, wirkte nicht nur über die Erwerbsposition bzw. die Tätigkeit als Familienerhalterin⁹⁴² und über niedrige Renten bzw. Abhängigkeit vom Partner oder der Partnerin nach, sondern auch im Hinblick auf die Partizipation an Bildungsangeboten im Alter. Von den Errungenschaften der Bildungsexpansion der 1970er-Jahre konnten dagegen erst jene Frauengenerationen sukzessive profitieren, die sich heute im sechsten Lebensjahrzehnt befinden. Generell sind auch in der Gegenwart gruppenspezifisch gebundene Bildungsbenachteiligungen nicht verschwunden, wenngleich sie heute auch andere Konfigurationen bilden: Als Bildungsverliererin der 60er-Jahre wird die „katholische Arbeitertochter vom Lande“ gegenwärtig abgelöst von dem „urbanen männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund aus sozial benachteiligten Milieus“. Diese sozial verwundbaren Konstellationen sind mit der Minimierung von sozialen, politischen, kulturellen und auch finanziellen Teilhabemöglichkeiten verbunden.

937 Kruse, A. (2010), S. 829.

938 Vgl. Bertermann, B. (2010): Aktives Altern und Bildung, in: Naegele, G. (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden, S. 619-636, Ehlers, A. (2010): Bildung im Alter – (k)ein politisches Thema? In: Naegele, G. (Hg.): Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden, S. 602-618.

939 Vgl. Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital – Kulturelles Kapital – Soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten, Göttingen, S. 183-198.

940 Vgl. Köster, D. (2009): Entwicklungschancen in alternden Gesellschaften durch Bildung: Trends und Perspektiven. In: Dehmel, A./Kremer, H.-H./Schaper, N./Sloana, P.F.E. (Hrsg.): Bildungsperspektiven in alternden Gesellschaften. S. 85-106. Frankfurt am Main. PETER LANG

941 Vgl. Dahrendorf, R. (1966): Bildung ist Bürgerrecht. Hamburg: Nannen-Verlag.

942 Vgl. Krüger, H. (1995).

Lebenslang (allerdings mit besonderer Dringlichkeit und Folgeschwere in Kindheit und Jugend) und über alle Generationen hinweg geht es unter der Berücksichtigung ungleicher Zugänge und Voraussetzungen einerseits um die Ermöglichung gerechterer Bildungschancen und um den Abbau von Bildungsbarrieren. Für ältere Menschen und insbesondere für die negativ „vorbelasteten“ Bildungslaufbahnen älterer Frauen bedeutet der Zugang zu Bildung zudem das Erfahren und Entwickeln eigener Potenziale und Fähigkeiten sowie die Möglichkeit, sich mit der eigenen Biografie und der aktuellen Lebensphase eigenständig auseinanderzusetzen.

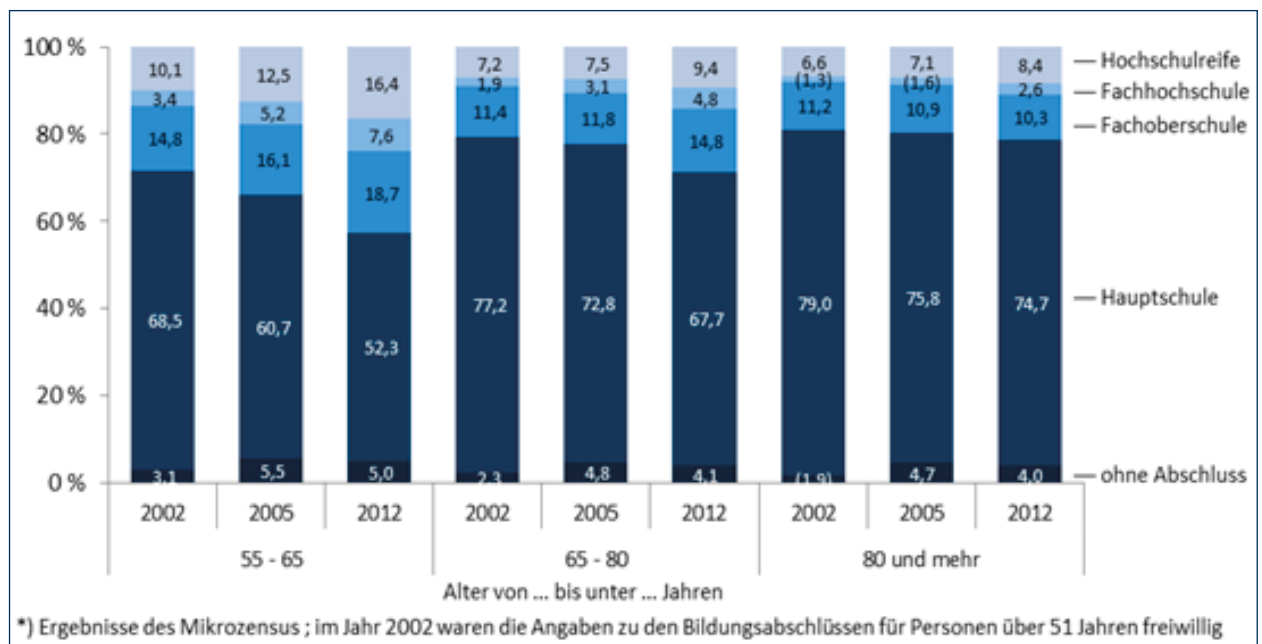
7.6.2.1 Bildungsabschlüsse älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen

Hinweise auf den Bildungsstand der älteren Bevölkerung und diesbezügliche Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen liefert die Verteilung der Bildungsabschlüsse, wobei im Folgenden zwischen allgemeinbildenden und berufsbildenden Abschlüssen unterschieden wird. Die Darstellungen zu den Bildungsabschlüssen Älterer beruhen auf Auswertungen des Mikrozensus für den Zeitraum 2002 bis 2012.

Allgemeinbildende Schulabschlüsse

Zu den allgemeinbildenden Schulen zählen in Deutschland alle Schulen, die nicht mit einem Berufsabschluss enden. Die entsprechenden Abschlüsse sind hier nach aufsteigendem Qualifikationsgrad dargestellt. Zur sprachlichen Vereinfachung wird nicht gesondert auf Volksschulabschlüsse verwiesen, sondern diese mit den äquivalenten Hauptschulabschlüssen zusammengefasst.

134 Bevölkerung von 55 Jahren und mehr 2002, 2005, 2012 nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss und Altersgruppen in NRW *)



Grafik: IT.NRW

Ohne Schulabschluss

Der Anteil der älteren Personen, die über keinen Schulabschluss verfügen, ist zwar verhältnismäßig gering, jedoch erhöhte sich ihr Anteil in allen drei Gruppen im Zeitverlauf zwischen 2002 und 2012: Bei den 55- bis unter 65-Jährigen von 3,1 % auf 5,0 %,

in der Gruppe der 65- bis unter 80-Jährigen von 2,3 % auf 4,1 % und in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren von ca. 1,9 % auf 4,0 %. In absoluten Zahlen lässt sich jedoch in allen Altersgruppen ein Rückgang dieses Anteils zwischen 2005 und 2012 feststellen. Die Gruppe derjenigen, die über keinen oder nur sehr eingeschränkten Zugang zum Bildungssystem verfügen, hat somit innerhalb der älteren Bevölkerung insgesamt zugenommen. Hierzu gehören insbesondere ältere zugewanderte Menschen, die häufig geringere Bildungschancen hatten als die Einheimischen der jeweiligen Altersgruppe.

Hauptschulabschluss

Der Hauptschulabschluss ist der häufigste Schulabschluss bei den Älteren. Drei Viertel (75,2%) der über 80-Jährigen haben einen Hauptschulabschluss erlangt, bei den 65- bis unter 80-Jährigen sind es gut zwei Drittel (68,7%). Von den 55- bis unter 65-Jährigen verfügt mehr als die Hälfte (53,8 %) über den Hauptschulabschluss (zum Vergleich: Bevölkerung insgesamt 43,0 %). Insgesamt ist die Bedeutung der Hauptschule zwischen den Jahren 2002 und 2012 bei den 55-Jährigen und Älteren deutlich zurückgegangen (-10,3 Prozentpunkte). Am stärksten war dieser Bedeutungsverlust bei der Altersgruppe der 55- bis unter 65-Jährigen (-14,7 Prozentpunkte), am niedrigsten fiel er bei den 80-Jährigen und Älteren aus (-3,8 Prozentpunkte).

Fachoberschulreife

Einhergehend mit dem Bedeutungsverlust des Hauptschulabschlusses (bzw. Volksschulabschlusses) haben die mittleren und höheren Schulabschlüsse innerhalb der älteren Bevölkerung an Bedeutung gewonnen. Allgemein zeichnet sich hier bereits der Effekt der Bildungsexpansion, d. h. die Erhöhung des Bildungsniveaus der deutschen Gesellschaft in den Jahrzehnten seit dem Zweiten Weltkrieg, ab. In der jüngsten hier betrachteten Gruppe der 55- bis unter 65-Jährigen stieg zwischen 2002 und 2012 der Anteil derjenigen mit Fachoberschulreife von 14,2 % auf 18,7 %. Bei den 65- bis unter 80-Jährigen stieg dieser Wert von 11,4 % auf 14,8 %. Lediglich bei den über 80-Jährigen sank der Anteil von 11,2 % auf 10,3 %.

Fachhochschulreife

Ähnlich der Fachoberschulreife nahm auch der Anteil derjenigen mit Fachhochschulreife im Zeitverlauf zu – und zwar in allen drei genannten Altersgruppen. Im Jahr 2012 verfügten 7,6 % der 55- bis unter 65-Jährigen über einen derartigen Schulabschluss sowie 4,8 % der nächst älteren Altersgruppe und 2,6 % der Hochaltrigen.

Hochschulreife

Ältere haben zwar seltener als dies bei der Bevölkerung insgesamt der Fall ist (Bevölkerung insgesamt 21,1%) die Hochschulreife erlangt, aber in den letzten zehn Jahren ist der Anteil derer mit Hochschulreife in allen hier betrachteten Altersgruppen gestiegen. Im Jahr 2012 verfügten 8,4 % der 80-Jährigen und Älteren über die Hochschulreife, bei den 65- bis unter 80-Jährigen waren es 9,4 %. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen lag der Anteil mit 16,4 % bereits deutlich höher. Mittlerweile haben die Jahrgänge, die von der Bildungsexpansion der 1960er- und 1970er-Jahre profitierten, diese Altersgruppe erreicht, sodass hier der Anstieg des Anteils an Personen mit Hochschulreife am stärksten war.

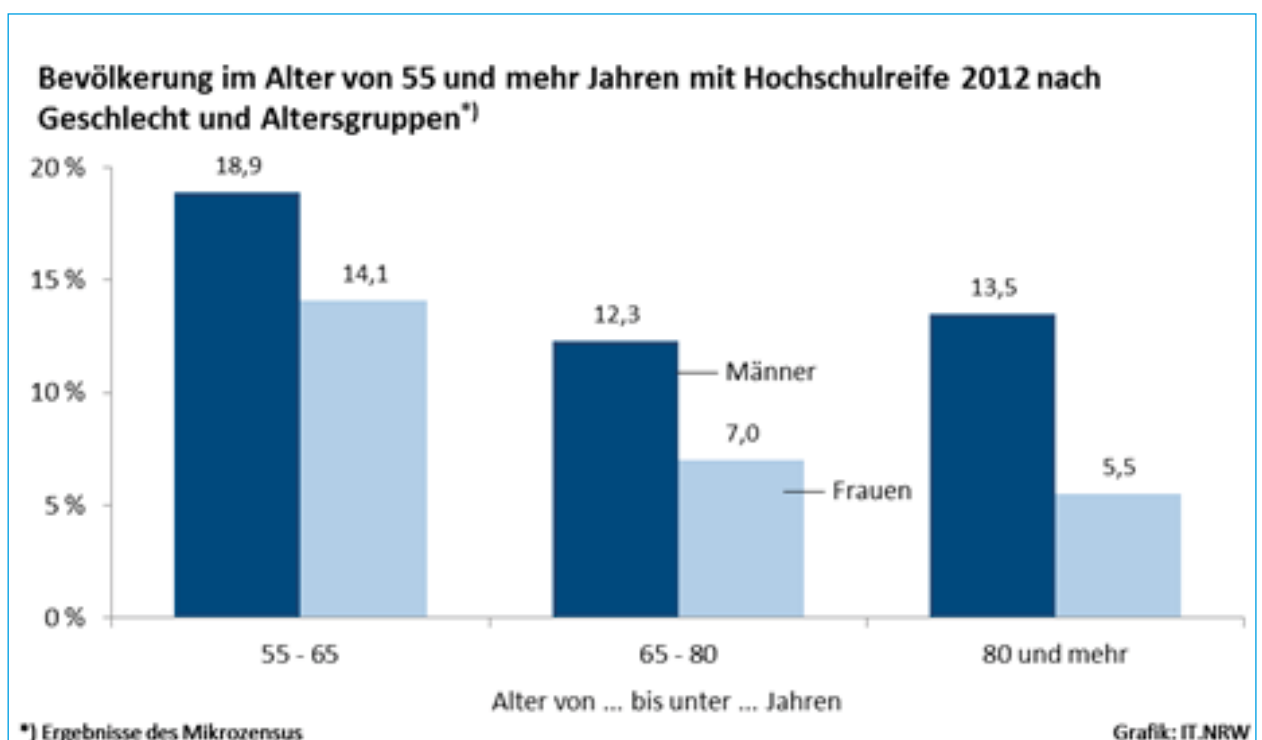
Allgemeinbildende Schulabschlüsse differenziert nach Geschlecht

Während bei der Bevölkerung insgesamt bezogen auf den Hauptschulabschluss kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu erkennen sind, verfügen bei der älteren Bevölkerung Frauen häufiger über einen Hauptschulabschluss als Männer. Bei den über 80-Jährigen ist für 77,9 % der Frauen und 69,1 % der Männer der Hauptschulabschluss der höchste allgemeinbildende Abschluss. Bei den älteren Frauen fiel der Bedeutungsrückgang des Hauptschulabschlusses – abgesehen von den über 80-Jährigen – etwas stärker aus als bei den Männern.

Differenziert nach dem Geschlecht zeigen sich bezogen auf die Hochschulreife bei der Bevölkerung insgesamt nur kleinere Bildungsunterschiede, anders dagegen bei der älteren Bevölkerung. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen verfügten im Jahr 2012 18,9 % der Männer im Vergleich zu 14,1 % der Frauen über die Hochschulreife.

Bei den 65- bis unter 80-Jährigen trifft dies auf 12,3 % der Männer und 7,0 % der Frauen zu, bei den 80-Jährigen und Älteren sind es 13,5 % der Männer und 5,5 % der Frauen. Bei der Bevölkerung insgesamt ist im Vergleich zum Jahr 2002 der Anteil der Frauen mit Hochschulreife stärker gestiegen als bei den Männern. Bei den Älteren ist dies jedoch nicht der Fall, hier haben Männer in stärkerem Maße aufgeholt als Frauen.

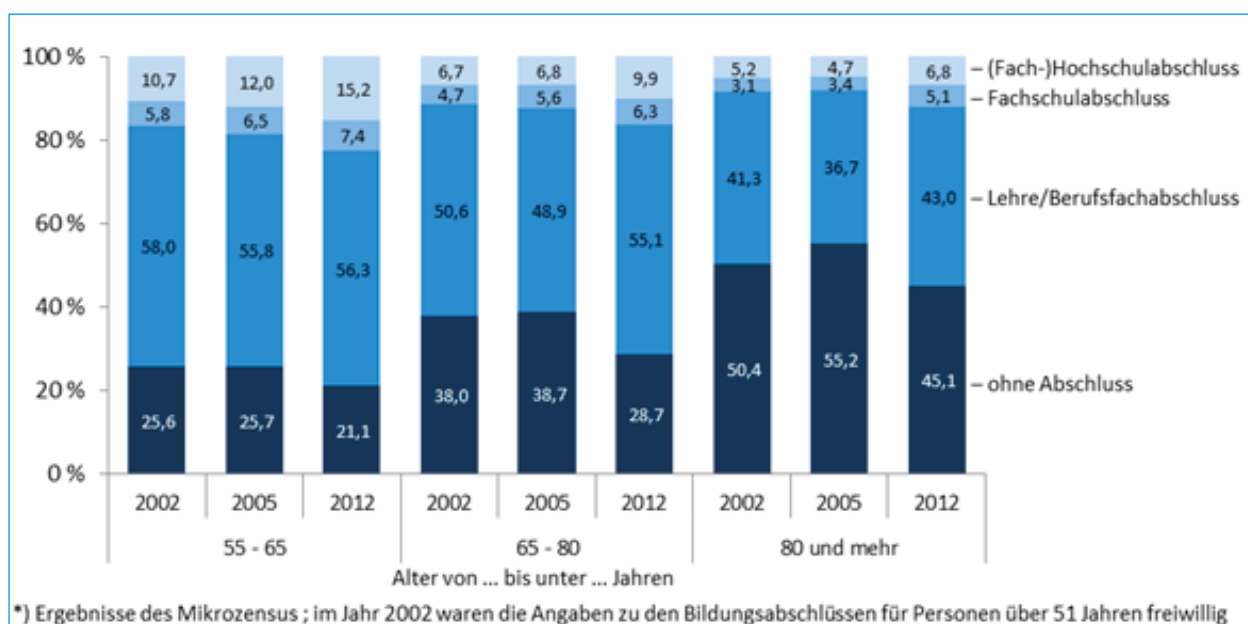
135 Bevölkerung im Alter von 55 und mehr Jahren 2012 nach Geschlecht und Altersgruppen in NRW *)



Berufsbildende Abschlüsse

Berufsbildende Einrichtungen vermitteln Qualifikationen, die zum Ergreifen eines Berufes befähigen. Berufsbildende Abschlüsse können durch eine Lehre bzw. an Berufsfachschulen, Fachschulen und (Fach-)Hochschulen erworben werden. Mit Blick auf die Geschlechter fällt auf, dass sich in den Ausbildungsstrukturen bis heute „das Prinzip der Polarisierung der Geschlechter“⁹⁴³ mit geschlechtsspezifischem Lebensweg fort schreibt. Während (junge) Frauen häufiger sogenannte vollzeitschulische Ausbildungsgänge absolvieren, finden sich (junge) Männer verstärkt in betrieblichen Ausbildungsstätten wieder.⁹⁴⁴ Eine Ungleichverteilung von Frauen und Männern auf die verschiedenen beruflichen Tätigkeitsfelder der „Frauenberufe“ und der „Männerberufe“ bringt insbesondere für Frauen negative Auswirkungen hinsichtlich der Bezahlung und der Aufstiegschancen mit sich. Eine sich ableitende geringere Rente und damit Einschränkung der Lebensqualität zeigt sich schließlich deutlich im Alter.

136 Bevölkerung im Alter von 55 und mehr Jahren 2002, 2005, 2012 nach höchstem beruflichem Abschluss und Altersgruppen in NRW *)



Grafik: IT.NRW

943 Vgl. Krüger, H. (1995): Dominanzen im Geschlechterverhältnis: zur Institutionalisierung von Lebensläufen. In: Becker-Schmidt, R / Knapp, G.-A. (Hrsg.): Das Geschlechterverhältnis als Gegenstand der Sozialwissenschaften. Campus Verlag, S. 195-219.

944 Vgl. ebd.

Ohne beruflichen Abschluss

Ohne beruflichen Abschluss sind bei den 55- bis unter 65-Jährigen 21,1 % und somit ein kleinerer Teil als bei der Bevölkerung insgesamt (25,1 %). Höhere Anteile weisen die 65- bis unter 80-Jährigen mit 28,7 % und vor allem die 80-Jährigen und Älteren mit 45,1 % auf. Bei der Bevölkerung insgesamt verringerte sich zwischen 2002 und 2012 der Anteil derer ohne Abschluss nur wenig (-1,5 Prozentpunkte). Bei den Älteren fiel dieser Rückgang stärker aus.

Am deutlichsten war er bei den 65- bis unter 80-Jährigen mit -9,3 Prozentpunkten gefolgt von den 55- bis unter 65-Jährigen mit -5,3 Prozentpunkten und den 80-Jährigen und Älteren mit -4,6 %.

Lehre/ Berufsfachabschluss

Eine abgeschlossene Lehre beziehungsweise ein Berufsfachabschluss ist in allen hier betrachteten Altersjahrgängen die vorherrschende berufliche Qualifikation. Mehr als die Hälfte (56,3 %) der 55- bis unter 65-Jährigen haben eine Lehre beziehungsweise eine Berufsfachschule abgeschlossen. In der darauf folgenden Kohorte der 65- bis unter 80-Jährigen sind es 55,1 % und bei den 80-Jährigen und Älteren mit 43 % deutlich weniger. Im Zeitverlauf zwischen 2002 und 2012 ist nach einem geringfügigen Rückgang bis 2005 ein leichter Anstieg des Anteils der Personen mit Abschluss einer Lehre bzw. einer Berufsfachschule festzustellen.

Fachschulabschluss

Etwas zugenommen hat auch der Anteil der Personen mit einem Fachschulabschluss. Im Jahr 2012 verfügten 7,4 % der 55- bis unter 65-Jährigen (+1,6 Prozentpunkte gegenüber 2002), 6,3 % der 65- bis unter 80-Jährigen (ebenfalls +1,6 Prozentpunkte gegenüber 2002) und 5,1 % der 80-Jährigen und Älteren (+2,0 Prozentpunkte gegenüber 2002) über einen Fachschulabschluss.

(Fach-)Hochschulabschluss

Seit 2002 hat sich auch der Anteil derer mit (Fach-)Hochschulabschluss in allen Altersgruppen erhöht. Am deutlichsten war der Anstieg bei den 55- bis unter 65-Jährigen (+4,5 Prozentpunkte). Diese Altersgruppe weist bezogen auf den Anteil der (Fach-)Hochschulabsolventen einen hohen Qualifikationsgrad auf. 15,2 % verfügten 2012 über einen (Fach-)Hochschulabschluss und somit ein größerer Teil als bei der Bevölkerung insgesamt (13,9 %). Von den 65- bis unter 80-Jährigen hatten 9,9 % einen (Fach-)Hochschulabschluss und von den 80-Jährigen und Älteren 6,8 %.

Ohne beruflichen Abschluss differenziert nach Geschlecht

Frauen sind deutlich häufiger ohne abgeschlossene Berufsausbildung als Männer, dies gilt in besonderem Maße für Frauen im Rentenalter. Insgesamt sind 30,3 % aller Frauen und 19,5 % aller Männer ohne Berufsausbildung. Von den 80-jährigen und älteren Frauen haben 59,8 % keine berufliche Ausbildung abgeschlossen, bei den 65- bis unter 80-Jährigen sind es 38,7 %. Bei Männern zeigen sich kaum Unterschiede nach dem Alter. Selbst bei den über 80-Jährigen liegt der Anteil derer ohne Berufsausbildung mit 19,0 % nicht über dem Durchschnitt der Männer insgesamt, bei den 55- bis unter 65-jährigen Männern sind lediglich 16,3 % ohne beruflichen Abschluss.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist der Anteil derer ohne Berufsausbildung

zurückgegangen. Abgesehen von den 80-Jährigen und Älteren fiel dieser Rückgang bei den Frauen stärker aus. Waren im Jahr 2002 noch 51,9 % der 65- bis unter 80-jährigen Frauen ohne beruflichen Abschluss, verringerte sich dieser Wert bis 2012 auf 38,7 %. Differenziert nach dem Geschlecht zeigt sich, dass in der Bevölkerung insgesamt Frauen seltener über einen (Fach-)Hochschulabschluss verfügen als Männer. Bei den Älteren sind die Unterschiede noch ausgeprägter. Bei den 65- bis unter 80-Jährigen hatten im Jahr 2012 16,7 % der Männer und 11,3 % der Frauen einen (Fach-) Hochschulabschluss. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen lag der Wert bei den Frauen mit 11,4 % ähnlich hoch, bei den Männern aber mit 19,2 % sogar höher als bei der Bevölkerung insgesamt. Hochaltrige Frauen verfügen nur selten über einen (Fach-) Hochschulabschluss; bei den 80-Jährigen und Älteren waren es lediglich 3,1 % im Vergleich zu 13,4 % der Männer dieser Altersgruppe.

7.6.2.2 (Weiter-) Bildung und Lernen im und für das Alter

Zwar spielt der schulische und berufliche Bildungsabschluss eine wichtige Rolle für die Entwicklungsmöglichkeiten im Alter, jedoch ist die Bandbreite dessen, was unter Bildung im Alter subsummiert werden kann, damit bei Weitem nicht hinreichend abgebildet. In diesem Zusammenhang sind vor allem Erkenntnisse der „Geragogik“ – als Wissenschaftsdisziplin, die „(...) Bildungsprozesse in der zweiten Lebenshälfte erforscht, Bildungskonzepte mit Älteren und für das Alter entwickelt und erprobt und diese in Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Arbeit mit Älteren einbringt“⁹⁴⁵ – relevant. Bildung wird hier als lebenslanger Prozess und die Fähigkeit, sich diese anzueignen, als über den gesamten Lebenslauf vorhanden beschrieben. Konkret angeeignet wird diese Ressource über das Lernen. Dieses vollzieht sich auf unterschiedliche Art und Weise: Formales, nonformales und informelles Lernen sind Kategorien, die den Lernbegriff spezifizieren.⁹⁴⁶ Formales Lernen findet dabei in Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen (siehe Kap. 7.6.2.2.2) statt mit dem Ziel des Erwerbs von Abschlüssen, die meist in Form von Zeugnissen oder Zertifikaten dokumentiert werden. Allgemeinbildende Abschlüsse – insbesondere mit dem Ziel der Zugangsberechtigung für ein Hochschulstudium – können nicht nur im regulären Schulsystem, sondern auch an Abendrealschulen, Abendgymnasien und an Kollegs erworben werden.

Ebenso zielorientiert, jedoch ohne eine explizite Vermittlung von Lerninhalten in Institutionen, kann nonformales Lernen beschrieben werden als ein Zugewinn an Erfahrungen und Kompetenzen, insbesondere im Rahmen beruflicher und ehrenamtlicher Tätigkeiten. Beispiele von nonformalen Lernkontexten sind Praktika, Jobrotation oder bürgerschaftliches Engagement.⁹⁴⁷

Im Gegensatz dazu erfolgt informelles Lernen ohne ein intendiertes Ziel, sondern ist eine „... natürliche Begleiterscheinung des täglichen Lebens“⁹⁴⁸, beispielsweise durch einen Erfahrungsaustausch in sozialen Interaktionen. Lernen findet somit kontinuierlich

945 Bubolz-Lutz, E./Gösken, E./Kricheldorf, C./Schramek, R. (2010): Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch, Stuttgart, S. 14

946 Vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2001): Mitteilung der Kommission. Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen, Brüssel.

947 Vgl. Kruse, A. (2010): Bildung im Alter, in: Tippelt, R./Hippel, A. von (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung, 4. Durchgesehene Auflage, Wiesbaden, S. 827-840

948 Bubolz-Lutz, E./Gösken, E./Kricheldorf, C./Schramek, R. (2010): Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch, Stuttgart, S. 17

und über die gesamte Lebensdauer statt und zählt daher zu den grundlegenden Lebensprozessen des Menschen.

Mit dem Alter verlieren die formalen Bildungszusammenhänge an Bedeutung, die Motivation des (älteren) Erwachsenen bezieht sich dann im stärkeren Maße auf Lebens- und Handlungsaspekte.⁹⁴⁹

Älteren Personen stehen nach Bubolz-Lutz und Steinfort drei unterschiedliche Blickrichtungen bezüglich ihres Bildungsprozesses offen:

- „der ‚Blick zurück‘ im Sinne einer Rekonstruktion und damit auch Reflexion, die zur eigenen Soziogenese (das heißt zur Entstehung und Entwicklung aufgrund bestimmter gesellschaftlicher Umstände) beiträgt;
- der Blick auf die aktuellen Umstände und das ‚Hier und Jetzt‘ und
- der ‚Blick nach vorn‘ – und daraus folgend der Entwurf von Zukunftsperspektiven, die auch im dritten und vierten Alter immer weiter geleistet werden müssen.“⁹⁵⁰

Entsprechende Angebote sollten allerdings nicht nur die Perspektive der Kundinnen und Kunden oder Nutzerinnen und Nutzer berücksichtigen, sondern ebenso die Perspektive der Vermittlerinnen und Vermittler bzw. der Lernbegleiterinnen und -begleiter, also der Geragoginnen und Geragogen.

Bezogen auf die Älteren als Kundschaft sind mögliche Themen etwaiger Lern- und Bildungsangebote „(...) Sinnsuche, Kompetenzerweiterung, die Gestaltung befriedigender interkultureller und intergenerationeller Beziehungen, das Entdecken eigener Potenziale zum freiwilligen Engagement, und in beruflichen Kontexten z. B. in Bezug auf den Erhalt von Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit“.⁹⁵¹ Für die Anbieterinnen und Anbieter ist das Wissen über spezifische Methoden der Vermittlung für die Gruppe der Älteren und Hochbetagten von Relevanz. Entsprechende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen müssen ebenfalls sichergestellt werden.

Geragogische Praxis will somit zum einen durch „(...) professionell angeregte und begleitete Lernprozesse Ältere dabei (...) unterstützen, ihre individuellen Ressourcen und Potenziale zu erkennen und weiterzuentwickeln sowie die eigenen Bedürfnisse zu artikulieren und ihnen verantwortlich Rechnung zu tragen“⁹⁵² und hat – im Rahmen der Lebenslaufperspektive dieser Profession – zum anderen das „(...) Lernen des Alterns selbst und das Lernen über das Altern“⁹⁵³ zum Thema.

Unter Berücksichtigung dieses Anspruchs und unter Hinzuziehung möglicher gruppenspezifischer Differenzierungen (nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, sexueller Orientierung, Behinderung, Bildungserfahrung etc.), ergibt sich eine große Bandbreite möglicher Angebote im Bereich Alter und Bildung.

949 Vgl. Bubolz-Lutz, E./Steinfort, J. (2006): Die Verschränkung von Lernen und Handeln – zum Bildungsverständnis der Geragogik, Witten

950 Bubolz-Lutz, E./Steinfort, J. (2006): Die Verschränkung von Lernen und Handeln – zum Bildungsverständnis der Geragogik, Witten.

951 Bubolz-Lutz, E./Gösken, E./Kricheldorf, C./Schramek, R. (2010): Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch, Stuttgart, S. 34.

952 Bubolz-Lutz, E. (2007): Geragogik – wissenschaftliche Disziplin und Praxis der Altersbildung, in Informationsdienst Altersfragen, S.11.

953 Ebd. S. 13.

7.6.2.2.1 Lernfelder, Angebote und Anbieterinnen bzw. Anbieter von Bildung im Alter

Prinzipiell kann nicht von spezifischen „Altersthemen“ ausgegangen werden. Jedoch verändern sich Interessenlagen – insbesondere in der nachberuflichen Phase. Mögliche Lernfelder, die inhaltlich eine (Selbst-)Reflexion anregen und einen Bezug zum Prozess des Alterns im Lebenslauf herstellen, was als ein typisches Merkmal für die Altersbildung betrachtet werden kann⁹⁵⁴, sind: „Biografiearbeit und Identitätsentwicklung“, „Religiosität und Spiritualität“, „kreative Lebensgestaltung“, „Körper und Altern“, „Gesundheit“, „Krankheit“, „Behinderung“, „Generationenbeziehungen“ sowie „Engagement und Partizipation“.⁹⁵⁵

In der Biografiearbeit werden „(...) lebensgeschichtliche Erzählungen in einem kommunikativen Prozess reflektiert“.⁹⁵⁶ Mittels Erzählung bzw. Rekonstruktion der jeweils eigenen Lebensgeschichte soll es dem Individuum ermöglicht werden, Kontinuitäten und Diskontinuitäten zu erkennen und zu akzeptieren, um so mit sich selbst „ins Reine zu kommen“. Eng damit verbunden ist die Identitätsentwicklung. Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, also mit sich selbst, und durch Anerkennung von außen bildet sich Identität (= „Eigentümlichkeit des Wesens eines Menschen“⁹⁵⁷) immer wieder neu. In Bezug auf ältere Menschen ist es insbesondere von Relevanz, etwaige Einschränkungen in Bezug auf Handlungsmöglichkeiten und -fähigkeiten sowie wegfallende Anerkennung aus dem beruflichen oder familiären Umfeld sowie eine erhöhte Hilfe- und mithin auch Pflegebedürftigkeit auszugleichen und aufzuarbeiten.

Methodisch existieren hier verschiedene Herangehensweisen (u. a. „Erzählcafé“, Schreibwerkstätten, Theaterinszenierungen).⁹⁵⁸

Religiosität und Spiritualität sind für ältere Menschen häufig eine sinnstiftende Ressource und daher ebenfalls Bestandteil von Bildungsangeboten. Nach wie vor spielen kirchliche Angebote hierbei eine bedeutende Rolle, die neben dem direkten Bezug auf die jeweilige Religion auch andere Angebote zur Sinnfindung unterbreiten (beispielsweise Gestaltung intergenerationeller Beziehungen).

Eine kreative Lebensgestaltung kommt auf unterschiedliche Weise zum Ausdruck und kann in nahezu allen Lebensbereichen wirken. Verstanden als „Prozess, etwas Neues entstehen zu lassen“⁹⁵⁹, kann sich dies beziehen auf den Umgang mit sich selbst und den Umgang mit Lebenskrisen, wobei neue Handlungsmöglichkeiten erprobt werden. Ebenfalls dazugehörig ist der Bereich der „Kulturellen Bildung“ – vermittelt werden können hier Kompetenzen in gestalterischen Fähigkeiten, in der Förderung der Kreativität, in künstlerischen Ausdrucksformen, in der Erweiterung der kulturellen und kommunikativen Kompetenz, in Medienkompetenz und in sozio- und interkulturellen Kompetenzen.⁹⁶⁰ Ferner wird die „(...) Gestaltung der Altersphase selbst zu einer krea-

954 Vgl. Bubolz-Lutz, E./Gösken, E./Kricheldorf, C./Schramek, R. (2010): Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch, Stuttgart.

955 Vgl. ebd.

956 Ebd., S. 162.

957 Ebd. S. 163.

958 Vgl. ebd., S. 162.

959 May, R. (1987): Der Mut zur Kreativität, Paderborn.

960 Vgl. Stang, R. (2007): Kultur und Schlüsselkompetenzen. Zu den Perspektiven kultureller Bildung, in: Forum Erwachsenenbildung, Heft 4, S. 4-7.

tiven Aufgabe⁹⁶¹, da diese sich inmitten von „(...) Individualisierungs-, Pluralisierungs- und Detraditionalisierungstendenzen vollzieht“⁹⁶² und demnach Alter nicht mehr anhand bestimmter Orientierungsgrößen gestaltet werden kann.

In Bezug auf Körper, Gesundheit, Krankheit und Behinderung können Bildungsangebote sowohl präventiv als auch informativ wirken. Mögliche Themen für gesundheitsförderliche Angebote sind (wobei anzumerken ist, dass diese Aufzählung nicht erschöpfend ist):

- körperliche Veränderungen und gesellschaftliche Altersbilder,
- „Aufrechterhaltung und Nutzung von sozialen Kontakten zur Organisation professioneller und informeller sozialer Unterstützung bei Lebenskrisen, Krankheit und Behinderung (z. B. in Gruppen der Selbsthilfe),
- Hilfe geben und annehmen können,
- Fähigkeit und Mut zum Ausdruck der eigenen Befindlichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse,
- rechtzeitige und gezielte Inanspruchnahme professioneller Hilfe,
- die Fähigkeit zur Abwägung individueller Gesundheitsrisiken und zur Umgestaltung der eigenen Lebensweise in Richtung eines gesünderen Lebens,
- Selbstsorge und
- Umgang mit Krankheit, Behinderung und altersbedingter Hilfebedürftigkeit.“⁹⁶³

Auch Generationenbeziehungen sind ein wichtiger Aspekt von Bildungsangeboten für Ältere. Mittels organisierter intergenerationeller Begegnungen sollen ein miteinander und voneinander Lernen gefördert und Vorurteile abgebaut werden. Beispiele für derartige Projekte sind u. a. generationenübergreifende Kulturprojekte, Patenprojekte oder auch universitäre Seniorenstudiengänge. Schließlich ist auch der Bereich „Engagement und Teilhabe“ im Alter ein wesentliches Lernfeld, zu dem spezifische Bildungsmaßnahmen angeboten werden. Ziel ist u. a. die Vorbereitung auf Tätigkeiten in bestimmten Engagementbereichen oder -kontexten bzw. die Ausübung neuer Engagementformen bzw. -rollen (z. B. Pflegebegleiterin und -begleiter, Seniortrainerin und Seniortrainer etc.).

In Anbetracht des gesellschaftlichen Wandels von Geschlechterverhältnissen, von Erwerbsarbeits-, Lebens- und Familienformen, spielen Angebote eine wichtige Rolle, die sowohl der Heterogenität der Gruppe der älteren Menschen, als auch der Vielfalt der genderspezifischen Aspekte gerecht werden. Insgesamt unabdingbar ist dabei die Fokussierung und Förderung eines gendersensiblen Austausches.

Anbieterinnen und Anbieter dieser Leistungen sind Volkshochschulen, (Alten)Akademien, Universitäten (Seniorenstudium) sowie sonstige Träger und Einrichtungen der Erwachsenenbildung (Wohlfahrtsverbände, Vereine, etc.). Derzeit gibt es keine Gesamtübersicht zu Anbieterinnen bzw. Anbietern und Angeboten der Bildungsarbeit für ältere Menschen. Beispielhaft sollen hier das Evangelische Erwachsenenbildungswerk Westfalen und Lippe e. V., das Evangelische Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e. V., die Landesarbeitsgemeinschaft für katholische Erwachsenen- und Familienbildung in Nordrhein-Westfalen e. V., die Paritätische Akademie LV NRW e. V. sowie die „Akademie 55+“ – eine Initiative des Seniorenwerks der Landesverbände Rheinland und West-

961 Bubolz-Lutz, E./Gösken, E./Kricheldorf, C./Schramek, R. (2010): Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch, Stuttgart S. 162.

962 Ebd., S. 175.

963 Ebd., S. 181ff.

falen– als Anbieter von Bildungsangeboten benannt werden. Deren Angebote richten sich zwar nicht gezielt an bestimmte Altersgruppen, die Programme berücksichtigen in ihrer Themenauswahl aber oben genannte Interessenlagen und sprechen somit auch verstärkt die älteren Altersgruppen an.

7.6.2.2.2 Beteiligung Älterer an Bildungsangeboten und Nutzungsbarrieren

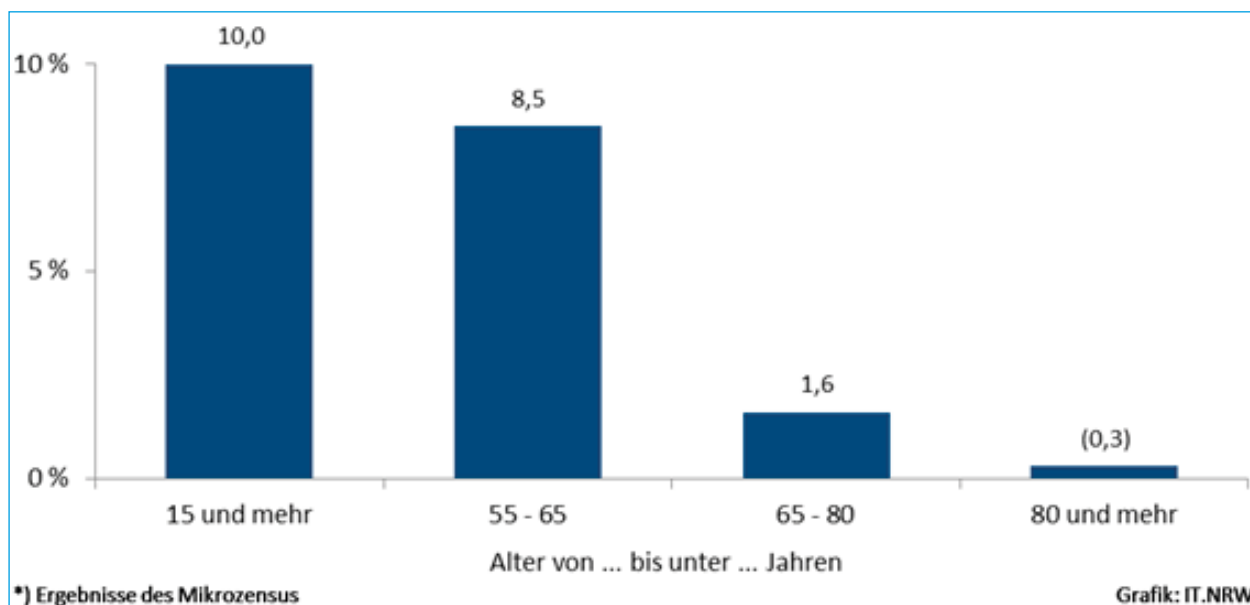
Weiterbildung im Alter sollte sich nicht nur auf ältere Erwerbstätige fokussieren, sondern auch die „Beteiligungschancen im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements und die Möglichkeit für hoch betagte Menschen, durch Bildung und Training selbstständig und autonom handlungsfähig zu bleiben“, einbeziehen.

Als Teilnahme an Weiterbildung wird hier die Teilnahme an einer oder mehreren Lehrveranstaltungen der allgemeinen oder beruflichen Weiterbildung innerhalb der letzten zwölf Monate verstanden.

Bei der Bevölkerung insgesamt haben 10 % eine allgemeine oder berufliche Weiterbildungsveranstaltung während der letzten zwölf Monate vor der Befragung besucht. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen liegt dieser Wert mit 8,5 % nur wenig niedriger. Im Rentenalter werden hingegen kaum mehr Weiterbildungsveranstaltungen besucht. 1,6 % der 65- bis unter 80-Jährigen nahmen im Jahr 2012 an einer Weiterbildungsveranstaltung teil. Bei den über 80-Jährigen spielt Weiterbildung kaum eine Rolle.

Nach dem Geschlecht bestehen keine wesentlichen Unterschiede im Weiterbildungsverhalten und auch im Zeitverlauf zeichnen sich keine wesentlichen Veränderungen ab.

137 Bevölkerung ab 15 Jahren 2012 mit Beteiligung an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung nach Altersgruppen in NRW^{*)}



Laut Volkshochschulstatistik ergibt sich ein etwas anderes Bild. Aus den Daten der befragten Volkshochschulen ergibt sich ein Trend zu mehr Bildungspartizipation im Alter. Im Vergleich zu den Vorjahren (2010, 2011) nahm die Beteiligung der jüngeren Alterskohorten ab, während in den Altersgruppen ab dem 50. Lebensjahr eine Zunahme zu

verzeichnen war: „...der Anteil der Gruppe zwischen 50 und 64 steigt weiter auf 25,5 %, der Anteil der Gruppe ab 65 Jahren auf 14,7 %.“⁹⁶⁴

Generell nimmt der Anteil der ab 50-Jährigen an den Kursbelegungen kontinuierlich zu. Waren es im Jahr 2008 noch 68,8 %, hat sich dieser Wert bis zum Jahr 2012 auf 70,8 % erhöht (2009: 69,6%, 2010: 69,8%, 2011: 70,6%). Die stärkste vertretene Gruppe ist die Altersklasse der 35 bis 49-Jährigen. Diese hatten im Jahr 2012 einen Anteil von 30,6 %. Bezogen auf NRW ergeben sich für das Jahr 2012 ähnliche Zahlen: Die Gruppe der 35- bis 49-Jährigen stellte auch hier den größten Anteil mit 30,8 % aller Teilnehmer, darauf folgen die 50- bis 64-Jährigen mit 25,8 %.

Die älteste Kohorte der 65-Jährigen und Älteren ist im Vergleich zu den jüngeren Altersjahrgängen (25- bis 34-Jährige: 15,9%; 35- bis 49-Jährige: 30,8%) mit 14,8 % eher unterrepräsentiert. Bezüglich der Programmbereiche zeigt sich, dass in NRW die ältere Personengruppe (65 Jahre und älter) verstärkt in den Feldern „Politik-Gesellschaft-Umwelt“ (16,8 %), „Kultur-Gestalten“ (17,1 %) sowie „Gesundheit“ (17,0 %) aktiv sind.⁹⁶⁵ Ebenfalls aufgeführt sind in der Volkshochschulstatistik die Anteile der Kurse, die sich an „besondere Gruppen von Adressatinnen und Adressaten“ wenden. Hierunter fallen auch „ältere Menschen“ (wobei nicht genauer spezifiziert wird, was mit „ältere“ gemeint ist). Insgesamt richteten sich im Jahr 2012 17,1 % der durchgeführten Kurse an spezielle Personengruppen. Von diesen Kursen wurde der größte Anteil (23,9 %) für „Ausländer und Ausländerinnen“ (auch hier wird die Personengruppe nicht weiter spezifiziert) angeboten, 17,6 % richteten sich an „ältere Menschen“.

Diese stellen damit bezogen auf Kurse für besondere Adressatinnen- und Adressatengruppen die zweitgrößte Gruppe.⁹⁶⁶

Der deutsche Alterssurvey (DEAS) verzeichnet wiederum eine zurückgehende Beteiligung an „außerhäuslichen Bildungsangeboten“⁹⁶⁷ mit zunehmendem Alter. Verglichen mit den Zahlen des Mikrozensus⁹⁶⁸ sind hier die Teilnahmequoten insgesamt aber höher und steigen im Zeitverlauf. In der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen entwickelte sich die Beteiligung an Bildungsangeboten von 1996 bis 2008 von 32 % auf 34 %. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der 70- bis 85-jährigen Teilnehmer an Bildungsangeboten ebenfalls von 19 % auf 20 % im Jahr 2008.⁹⁶⁸ Für die Gruppe der 40- bis 54-Jährigen, die jüngste hier betrachtete Kohorte, ergibt sich auch in dieser Untersuchung der größte Anteil bei der Betrachtung der Bildungspartizipation. 44 % der befragten Personen dieser Altersgruppe gaben an, im Jahr 2008 außerhäusliche Bildungsangebote besucht zu haben.

Weitere Untersuchungen zur Bildungsbeteiligung Älterer sind weitgehend unbefriedigend, da sie die Altersjahrgänge über 65 Jahren nicht miteinbeziehen. Dies ist beispielsweise bei dem bundesweiten Bericht „Bildung in Deutschland“⁹⁶⁹ oder in dem vom

964 Huntemann, H./Reichart, E. (2013): Volkshochschul-Statistik, 51. Folge, Arbeitsjahr 2012, www.die-bonn.de/doks/2013-volkshochschule-statistik-01.pdf

965 Vgl. ebd. S. 10f.

966 Huntemann, H./Reichart, E. (2013): Volkshochschul-Statistik, 51. Folge, Arbeitsjahr 2012, www.die-bonn.de/doks/2013-volkshochschule-statistik-01.pdf

967 Vgl. ebd., S. 39 f.

968 Vgl. Naumann, D. / Romeu Gordo, L. (2010): Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung, in: Motel-Klingebiel, A./Wurm, S./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Stuttgart.

969 Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Bildung in Deutschland 2012. Ein Indikatoren gestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf, Bielefeld.

Bundesministerium für Bildung und Forschung herausgegebenen Trendbericht zum „Weiterbildungsverhalten in Deutschland“⁹⁷⁰ der Fall.⁹⁷¹

Auch die Ursachen für die vergleichsweise niedrigen Beteiligungsquoten Älterer sind bislang nur eingeschränkt untersucht. Schröder und Gilberg haben im Jahr 2005 eine entsprechende Repräsentativbefragung⁹⁷² durchgeführt.

Diese ergab, dass als Hemmnisse, die geplante Bildungsbeteiligungen verhindert haben, insbesondere berufliche und familiäre Gründe (dies gilt für die sich noch im Erwerbsleben befindliche Altersgruppe bzw. bei den familiären Gründen vornehmlich für Frauen, denen aufgrund der Übernahme von (Enkel-)Kinderbetreuung und Angehörigenpflege keine weiteren zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen), fehlende Angebote (wie z. B. migrationsspezifische Themen), gesundheitliche Einschränkungen und das Fehlen einer Begleitperson genannt werden.⁹⁷³ Ebenfalls wirken offenbar vorherrschende gesellschaftliche (negative) Altersbilder hemmend auf eine Bildungsbeteiligung, wenn ältere Menschen sich den Anforderungen entsprechender Angebote nicht gewachsen fühlen.⁹⁷⁴

Damit kann die Datenlage bezüglich der Partizipation älterer Menschen an Bildungsangeboten – auf Bundes- insbesondere aber auf Landesebene – als eher unbefriedigend beschrieben werden. Ferner ist eine Vergleichbarkeit der vorliegenden Forschungsergebnisse zu diesem Thema aufgrund differenter Definitionen (in Bezug auf die berücksichtigte Altersgruppe und auch hinsichtlich dessen, was unter „Bildung im Alter“ verstanden wird) und methodischer Unterschiede der jeweiligen Untersuchungen kaum möglich. Dies erklärt auch die nicht einheitlichen Ergebnisse der Erhebungen.

7.6.2.2.3 Gemeinwohlorientierte Weiterbildung nach dem Weiterbildungsgesetz Nordrhein-Westfalen (WbG)

Die Einrichtungen der gemeinwohlorientierten Weiterbildung werden nach dem nordrhein-westfälischen WbG gefördert. Die Einrichtungen und anderen Träger der Weiterbildung tragen mit ihren Angeboten entscheidend zur Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen bei. Allerdings ist die Weiterbildungsbeteiligung in Deutschland und auch in Nordrhein-Westfalen nach wie vor – gemessen an den Zielen des Dresdener Bildungsgipfels von Bund und Ländern im Jahr 2008 – immer noch zu gering. Das betrifft die allgemeine wie die berufliche Weiterbildung.

Die Einrichtungen der gemeinwohlorientierten Weiterbildung sind dazu prädestiniert, ein breites Spektrum der Themen des lebensbegleitenden Lernens abzudecken. Volkshochschulen und nach dem WbG anerkannte Einrichtungen sehen den demografischen Wandel in diesem Zusammenhang als besondere Herausforderung an. In der von Ministerin Sylvia Löhrmann initiierten Weiterbildungskonferenz 2012 wurde deshalb

970 Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013) (Hrsg.): Weiterbildungsverhalten in Deutschland. AES 2012 Trendbericht, Bonn.

971 Ehlers, A. (2010): Bildung im Alter – (k)ein politisches Thema? In: Naegele, G. (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden, S.602-618.

972 Vgl. Naumann, D./Romeu Gordo, L. (2010): Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung, in: Motel-Klingebiel, Andreas / Wurm, Susanne / Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Stuttgart.

973 Vgl. Schröder, H./Gilberg, R. (2005): Weiterbildung Älterer im demografischen Wandel. Empirische Bestandaufnahme und Prognose, Bielefeld.

974 Ehlers, A. (2010): Bildung im Alter – (k)ein politisches Thema? In: Naegele, Gerhard (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden, S. 602-618.

verabredet, ganzheitliche Angebote bereitzuhalten für Menschen mit Migrationshintergrund und für Ältere, um deren aktive Teilhabe am gesellschaftlichen und politischen Leben sicherzustellen. Die Weiterbildungskonferenz hat darüber hinaus verabredet, in Nordrhein-Westfalen ein Berichtssystem aufzubauen, das es bislang noch nicht gibt.

7.6.2.3 Projekte zur Konzeptentwicklung im Bereich „Alter und Bildung“

Entsprechend der Bandbreite der möglichen Themen, Inhalte und Zielgruppen im Bereich „Alter und Bildung“ werden in Nordrhein-Westfalen auch regelmäßig Projekte, die vor allem auf die (Weiter-)Entwicklung und Verbreitung von Bildungskonzepten und Curricula ausgerichtet sind, durchgeführt. Eine Auswahl soll im Folgenden kurz vorgestellt werden:

Das Institut für Bildung und Kultur Remscheid e. V. (ibk) setzt sich insbesondere mit der kulturellen Bildung auseinander. In mehreren Projekten nationaler und internationaler Art werden Angebote für Ältere und professionell im Bereich „Kunst oder Pflege/soziale Arbeit Tätige“ unterbreitet, so zum Beispiel im Projekt „kubia – Kompetenzzentrum für Kultur und Bildung im Alter“ (siehe ausführlicher hierzu das Kapitel 7.6.3 Kultur und Alter).

Ebenfalls sehr präsent im Themenfeld „Alter und Bildung“ ist das Forschungsinstitut Geragogik e. V. (FoGera) in Witten. Mehrere Projekte befassen sich hier mit unterschiedlichen Aspekten der Bildung in Bezug auf Alter und Altern. So werden mittels der Qualifizierungsangebote im Projekt „Patientenbegleiter“ (2012 bis 2015) Freiwilligen Kompetenzen zur Unterstützung von älteren und alleinstehenden Menschen bei der Organisation von Krankenhausaufenthalten vermittelt (beispielsweise beim Übergang vom eigenen Haushalt in das Krankenhaus oder vom Krankenhaus zurück in den gewohnten Alltag).

Mit dem Projekt „Qualitätsinitiative in der Gemeinwesenorientierten SeniorInnenarbeit“ (2010 bis 2013) werden verschiedene Aspekte eines zukunftsweisenden, kleinräumigen Umgangs mit den Auswirkungen des demografischen Wandels angesprochen. Für den Bildungsbereich ist vornehmlich der Bereich der Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Bereich der sozialen Arbeit relevant – als Basis für mögliche Weiterentwicklungen in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit. Beteiligt sind hier alle Akteure der Freien Wohlfahrtspflege NRW (AWO, Caritas, der Paritätische, DRK, Diakonie sowie die Jüdischen Gemeinden).

Um jene Verantwortlichen zu befähigen, die Handlungskompetenz älterer Personen zu stärken und deren Lebensqualität zu verbessern, wurde ein Curriculum für ein Qualifizierungsangebot entwickelt (in Zusammenarbeit mit der Caritas-Akademie Köln-Hohenlind), das die Absolventinnen und Absolventen zu „Qualitätsbegleitern und –begleiterinnen für die gemeinwesenorientierte Senioren und Seniorinnenarbeit und Altersbildung“ ausbildet. Das als Bundesmodellprojekt entstandene Qualifizierungs-Programm für SeniorTrainierinnen und -Trainer „Erfahrungswissen für Initiativen“ (EFI) wird seit 2006 als EFI-NRW von der Landesregierung in Zusammenarbeit mit Kommunen und überregionalen Bildungsträgern fortgeführt. Im Rahmen des EFI-Programms wurden im ganzen Land zahlreiche Projekte von Älteren entwickelt. Ca. 18 % der selbstorganisierten Projekte sind kultureller Natur.

7.6.2.3.1 Quartiersbezogene Bildungsarbeit für und mit älteren Migrantinnen und Migranten

Das Projekt „Quartiersbezogene Bildungsarbeit für und mit älteren Migrantinnen und Migranten“ (2011 bis 2013) durchgeführt von einer Kooperation des Paritätischen NRW und der Paritätischen Akademie NRW, verfolgte das Ziel, die Bildungsbeteiligung von älteren Migrantinnen und Migranten durch beteiligungsorientierte und niedrigschwellige Bildungsangebote im Quartier zu erhöhen.⁹⁷⁵ Ihre selbstständige Lebensführung im Alter sollte unterstützt, die Lebensqualität verbessert und ihr zivilgesellschaftliches Engagement gefördert werden. Ausgehend von den konkreten Lebenssituationen standen neue Wege zur praktischen Unterstützung im Alltag, die gesundheitliche Versorgung und Fürsorge, neue Sprach-Angebote und die Gestaltung des Übergangs von der Arbeitsphase in den Ruhestand im Fokus.⁹⁷⁶

Grundlage für die Auswahl der Projektteilnehmenden in neun Standorten war eine quantitative und qualitative Analyse der Bildungsangebote von Mitveranstalterinnen und Mitveranstaltern der Paritätischen Akademie im „Bildungsnetz Parität“, in dem 250 Mitgliedsorganisationen des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands (DPWV) zusammengeschlossen sind. Dabei wurde zugleich ein Impuls gegeben für ein stärkeres Bewusstsein für die Bedürfnisse der älteren Migrantinnen und Migranten, für Schwierigkeiten bei Zugängen und für den notwendigen Austausch und Transfer vorhandener Bildungsangebote.

Am landesweiten Projekt teilgenommen haben: in Lünen das „Multikulturelle Forum“, in Ibbenbüren das „Bildungszentrum für Ausländer und Deutsche“, in Höxter die „Aktion Silberfisch – Seniorenbegleitdienst“, in Bielefeld das „Internationale Begegnungszentrum Friedenshaus“, in Bochum-Dahlhausen das „Mehrgenerationenhaus IFAK“, in Wuppertal das „Nachbarschaftsheim“, in Düsseldorf das Projekt „Lernen und Leben“, in Köln der „Deutsch-Türkische Verein e.V.“ und in Moers das „Nachbarschaftshaus SCI“.

Leitfadengestützte Interviews mit Migrantinnen und Migranten über ihre Lebenswelten, Bedarfe und Ressourcen führten zu einem Sensibilisierungsprozess der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Organisationen über vorhandene Altersbilder, pädagogische Haltungen, die notwendige Kultursensibilität über gelingende und hemmende Faktoren, über Wege der Gesundheitsprävention und über Bedingungen für ein „Empowerment“ und für die Teilhabe der älteren Migrantinnen und Migranten. In Teamprozessen der beteiligten Organisationen entstanden als Ergebnis bedarfsorientierte, niederschwellige Bildungsangebote.⁹⁷⁷

Bei der Abschlusstagung am 23. Oktober 2013 im Römer Museum in Xanten standen die Begegnung aller Arbeitsebenen, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten, und ihre Vorstellungen für Lernangebote im Vordergrund. Dargestellt wurden

- ein Katalog von Qualitätsindikatoren für gelungene Bildungsarbeit,
- Best-Practice-Beispiele,
- Strategien für die spezifische Ansprache von älteren Migrantinnen und Migranten,
- eine Fortbildungsinitiative für „Interkulturelle Seniorenarbeit im Quartier“ mit den Kernelementen: Sensibilisierung für interkulturelle Seniorenarbeit, kultursensible Fortbil-

975 Vgl. www.begegnungszentrum-ibbenbueren.de/VielfaltkenntkeinPatentrezept.pdf (Letzter Zugriff: 08.11.2014).

976 Vgl. Ebd. S. 16.

977 Vgl. www.paritaetische-akademie-nrw.de/quartiersentwicklung

derung zur Entspannungstrainerin bzw. zum -trainer sowie interkulturelle Profilbildung und Vernetzung.

Das Projekt wurde durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit vor Ort und landesweit begleitet, um weitere Trägerinnen und Träger der Bildungs- und Altenarbeit für neue, kultursensible Bildungs- und Lernangebote zu gewinnen.⁹⁷⁸ Die Ergebnisse des Projektes sind auf der Website⁹⁷⁹ dokumentiert. Nachhaltigkeitsstrategien werden vor Ort, im Rahmen der Volkshochschulen, der Integrationsagenturen, durch Begleitung der Fachhochschule Düsseldorf und durch Kommunikation von Landesseniorenvertretung und Landesintegrationsrat entwickelt.

7.6.2.4 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Angesichts der steigenden Zahl älterer Menschen in NRW und sich verändernder Bildungsvoraussetzungen, -erfahrungen und -interessen innerhalb der älteren Bevölkerung ist es sicherlich geboten, Bildungsangebote verstärkt auch auf diese Bevölkerungsgruppe zuzuschneiden und diese gezielt anzusprechen. Bezeichnend ist diesbezüglich die derzeitige Datenlage über das Nutzungsverhalten von Bildungsangeboten Älterer als auch zu den Angeboten selbst. Hierzu liegen nahezu keine aussagekräftigen Daten für Nordrhein-Westfalen vor. Generiert wurden bisher Daten auf Bundesebene oder stichpunktartige Erhebungen. Oftmals beziehen diese Untersuchungen Personen über 80 bzw. 85 Jahre nicht mit ein, so dass die Informationslage bezüglich hochaltriger Menschen noch prekärer erscheint. Um Bildungsangebote in Zukunft bedarfsgerecht für ältere und auch hochaltrige Personen anbieten zu können, ist es notwendig, diese empirische Lücke zu schließen – insbesondere im Hinblick auf die Untersuchung möglicher Bildungsbarrieren und der Gründe für eine geringe Inanspruchnahme von Bildungsangeboten.

In Bezug auf Hochaltrige sind u. a. Mobilitätseinschränkungen verstärkt zu berücksichtigen und aufsuchende Angebote im Bereich der Bildung zu fördern. Ebenso ist die steigende Anzahl kognitiv beeinträchtigter bzw. demenziell erkrankter Menschen zu beachten. Im Kulturbereich bereits in Ansätzen vorhanden, ist der Bedarf an Angeboten für diese spezifischen Zielgruppen im Bildungsbereich noch ausbaufähig. Dies betrifft nicht nur die Betroffenen selbst, sondern ebenfalls deren Angehörige.

Generell gilt es, den besonderen Bedarfen einzelner Zielgruppen innerhalb der älteren Bevölkerung im Bereich der „Bildungsarbeit“ Rechnung zu tragen. Dabei geht es auch um die Entwicklung neuer Lernformate, die das Lernen im Sozialraum fördern und die von den alltäglichen „Handlungsproblemen“ Älterer ausgehen.

Weiterhin kann aus den hier vorgestellten Ergebnissen auf ein gestiegenes und steigendes Bildungsniveau der älteren Bevölkerung geschlossen werden, was – unter Berücksichtigung der Tatsache einer positiven Korrelation zwischen Bildungsgrad und Beteili-

978 Vgl. Beispiele: Facharbeitskreise des Paritätischen NRW (offene Altenhilfe und Migration), Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege NRW, Selbsthilfe NRW; „Herbstakademie“ der KDA 2013 „Vielfalt kennt kein Patentrezept“, Gesprächskreis Weiterbildung der Wohlfahrtspflege NRW. die Akademie für Interkulturelle Handlungskompetenz oder über die Mitglieder des Fachbeirates z. B. Landesseniorenvertretung, Landesintegrationsrat, FH Düsseldorf, Forschungsgesellschaft Gerontologie Dortmund. Die Öffentlichkeitsarbeit vor Ort: Regionalen Presse, Website, Handzettel, Plakate, Mund-zu-Mund-Propaganda.

979 www.begegnungszentrum-ibbenbueren.de/VielfaltkenntkeinPatentrezept.pdf (Letzter Zugriff: 08.11.2014).

gung an außerhäuslichen Bildungsangeboten⁹⁸⁰ – zum einen auf eine weiter steigende Nachfrage nach Weiterbildungsangeboten für Ältere, aber auch auf die Notwendigkeit einer konzeptionell-inhaltlichen Weiterentwicklung von Bildungsangeboten schließen lässt. Der Themenkomplex „Gender, Bildung und Alter“ ist empirisch wenig erfasst. Kaum Einblicke gibt es, wie Weiterbildungsangebote in Umfang und inhaltlicher Ausrichtung unterschiedlich nach Geschlecht im Alter wahrgenommen werden und darüber, welche unterschiedlichen Interessen von Männern und Frauen aus unterschiedlichen sozialen Gruppen und kulturellen Hintergründen möglicherweise formuliert werden.

Es klaffen also große Kenntnislücken hinsichtlich der Motivlage, der existierenden Barrieren zur Wahrnehmung der Angebote oder auch bezüglich der Frage, wer sich überhaupt wovon angesprochen fühlt.

Schließlich gilt es auch, die besonderen Bedingungen des ländlichen Raumes zu berücksichtigen und den dort oft sehr eingeschränkten Bildungsmöglichkeiten insbesondere für Ältere entgegenzuwirken.

7.6.3 Kultur und Alter

Die Alterung der Bevölkerung betrifft alle gesellschaftlichen Bereiche und Politikfelder. Auch die Kulturpolitik und Kulturinstitutionen müssen sich auf ein älter werdendes Publikum einstellen. Der steigende Anteil von älteren Kulturnutzerinnen und -nutzern, die Abwanderungs- und Schrumpfungstendenzen besonders in ländlichen Gebieten mit hohem Bevölkerungsanteil älterer Menschen und nicht zuletzt die angespannten öffentlichen Haushalte erfordern Strategien, um die Partizipationschancen an Kultur für alle Bevölkerungsgruppen, den Bestand von kultureller Infrastruktur und Nahversorgung sowie die Vielfalt der Kulturlandschaft langfristig zu sichern.

Kulturteilhabe und künstlerisch-kulturelle Aktivität bieten älteren Menschen nicht nur die Möglichkeit zu kreativem Selbstaussdruck und sinnvoller Freizeitgestaltung, sondern unterstützen ein aktives Altern durch gesellschaftlich-soziale Teilhabe, lebenslanges Lernen sowie bürgerschaftliches Engagement. Sie sind eine Bereicherung der Lebensqualität von älteren Menschen. Dies belegt auch eine amerikanische Studie, in der nachgewiesen wird, dass Ältere, die sich künstlerisch betätigen, über ein besseres Wohlbefinden verfügen, weil ihre Perspektive für die Zukunft verbessert wird. Darüber hinaus ließ sich belegen, dass kulturell-künstlerische Aktivitäten einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.⁹⁸¹

Kulturteilhabe im Alter zu ermöglichen, ist darüber hinaus auch eine Chance für Kultureinrichtungen. Die kulturellen Präferenzen der älteren Generation sind im Wandel begriffen und breit gestreut. Ältere Menschen sind nicht nur kompetente und interessierte Rezipierende von Kultur, sondern sie agieren als Unterstützerinnen und Unterstützer, erfahrene Vermittlerinnen und Vermittler und kreative Produzierende.

Ältere Kulturnutzerinnen und -nutzer sind mehrheitlich mobil und engagiert – für diejenigen, die es nicht sind, müssen gleichwohl eigene Angebotsstrukturen entwickelt werden. Häufig engagieren sich hier mobile Ältere für in ihrer Bewegung eingeschränkte Menschen ihrer Altersgruppe.

980 Vgl. Naumann, D./Romeu Gordo, L. (2010): Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: Motel-Klingebiel, Andreas / Wurm, Susanne / Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) Stuttgart.

981 Vgl. Cohen, C.A./Gene, D. (2006): Vital und kreativ. Geistige Fitness im Alter. Düsseldorf, S. 191ff.

Die Generali Altersstudie 2013 belegt, dass sich die Altersschwellen, ab denen die Vitalität nachlässt, sich das Aktivitätsniveau verringert und das Interessenspektrum verengt, in den vergangenen zwei Jahrzehnten erheblich verschoben haben. Während die Gesellschaft strukturell altert, hat sich die ältere Generation gleichsam verjüngt und kompensiert damit zum Teil die Auswirkungen des demografischen Wandels.⁹⁸²

7.6.3.1 Kulturelle Bildung und kulturelles Engagement im Alter

Bedeutung von kultureller Bildung im Lebenslauf

Das Thema „Kulturelle Bildung“ erfährt in den vergangenen Jahren in Deutschland große Aufmerksamkeit, es hat geradezu Konjunktur. Kulturelle Bildung wird als Teil einer gesellschaftlich notwendigen Allgemeinbildung angesehen, denn sie vermittelt kreative, kommunikative und gestaltende Kompetenzen, die für eine gelingende Lebensführung unverzichtbar sind. Im Mittelpunkt steht traditionell die kulturelle Grundbildung von Kindern und Jugendlichen, doch inzwischen hat sich das Verständnis erweitert und kulturelle Bildung wird als „lebenslanges und lebensbegleitendes Lernen mit den Künsten“ beschrieben⁹⁸³. Die Beschäftigung mit Kunst und Kultur bietet den Menschen Unterstützung im „Projekt des guten Lebens“.⁹⁸⁴

Für viele ältere Menschen eröffnet Kulturteilhabe eine Chance, sich in der nachfamiliären und -beruflichen Phase neu zu orientieren und individuelle Möglichkeiten von sinnvoller Lebensgestaltung und gesellschaftlichem Engagement zu finden. Vor allem aber die Erkenntnis: „Wenn nicht jetzt, wann dann?“ bringt Menschen dazu, im Alter (noch) ganz Neues zu wagen und zu erlernen, sich neuen Lebensentwürfen zu stellen und kreativ zu betätigen. Dabei öffnet das kreative Tun Türen zu nonformalem und informellem Lernen. Diese Offenheit und Neugier Älterer gegenüber kultureller Bildung belegt das „KulturBarometer 50+“, eine repräsentative Umfrage zur Kulturpartizipation der über 50-Jährigen in Deutschland. 69 % der Befragten sind davon überzeugt, dass künstlerische Fertigkeiten durchaus noch im Alter erlernbar sind. Fast 30 % der Befragten zwischen 50 und 70 Jahren, die (noch) nicht künstlerisch-kreativ sind, äußern ein Interesse an Angeboten der kulturellen Bildung.⁹⁸⁵

Andererseits ist das mit 76 % am häufigsten genannte Argument von Älteren für die Nichtnutzung von Kultur die mangelnde Kenntnis kultureller Zusammenhänge.⁹⁸⁶ Kulturelle Bildungsangebote für eher kultur- und bildungsferne ältere Menschen zu entwickeln und vorzuhalten, scheint daher sinnvoll.

Besonderheiten kulturellen Lernens im Alter

Kulturelle Bildung im Alter ist Gegenstand einer neuen Disziplin, der Kulturgeragogik. Kulturgeragogik kombiniert Erkenntnisse aus Kulturpädagogik, Gerontologie und Geragogik (Lernen und Bildung im Alter). Kulturgeragogik orientiert sich an der Biografie und

982 Vgl. Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren, Frankfurt am Main, S. 47ff.

983 BKJ (Bundesvereinigung Kulturelle Kinder- und Jugendbildung) (Hrsg.) (2011): Kulturelle Bildung – Stark im Leben mit Kunst und Kultur. Remscheid, S. 9.

984 Fuchs, Max (2008): Kultur macht Sinn. Einführung in die Kulturtheorie. Wiesbaden, S. 118.

985 Keuchel, S./Wiesand, A.J. (2008): Das „KulturBarometer 50+“. Zwischen Bach und Blues... Bonn, S. 91, 96

986 Ebd. S. 80, 85.

Lebenswelt Älterer und berücksichtigt methodisch und didaktisch deren Lernverhalten.⁹⁸⁷ Auch wenn negative Altersbilder den Blick manchmal verstellen: Insgesamt verfügen Ältere heute über höhere Schulabschlüsse als frühere Kohorten und nehmen häufiger an Bildungsmaßnahmen teil (siehe Kap. 7.6.2.). Sie stellen dementsprechende Qualitätsansprüche an die kulturelle Bildung. Ältere wollen nicht nur unterhalten werden, sondern wünschen sich Angebote, die ihren unterschiedlichen Interessen, Bedürfnissen und kulturellen Erfahrungen Rechnung tragen. Kulturgeragogen müssen in der Lage sein, sich auf unterschiedliche Zielgruppen und Lernstile einzustellen: hochgebildete, kulturaffine Akademikerinnen und Akademiker, eher bildungs- und kulturferne Milieus, Ältere ausländischer Herkunft oder Menschen mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen. Eine weitere Herausforderung ist die Arbeit mit intergenerationellen Gruppen. Neben einem methodisch-didaktischen Gespür für die Bedürfnisse beider Altersgruppen sind vor allem Moderationsqualitäten gefragt, damit eine Begegnung gelingt.

Verknüpfung von kultureller Bildung und Engagement

Engagement hat im Kulturbereich eine lange Tradition. Die Vielfalt kultureller Initiativen, Veranstaltungen oder Aktivitäten in unserem Land wäre ohne bürgerschaftliches Engagement nicht aufrechtzuerhalten. Besonders in ländlichen Gebieten werden Kultureinrichtungen häufig von Ehrenamtlichen getragen. Für die Engagierten geht es darum, in Gemeinschaft und Geselligkeit mit anderen Menschen zusammen zu sein und die Gesellschaft mitzugestalten⁹⁸⁸, wodurch eine lebendige Kulturszene entsteht. Ältere engagieren sich mit 12 % im Bereich Kultur und Musik deutlich höher als der Durchschnitt aller Engagierten.⁹⁸⁹ Dabei sind ihre Tätigkeiten vielfältig und reichen von der kreativen Arbeit oder dem Engagement im Vorstand oder in Fördervereinen bis hin zu organisatorischen Tätigkeiten oder der Initiierung kultureller Aktivitäten in Einrichtungen für ältere und alte Menschen. Das „KulturBarometer 50+“ hat gezeigt, dass eine kulturelle Partizipation sowie künstlerisch-kreative Eigenaktivitäten die Übernahme eines ehrenamtlichen Engagements positiv beeinflussen. Wer kulturell interessiert oder aktiv ist, ist eher bereit, eine ehrenamtliche Aufgabe zu übernehmen. Dieser Faktor übt einen größeren Einfluss aus als beispielsweise die Schulbildung oder das Einkommen.⁹⁹⁰ Bei denjenigen über 50-Jährigen, die in einem Verein aktiv sind, steht Kultur nach Sport, Kirche und Freizeit/Geselligkeit an vierter Stelle.⁹⁹¹

Insgesamt können sich 32 % der befragten über 50-Jährigen vorstellen, sich im Kulturbereich ehrenamtlich zu engagieren. Hier liegt also noch ein großes Potenzial verborgen, das von Kulturinstitutionen ausgeschöpft werden könnte. Allerdings muss das Miteinander von Haupt- und Ehrenamtlichen thematisiert werden, denn die Ansprüche selbstbewusster, engagierter Älterer korrelieren nicht immer mit den Bedarfen der

987 Wickel, H.-H. (2011): Kulturgeragogik – Eine Standortbestimmung. In: Institut für Bildung und Kultur (Hrsg.): Impulse für die Kulturarbeit mit Älteren. Dokumentation zum Fachtagung Kulturgeragogik am 11. Oktober 2011 in der Akademie Franz Hitze Haus in Münster, S. 5–10.

988 Vgl. Geiss, S./Gensicke, T. (2010): Hauptbericht des Freiwilligen surveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und Bürgerschaftlichem Engagement. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/3_20Freiwilligen-survey-Hauptbericht.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

989 Vgl. Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren, Frankfurt am Main.

990 Vgl. Keuchel, S./Wiesand, A. J. (2008): Das „KulturBarometer 50+“. Zwischen Bach und Blues... Bonn, S. 104

991 Vgl. ebd. S. 108.

Hauptamtlichen. Dabei spielt auch eine Rolle, dass das Management von Freiwilligen im Kulturbereich bei weitem nicht so professionalisiert ist wie im Sozialbereich. Hier besteht Nachholbedarf. Hinzu kommt, dass das kulturelle Engagement Älterer auf der Schnittstelle von Kultur-, Alten- und Engagementpolitik liegt und die entsprechenden Ressortzuständigkeiten oftmals wenig ineinandergreifen.

7.6.3.2 Kompetenz für Kultur und Alter in NRW

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen hat sich in besonderer Weise des Themas „Kultur und Alter“ angenommen. Bundesweit nimmt Nordrhein-Westfalen damit eine Vorreiterrolle ein. Das Institut für Bildung und Kultur in Remscheid wurde damit beauftragt, ein Kompetenzzentrum für Kultur und Bildung im Alter (kubia) aufzubauen, das mit Information, Beratung, Vernetzung, Forschung und Qualifizierung den Kulturinstitutionen, Kommunen und Kulturschaffenden im Land zur Verfügung steht. In diesem Rahmen haben zahlreiche Fachveranstaltungen zu unterschiedlichen Themenstellungen („Kunst und Kultur in der Pflege“, „Kultur und Demenz“, „Kulturelle Bildung im Generationendialog“, „Kommunale Kulturpolitik im demografischen Wandel“, „Kulturelles Engagement“) stattgefunden. Es entstanden verschiedene Studien und Handbücher zur Kulturteilhabe im Alter. Mit dem Magazin „Kulturräume +“ erscheint seit 2011 eine regelmäßige Fachpublikation zu wechselnden Schwerpunkten im Themenfeld. Weiterhin schrieb das Kulturministerium in 2011 erstmals den Förderfonds „Kultur & Alter“ aus, durch den landesweit innovative Ansätze in der Kulturarbeit mit Älteren gefördert werden sollen.

Darüber hinaus thematisiert die regionale Kulturpolitik des Landes in entsprechenden Veranstaltungen und Maßnahmen, wie kulturelle und künstlerische Angebote in den Regionen angesichts der demografischen Veränderungen aktiv gestaltet werden können. Der Landesmusikrat setzte „Musik und Alter“ als neuen Arbeitsschwerpunkt für die Jahre 2010 bis 2013.⁹⁹² In diesem Themenfeld finden schon Projekte von Mitgliedsverbänden, vor allem des Chorverbands NRW, statt („German Silver Singers“, „Sing mit – Bleib fit“⁹⁹³). Bei der Behandlung des Themas durch den Landesmusikrat geht es insbesondere um die Weiterentwicklung von Neuansätzen der musikalischen Bildung sowie deren institutionelle Verankerung. Vermieden werden soll die Verengung einer Vorstellung von älteren Menschen auf Bedürftige.

Es geht vielmehr um die differenzierte Betrachtung eines sehr weiten Feldes. Der Dachverband bringt das Thema als Querschnittsaufgabe in die Arbeitsgemeinschaften seiner Mitgliedsverbände ein und reflektiert Projekte und Initiativen. Der Landesmusikrat NRW hat zudem die Studie „Musikangebote in Nordrhein-Westfalen für Menschen ab 60 Jahren“⁹⁹⁴ herausgegeben.

Um eine qualitativ hochwertige Vermittlung von kulturellen Angeboten für ältere Menschen sicherzustellen, bedarf es einer entsprechenden Kompetenz derjenigen, die hier als Vermittlerinnen bzw. Vermittler von Kultur auftreten. Sie werden in diesem Fall auch als Kulturgeragoginnen und Kulturgeragogen bezeichnet. Derartige Qualifizierungen werden von unterschiedlichen Institutionen durchgeführt.

992 www.lmr-nrw.de/der_Landesmusikrat/Themenschwerpunkte

993 www.cvnw.de

994 Deyhle, H. (2012): Musikangebote in Nordrhein-Westfalen für Menschen ab 60 Jahren. Im Auftrag des Landesmusikrates Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf.

7.6.3.2.1 Qualifizierungsangebote für die Kulturarbeit mit älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen

Kulturgeragoginnen und -geragogen benötigen ein breites Hintergrundwissen über biologische, kognitive, psychische und soziale Alterungsprozesse. Körperliche oder kognitive Einschränkungen⁹⁹⁵ (z. B. bei einer Demenz) müssen berücksichtigt werden können. Zu einem Wissen über das Altern gehört auch ein Wissen über die Sozialisation Älterer. Zudem sind die Besonderheiten des Lernens im Alter zu beachten. In Nordrhein-Westfalen existieren dazu inzwischen einige Qualifizierungsangebote für Mitarbeitende von Kultureinrichtungen, Kulturschaffende, Tätige in Sozialeinrichtungen, der kulturellen Erwachsenenbildung und Altenhilfe:

Kulturkompetenz+

kubia bietet im Rahmen der Qualifizierungsreihe „kulturkompetenz+“ Tagesseminare zur Kulturvermittlung unter anderem in den Bereichen „Medien“, „Theater“, „Konzert“, „Musik“, „Museen“ und „Bildender Kunst“ sowie in Freiwilligenarbeit und im Bereich „Zielgruppenspezifische Angebote für Hochaltrige und Menschen mit Demenz“ sowie in „Audience Development“ an.⁹⁹⁶

Kulturgeragogik

Die Weiterbildung „Kulturgeragogik – Kulturarbeit mit Älteren“ ist eine Zusammenarbeit des Instituts für Bildung und Kultur und der Fachhochschule Münster. Die curriculare Entwicklung der Weiterbildung wurde durch eine Förderung des MGEPA NRW möglich gemacht. Die einjährige Weiterbildung erfolgt berufsbegleitend und wird durch die Fachhochschule Münster zertifiziert.⁹⁹⁷

Musikgeragogik

Die Fachhochschule Münster bietet seit 2004 die berufsbegleitende, zertifizierte Qualifizierung „Musikgeragogik – Musik mit alten Menschen“, die sich an Fachkräfte aus den Arbeitsfeldern „Pflege“ und „Soziale Arbeit“ sowie an Musikpädagogen richtet. Diese Weiterbildung wurde mit dem „Inventio 2006“, dem Förderpreis des Deutschen Musikrates und der Yamaha Stiftung für herausragende musikpädagogische Innovationen, ausgezeichnet⁹⁹⁸.

„Sing mit – Bleib fit“

Der Chorverband NRW bietet Lehrgänge für das vokale Musizieren mit Menschen im dritten Lebensabschnitt an.⁹⁹⁹

995 Vgl. Nebauer, F./de Groot, K. (2012): Auf den Flügeln der Kunst. Ein Handbuch zur künstlerisch-kulturellen Praxis mit Menschen mit Demenz. München.

996 www.ibk-kubia.de/qualifizierung

997 www.kulturgeragogik.de

998 www.musikgeragogik.de

999 www.singmit-bleibfit.de

Landesverband Seniorentanz NRW

Der Landesverband Seniorentanz NRW bietet verschiedene Qualifizierungsmöglichkeiten für Tanzleiterinnen und Tanzleiter an.¹⁰⁰⁰

7.6.3.2.2 Kulturelle (Bildungs-)Angebote für ältere Menschen

Die Anbieter und Anbieterinnen kultureller Bildung für Ältere stammen aus verschiedenen Feldern: Kunst und Kultur (z. B. Kulturinstitutionen, kulturpädagogische Einrichtungen, soziokulturelle Zentren), Soziales und Gemeinwesen (z. B. Gemeinde-, Alten-, Migrationsarbeit) sowie aus dem (Erwachsenen-)Bildungsbereich (z. B. Volkshochschulen, Seniorenakademien, Universitäten, Familienbildungsstätten).¹⁰⁰¹ Sie schaffen Angebote mit ihrem jeweiligen spezifischen Fokus.

Kulturpädagogische Einrichtungen wie Musik- oder Kunstschulen konzentrierten ihre Arbeit ursprünglich ausschließlich auf Kinder und Jugendliche. Seit einiger Zeit öffnen sich viele Einrichtungen auch anderen Altersgruppen.

Sie haben ihre Wurzeln in der kulturpädagogischen Arbeit und wenig Erfahrungen in der Arbeit mit älteren und alten Menschen. 51 % der Musikschulen in NRW bieten altersoffene Angebote an, an denen ältere Menschen teilnehmen können. Darüber hinaus halten 16 % besondere Angebote für Menschen ab 60 Jahren vor.¹⁰⁰² Im Zuge der kulturpolitischen Forderungen nach mehr kultureller Bildung bieten Kulturinstitutionen seit einigen Jahren verstärkt Bildungsprogramme an, dies auch für ältere Zielgruppen. In den klassischen Hochkultureinrichtungen machen spezielle Bildungsformate für Ältere laut einer Studie allerdings nur 6 % des pädagogischen Angebots aus¹⁰⁰³ und sind vor allem rezeptiver Natur.

Führend sind hier Museen. So bietet beispielweise die Kunsthalle Bielefeld ein „geragogisches Programm“ an.¹⁰⁰⁴

Da kulturelle Bildung für Ältere in den drei Bereichen „Kunst und Kultur“, „Soziales und Gemeinwesen“ sowie „(Erwachsenen-)Bildung“ stattfindet, werden häufig Kooperationen zwischen den Anbieterinnen und Anbietern realisiert, die ihre jeweils spezifischen Kenntnisse in das Angebot einbringen können. Immer mehr feste und freie Kulturschaffende entdecken Ältere als Zielgruppe und entwickeln neue Angebotsformen. Neben Angeboten, die in (sozio-)kulturellen Einrichtungen stattfinden, entstehen auch aufsuchende Angebote für Ältere in ihrem Lebensumfeld (zum Beispiel „Kino auf Rädern“, „Museum im Koffer“, „Oper im Altenheim“). Die Bildungsformate sind sowohl rezeptiver als auch aktivierender Natur.

Ein wichtiges Feld ist die kulturelle Breiten- und Amateurkultur, besonders im Musik-, Theater- und Tanzbereich. Über 900 ältere Spielerinnen und Spieler sind in Nordrhein-Westfalen in 65 Theater- und Tanzensembles aktiv, so das Ergebnis einer Bestandsaufnahme zum Seniorentheater im Land.¹⁰⁰⁵ Mit „Theatergold“ ist ein landesweites Forum für Theater im Alter entstanden, das diese lebendige Seniorentheaterszene durch

1000 www.seniorentanz-nrw.de

1001 Vgl. de Groot/Nebauer (2008).

1002 Vgl. Deyhle (2012).

1003 Vgl. Keuchel, S./Weil, B. (2010): Lernorte oder Kulturtempel. Infrastrukturerhebung: Bildungsangebote in klassischen Kultureinrichtungen. Köln, S. 125.

1004 www.kunsthalle-bielefeld.de/index.php/vermittlung/geragogik

1005 Vgl. Skorupa, M. (2014): Die große Spielwut im Herbst des Lebens. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme zum Seniorentheater in Nordrhein-Westfalen. Hrsg. vom Institut für Bildung und Kultur, Remscheid. Online einsehbar unter www.ibk-kubia.de

Präsentation, Qualifizierung, Vernetzung in einem Arbeitskreis und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. „Theatergold“ ist ein Arbeitsfeld des Kompetenzzentrums für Kultur und Bildung im Alter (kubia) und führt die Ende 2006 vom NRW Kultursekretariat Wuppertal und dem „Consol Theater“ in Gelsenkirchen gegründete „Seniorentheater-Plattform NRW“ fort.¹⁰⁰⁶

2012 fand unter Federführung des „Consol Theaters“ Gelsenkirchen und mit Förderung der Landesregierung erstmals das biennale Festival „Wildwest – Seniorentheater Treffen NRW“ statt.¹⁰⁰⁷ Auf Initiative des Frauenkulturbüros NRW wurde in Zusammenarbeit mit kubia, dem Literaturbüro Ruhr und dem FFT Düsseldorf 2009 und 2012 der NRW-Dramatikerinnen-Preis „Reif für die Bühne“ vergeben. „Reif für die Bühne“ wurde 2014 und 2016 als Stückewettbewerb NRW für Dramatikerinnen und Dramatiker von kubia und dem FFT Düsseldorf erneut ausgelobt. Ausgezeichnet wurden Stücke, die sich insbesondere für Seniorentheater-Ensembles eignen. Eines der ersten Seniorentheater bundesweit ist das „Altentheater am Freien Werkstatt Theater“ Köln, das 1979 gegründet wurde. 1999 organisierte es das „Erste Welt-Altentheater-Festival“ in Köln.

Einen weiteren Zugang zu Kultur und kultureller Bildung für ältere Menschen bieten zudem herkömmliche und digitale Medien. Zwar nutzen die über 60-Jährigen noch deutlich weniger das Internet, aber die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer ist in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Von 1997 bis 2009 ist der Anteil der über 60-Jährigen, die gelegentlich das Internet nutzen, von 0,2 auf 27,1 % gewachsen.¹⁰⁰⁸ Dieser Trend dürfte sich seither weiter verstärkt haben. Für ältere Menschen, die nicht mehr mobil sind, bieten kulturelle Programme in Fernsehen und Radio eine wichtige Teilhabemöglichkeit. Wenn Angebotsstrukturen in Wohnortnähe wegbrechen, könnten qualitativ hochwertige Medienangebote, auf die ältere Menschen zu Hause zurückgreifen können, an Bedeutung gewinnen.¹⁰⁰⁹ Die Bedeutung von sozialen/lokalen Netzwerken und die Kompetenz, diese zu nutzen, sollte in Zukunft stärkere Beachtung finden.

7.6.3.3 Kulturarbeit mit besonderen Zielgruppen

Das Alter umfasst je nach Definition 30 bis 40 oder sogar noch mehr Lebensjahre. Dies sind mehrere Generationen, von den sogenannten „jungen“ Alten zwischen 50 und 60 bis hin zu den Hochaltrigen. Diese Generationen sind geprägt von ganz unterschiedlichen Lebensstilen, kulturellen Sozialisationen, Bedürfnissen und Vorlieben. Daher sind auch Kulturinteressen Älterer je nach Bildungsgrad, sozialer Herkunft, Gesundheitszustand usw. zunehmend heterogen. Dementsprechend sind die Angebote mindestens genauso vielfältig wie die der kulturellen Kinder- und Jugendbildung und werden teils an besondere Zielgruppen gerichtet.

Angebote für Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz haben ebenso wie alle anderen Menschen Anspruch auf gesellschaftliche und kulturelle Teilhabe.

Prognosen zufolge wird der Anteil der Menschen mit Demenz zukünftig stark ansteigen.

1006 www.theatergold.de

1007 www.wildwest-nrw.de

1008 ARD/ZDF (2009): ARD/ZDF-Onlinestudie. www.ard-zdf-onlinestudie.de

1009 Keuchel, Susanne / Wiesand, Andreas J. (2008): Das „KulturBarometer 50+“. Zwischen Bach und Blues... Bonn, S. 69.

Jenseits von Pflegefragen werden auch Themen behandelt, die zur gesellschaftlichen Teilhabe und Lebensqualität beitragen. So haben bereits einige Kulturanbieterinnen und -anbieter Formate entwickelt, die sich an Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen richten.¹⁰¹⁰

An einer Vielzahl von Museen in Nordrhein-Westfalen sind Führungskonzepte für Menschen mit Demenz entstanden. Aktuell konzipieren einige Konzerthäuser spezielle Aufführungs- und Vermittlungsformate für diese Bevölkerungsgruppe.¹⁰¹¹

In Köln wurde zudem von 2013 bis 2015 im Rahmen des Förderprogramms „Menschen mit Demenz in Kommunen“ der Robert-Bosch-Stiftung ein Pilotprojekt zur Kulturteilhabe von Menschen mit Demenz von „dementia + art“ durchgeführt¹⁰¹². Die Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen hat seit 2012 das Netzwerk NRW Demenz und kulturelle Teilhabe aufgebaut.¹⁰¹³

Angebote für Ältere mit Migrationshintergrund

Fast ein Viertel der Bewohner und Bewohnerinnen Nordrhein-Westfalens hat einen Migrationshintergrund (IT.NRW). Die Zahl derer, die seit den 1950er-Jahren aus Europa und der ganzen Welt nach Nordrhein-Westfalen gekommen sind, um hier zu arbeiten und zu leben, und die nun zu den älteren Generationen zählen, steigt. Obwohl ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu den am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppen in NRW gehören, werden sie von Kultur- und Bildungsinstitutionen kaum als Zielgruppe in den Blick genommen.¹⁰¹⁴ Vereinzelt gibt es kulturelle Initiativen und Projekte, die Angebote für die Zielgruppe konzipieren.

Mit dem vom Land Nordrhein-Westfalen zwischen 2007 und 2010 geförderten Gesangsprojekt „Polyphonie – Stimmen der kulturellen Vielfalt“ wurden neue Wege zur kulturellen Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten an der kulturellen Bildung und zur Aktivierung dieser Bevölkerungsgruppe gegangen. Besondere Bedeutung für das Gelingen des Projekts hatte die Zusammenarbeit mit den Duisburger Philharmonikern sowie mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Vereinen und Verbänden aus dem Migrationsbereich.¹⁰¹⁵ Auch in soziokulturellen Zentren des Landes wie im „zakk“ in Düsseldorf oder dem Bürgerhaus „Bennohaus“ in Münster werden kulturelle Angebote für diese Zielgruppe konzipiert.

Angebote für generationsübergreifende Gruppen

Immer mehr Kinder und Jugendliche wachsen in großer räumlicher Entfernung zu ihren Großeltern auf und haben daher nur wenige Berührungspunkte mit der älteren Generation. Viele Ältere haben oftmals keine Kinder und Enkelkinder. Dennoch möchten sie den Kontakt zur Jugend nicht verlieren. Der Bedarf an arrangierten Generationenbegeg-

1010 Vgl. Nebauer, F./de Groot, K. (2012): Auf Flügeln der Kunst. Ein Handbuch zur künstlerisch-kulturellen Praxis mit Menschen mit Demenz. München.

1011 Vgl. Nebauer, F. (2013): Auf Flügeln der Musik. Ein Pilotprojekt zur Kulturteilhabe von Menschen mit Demenz durch neue Ansätze der Musikvermittlung. Projektdokumentation, hrsg. vom Institut für Bildung und Kultur e. V. Remscheid.

1012 www.dementia-und-art.de

1013 www.demenz-service-nrw.de/netzwerk-nrw-demenz-und-kultur.html

1014 Vgl. Nebauer, F./de Groot, K. (2012): Auf Flügeln der Kunst. Ein Handbuch zur künstlerisch-kulturellen Praxis mit Menschen mit Demenz. München.

1015 Vgl. Fricke, A./Nebauer, F./Wickel, E. (2010): „Das Beste in der Musik steht nicht in den Noten“. Erfahrungen aus „Polyphonie – Stimmen der kulturellen Vielfalt“ Ein Projekt zur kulturellen Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten aus dem Ruhrgebiet 2007 bis 2010. Hrsg. vom Institut für Bildung und Kultur, Remscheid.

nungen steigt und einige Kulturanbieter haben sich zum Ziel gesetzt, den Dialog zwischen den Generationen anzuregen.

Beispiele dafür finden sich in der Medienarbeit mit Jung und Alt (z. B. die Generationenprojekte der SK Stiftung Kultur in Köln) oder im Lehmbruck Museum Duisburg mit dem intergenerationellen Ausstellungsprojekt „Hey Alter! – Begegnung von Jung und Alt“ (Dezember 2012 bis März 2013).

7.6.3.4 Ältere Menschen als Nutzerinnen und Nutzer/Produzentinnen und Produzenten von Kultur

Angesichts der heterogenen Landschaft von Anbieterinnen und Anbietern kultureller Bildung für Ältere gibt es derzeit keine NRW-bezogene Erhebung über ältere Nutzerinnen und Nutzer von Kultur. Die umfassendste Studie zum Thema ist das „KulturBarometer 50+“, mit dem 2008 vom Zentrum für Kulturforschung die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von 2.000 Personen über 50 Jahren veröffentlicht wurden. Hier wurden jedoch keine länderspezifischen Daten publiziert. Interessen an Kulturangeboten in den Bereichen „Musik“, „Film“, „Literatur/Bücher lesen“ sowie „Museen/Ausstellungen“ werden am häufigsten genannt.¹⁰¹⁶ Bei älteren Frauen ist das Interesse an Kultur grundsätzlich etwas höher als bei älteren Männern. Laut der Generali Altersstudie besuchen 8 % der Männer und 10 % der Frauen kulturelle Veranstaltungen (z. B. Theater-, Konzert- oder Museumsbesuche)¹⁰¹⁷. Auch das „KulturBarometer 50+“ bestätigt, dass das Interesse an Kultur tendenziell bei (älteren) Frauen höher ist als bei (älteren) Männern.¹⁰¹⁸

Weitere soziodemografische Faktoren, bei denen sich das Kulturinteresse unterscheidet, sind der Bildungsstand, der Berufsstand sowie der Wohnort. Der Bildungsstand hat auf die eigene künstlerische Aktivität großen Einfluss. Eine hohe Schulbildung korreliert mit der Bereitschaft zu künstlerischer Aktivität. Damit geht einher, dass auch besser Verdienende eher künstlerisch aktiv sind, da die Schulbildung in der Regel mit dem Einkommen korreliert.¹⁰¹⁹ Bei der Gruppe der Beamtinnen und Beamten, der leitenden Angestellten und Freiberuflerinnen und Freiberuflern ist das Kulturinteresse am größten.¹⁰²⁰

Es wird außerdem herausgestellt, dass das Kulturinteresse von der Wohnlage abhängt. Sowohl in Großstädten über 500.000 Einwohnern als auch in Kleinstädten mit einer Zahl von 5.000 bis 50.000 Einwohnern ist das Kulturinteresse am größten. In ländlichen Gebieten ist das Interesse geringer als in anderen Wohnlagen. Ein hohes Interesse äußern ältere Menschen in gehobenen Wohngebieten in den Städten. Keuchel und Wiesand führen dies auf die kulturelle Infrastruktur und soziale Netze zurück.¹⁰²¹

Des Weiteren sind insbesondere diejenigen kulturell aktiv, die in jüngeren Jahren bereits ein künstlerisches Hobby hatten. 22 % der Befragten üben ein künstlerisches Hobby aus: Sie spielen ein Musikinstrument, singen, basteln und gestalten, malen, fotografieren u.v.m.

1016 Vgl. Keuchel, S./Wiesand, A. J. (2008): Das „KulturBarometer 50+“. Zwischen Bach und Blues... Bonn, S. 59.

1017 Vgl. Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren, Frankfurt am Main.

1018 Vgl. Keuchel, S./Wiesand, A. J. (2008): Das „KulturBarometer 50+“. Zwischen Bach und Blues... Bonn, S. 18

1019 Vgl. ebd. S. 87.

1020 Vgl. ebd. S. 18, 19.

1021 Vgl. ebd. S. 22.

Allerdings beginnt nur 1 % erst im Alter mit einer eigenen künstlerischen Aktivität, 2 % besuchen erstmals eine Kulturveranstaltung. Der Großteil der befragten Älteren war schon früher kulturell und künstlerisch aktiv.¹⁰²² Dies zeigt: Der kulturellen Bildung im Kindes- und Jugendalter kommt eine sehr bedeutende Rolle zu, denn diese Vorbildung wirkt bis ins Alter.

Besonders in klassischen Kultureinrichtungen ist der Anteil der älteren Bevölkerung im Publikum im regulären Programm hoch. Im Durchschnitt wird der Anteil der über 65-Jährigen Besucherinnen und Besucher auf 23 % geschätzt. Bei Mehr-Spartenhäusern (51 %) und Orchestern (45 %) ist der Anteil überdurchschnittlich hoch.¹⁰²³ Ebenso haben Museen einen hohen Anteil älterer Besucherinnen- und Besuchergruppen. Das Institut für Museumsforschung erhebt zwar regelmäßig die Zahlen der Besucherinnen und Besucher – auch für die einzelnen Bundesländer –, eine Erfassung der Zahlen nach Altersgruppen erfolgt jedoch nicht. Einzelne Museen führen selbst Besucherinnen- und Besucherforschung durch.

So ergab eine Befragung in der Kunsthalle Bielefeld im Frühjahr 2011, dass 57,7 % der Besucherinnen und Besucher 60 Jahre und älter sind.¹⁰²⁴

Laut Deutscher Bibliotheksstatistik (DBS) 2011 beträgt der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer „60 plus“ in öffentlichen Bibliotheken des Landes Nordrhein-Westfalen ca. 10,4 %. Die Teilnahme an der DBS ist freiwillig. In 2011 haben 83 % aller DBS-Teilnehmer und Teilnehmerinnen Daten gemeldet, wobei zu beachten ist, dass nicht alle Bibliotheken die aktiven Entleiherinnen und Entleiher über 60 Jahre zahlenmäßig erfassen konnten. Es lässt sich festhalten, dass der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer weit unter dem Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen in NRW liegt. Einzelne nordrhein-westfälische Bibliotheken reagieren darauf mit besonderen Konzepten zur Seniorenarbeit. Neben diesen allgemeinen Erkenntnissen liegen einzelne Daten von Fachverbänden für Nordrhein-Westfalen vor:

ChorVerband NRW e. V.

Im ChorVerband NRW ist der Großteil der Mitglieder über 60 Jahre alt. Während 2012 1.796 27- bis 40-jährige Männer bzw. 2.925 27- bis 40-jährige Frauen verzeichnet waren, waren es 37.183 über 60-jährige Männer und 15.577 über 60-jährige Frauen. Der ChorVerband NRW reagiert auf diese Altersstruktur u. a. mit der Initiative „Sing mit – Bleib fit“ und Lehrgängen zum vokalen Musizieren mit Menschen im dritten Lebensabschnitt.

Landesverband der Musikschulen NRW e. V.

Nur wenige Schüler und Schülerinnen von Musikschulen in NRW sind Ältere. Durchschnittlich sind 1,93 % der Schüler und Schülerinnen an den Musikschulen in NRW über 60 Jahre alt.

Ein Anteil von 13 % Älterer an Musikschulen ist die Ausnahme.¹⁰²⁵ Musikschulen könn-

1022 Vgl. ebd. S. 87

1023 Vgl. Keuchel, S./Weil, B. (2010): Lernorte oder Kulturtempel, Infrastrukturerhebung: Bildungsangebote in klassischen Kultureinrichtungen. Köln, S. 123f.

1024 Vgl. Neugebauer, D. (2011): Wenn ich groß bin, werde ich Museumsgeragoge. In: Kulturräume+. Das kuba-Magazin 1, S. 23-25.

1025 Vgl. Deyhle, H. (2012): Musikangebote in Nordrhein-Westfalen für Menschen ab 60 Jahren. Im Auftrag des Landesmusikrates Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf, S. 6.

ten durch Angebote für Ältere zu Tageszeiten, wenn Kinder und Jugendliche in der Schule sind, ihre Auslastung optimieren.

7.6.3.5 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Das Thema „Demografischer Wandel“ ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Die Verbindung von Kultur und Alter ist als eine Querschnittsaufgabe zu verstehen und erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Fachressorts. Eine Verzahnung der verschiedenen Aktivitäten und Initiativen zum Thema auf Landesebene (z. B. der regionalen Kulturpolitik, der Zukunftsakademie NRW) ist wünschenswert.

Öffentliche Kulturinstitutionen sollten auf den immer größer werdenden Anteil von älteren Menschen am Publikum mit mehr Nachfrageorientierung reagieren und mit ihren Bildungsprogrammen nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch ältere Menschen ansprechen. Gerade im Ausbau von intergenerationellen Angeboten liegt die Chance, dass Kulturinstitutionen zu Begegnungsorten für alle Generationen werden. Kulturinstitutionen benötigen für diese Arbeit Ressourcen sowie Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte. Auch bedarf es im Sinne der Inklusion weiterer Maßnahmen zur Verbesserung von Zugänglichkeit und Barrierefreiheit von öffentlichen Kulturorten.

Kulturelle Bildungsangebote sollten die kulturellen Interessen, Bedürfnisse und Erfahrungen von Bevölkerungsgruppen in den Blick nehmen, die bislang wenig von öffentlichen Kultureinrichtungen erreicht werden, wie zum Beispiel die wachsende Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten. Gleichzeitig gilt es niedrigschwellige Angebote zu fördern, die auch Menschen ohne Vorkenntnisse im Feld der Kulturproduktion oder Kulturrezeption Zugänge zur kulturellen Bildung eröffnen. Im Hinblick auf den Gender-Aspekt gilt es gezielt Angebote zu unterbreiten, die verstärkt auch Männer ansprechen, da diese an kulturellen Angeboten (wie beispielsweise Theater oder Museumsbesuche) im Vergleich zu Frauen bisher weniger Interesse zeigen.

Die kulturelle Altersbildung könnte zudem mit anderen Bildungsbereichen enger verzahnt werden, z. B. mit der beruflichen Bildung/Erwachsenenbildung, der Gesundheitsbildung oder den Bildungsangeboten für zivilgesellschaftliches Engagement. Gerade im Engagement älterer Menschen für die Kultur liegt ein Potenzial, das noch zu wenig genutzt wird. Kultureinrichtungen benötigen Unterstützung und Ressourcen, um ein professionelles Freiwilligenmanagement gewährleisten zu können und Konflikte zu moderieren. Eine bessere Zusammenarbeit mit erfahrenen Akteurinnen und Akteuren der sozialen Freiwilligenarbeit wäre förderlich.

Angesichts der demografischen Veränderungen in den ländlichen Regionen des Landes bedarf es neuer Konzepte, um die kulturelle Nahversorgung und Teilhabe der nicht mehr mobilen älteren Bevölkerung durch aufsuchende und mobile Angebote zu sichern. Auch in der Quartiersarbeit können kulturell-künstlerische Angebote eine wichtige Rolle spielen und zur Lebensqualität beitragen. Dasselbe gilt für den Bereich der stationären Pflege – qualitätsvolle Kulturarbeit sollte zu einem integralen Bestandteil des Betreuungsangebots werden.

Es wäre sinnvoll, kulturgeragogische Erkenntnisse und Methoden nicht nur im Rahmen der oben genannten Weiterbildungen zu vermitteln, sondern in die Curricula der Ausbildungs- und Studiengänge in der Altenpflege und der sozialen Arbeit sowie in die künstlerischen und kulturpädagogischen Ausbildungen zu integrieren.

Weiterhin ist – ähnlich wie im Bereich Bildung und Alter – die Datenlage in NRW zur Nutzung kultureller Angebote seitens älterer Menschen unzureichend. Hier gilt es die

Empirie dahingehend aufzuarbeiten, dass die kulturelle Partizipation der unterschiedlichen Gruppen von Nutzerinnen und Nutzern (verschiedene Alterskohorten, differenziert nach Geschlecht) und damit auch deren jeweiliger Nutzungsgrad aufgezeigt werden kann. Um die oben beschriebenen Entwicklungsbedarfe weiter spezifizieren zu können, ist eine systematische Aufarbeitung des Status quo unbedingt notwendig.

7.6.4 Medien und Alter

„Medien“ umfassen sowohl Druckerzeugnisse (Zeitungen, Zeitschriften), das Radio und Fernsehen als auch „neue“ Angebote¹⁰²⁶ wie das Internet, das über verschiedene Endgeräte (z. B. Computer, Smartphone, Tablet-PC) nutzbar ist.¹⁰²⁷ Die verschiedenen Medienangebote dienen der Information, der Kommunikation, der Unterhaltung und der gesellschaftlichen Teilhabe, sie tragen aber auch zur Strukturierung des Alltags bei, dies insbesondere dann, wenn im Alter die Erwerbstätigkeit als tagesstrukturierendes Element wegfällt. Für ältere Menschen erhalten sie umso höhere Relevanz, je mehr Zeit im eigenen Haushalt verbracht wird. Dies kann unter anderem aufgrund von Einschränkungen in der Mobilität, finanziellen Einschränkungen oder aufgrund einer Verringerung sozialer Kontakte der Fall sein.¹⁰²⁸

In der Gruppe der Älteren dominieren das Fernsehen und die Lektüre von Zeitungen und Zeitschriften sowie die Radionutzung, deren Konsum sich mit zunehmendem Alter intensiviert.¹⁰²⁹ Die Nutzung und Bedeutung neuer Medien hat für ältere Menschen im Zeitverlauf zwar zugenommen, sie fällt allerdings bei den Älteren erheblich geringer aus als bei jüngeren Altersgruppen.¹⁰³⁰ Insgesamt ergeben sich im Bereich der neuen Medien für ältere Menschen verschiedene Nutzungsbarrieren. Neben einem fehlenden Zugang zu neuen Medien und damit verbundenen finanziellen Belastungen durch z. T. hohe Anschaffungskosten wird der nicht erkennbare Mehrwert der Anwendung neuer Medien als Hemmnisse benannt. Weiterhin zeigen sich bei Älteren häufig Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit Computer und Internet.^{1031 1032} Auch die individuelle Biografie hat einen bedeutenden Einfluss auf die jeweilige Erfahrung im Umgang mit technikbasierten neuen Medien und dementsprechend auf die Einstellung zu und die Nutzung von Technik. Viele jetzt ältere Menschen haben beispielsweise in ihrem Berufsleben nie mit einem PC gearbeitet.¹⁰³³ Empirische Untersuchungen verweisen auf eine deutliche Differenzierung der individuellen Technikerfahrung nach Alter und Geschlecht. Insgesamt weisen Männer erheblich technikhäufigere Biografien als Frauen auf. Das Gleiche

1026 Als „neu“ gelten diese Medien aufgrund ihrer erst kurzen Verbreitung. So existiert das Internet als Massenmedium seit knapp 25 Jahren (Vgl. Belwe, K., 2008). Editorial In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 39/2008 „Neue Medien – Internet, Kommunikation“, S. 2).

1027 Vgl. BMFSFJ (2010): „Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“, Altersbilder in der Gesellschaft, Berlin.

1028 Vgl. Grimme-Institut (2010): Im Blickpunkt: Älter werden mit Medien. Online verfügbar unter www.grimme-institut.de/imblickpunkt/pdf/imblickpunkt-aelterwerdenmitmedien.pdf (Stand: 26.2.2014)

1029 Vgl. ebd. sowie BMFSFJ (2010). Sechster Altenbericht.

1030 www.ard.de/home/intern/fakten/ard-mediendaten/Mediennutzung_und_Freizeitbeschaeftigung/408808/index.html (Stand: 19.2.2014)

1031 Vgl. Grimme-Institut 2010; Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005). Zielgruppenorientierte Verbraucherarbeit für und mit Senioren. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen.

1032 Vgl. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005): Zielgruppenorientierte Verbraucherarbeit für und mit Senioren. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen.

1033 Vgl. Grimme-Institut (2010): Im Blickpunkt: Älter werden mit Medien, Internetdokument, S.3f. Online verfügbar unter www.grimme-institut.de/imblickpunkt/pdf/imblickpunkt-aelterwerdenmitmedien.pdf (Stand: 26.02.2014); Hartung, A./Schorb, B./Küllertz, D./Reißmann, W. (2010). Alter(n) und Medien. Theoretische und empirische Annäherungen an ein Forschungs- und Praxisfeld, Berlin.

che gilt für jüngere Altersgruppen im Vergleich mit Älteren.¹⁰³⁴

Zusätzlich ergeben sich verschiedene altersbedingte Einschränkungen für die Nutzung neuer Medien. Neben allgemeinen Unsicherheiten bei der Anwendung der bislang eher wenig vertrauten neuen Medien wird die Nutzung durch eine unzureichende Zielgruppenorientierung der Produkte beeinträchtigt. Die Ablehnung von Produkten wird dabei unterschiedlich begründet.

So wird zum einen argumentiert, dass ein Produkt für Jüngere entwickelt sei und somit von Älteren nicht angenommen wird, zum anderen werden von Älteren spezielle „Seniorenprodukte“ auch als stigmatisierend erlebt. Des Weiteren können konkrete Anwendungsprobleme, die sich durch altersbedingte körperliche Einschränkungen ergeben können (z. B. Nachlassen der Sehkraft, der Feinmotorik und des Tastsinns), die Handhabung von Geräten deutlich erschweren und somit eine Nichtnutzung begünstigen.^{1035 1036}

Ungeachtet dessen ist zukünftig mit einer Zunahme der Nutzung dieser Produkte zu rechnen, da kommende Kohorten älterer Menschen im Umgang mit neuen Medien vertrauter sein werden und diese eine Vielzahl alltäglicher Bedürfnisse älterer Menschen befriedigen können. Dies sind unter anderem:¹⁰³⁷

- Erfüllung des Bedürfnisses nach Sozialkontakten, nach Beratung, Weiterbildung und Information,
- Gestaltung freier Zeit und Überbrückung von Zeiten des Alleinseins,
- Vermittlung neuer und Erhalt alter Kompetenzen,
- eine neue Mobilität auf der räumlichen und der mentalen Ebene (Erreichbarkeit der „Welt“ über das Internet),
- neue Formen der Erreichbarkeit.

Darüber hinausgehend bieten – in diesem Kapitel nicht berücksichtigte – „neue Medien“ und verschiedene Anwendungen im Kontext von E-Health, Telemedizin oder AAL-Produkte („Ambient Assisted Living“) besonders im Gesundheitsbereich umfassende Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. Kapitel 7.3.4.1), die bei abnehmenden Ressourcen und Fähigkeiten im Alter kompensatorisch und entlastend wirken können.

7.6.4.1 Mediennutzung durch ältere Menschen

In Nordrhein-Westfalen bevorzugen ältere Menschen die Nutzung klassischer Medien. Allgemein dominieren „Fernsehen“ (76 %) und „Zeitung bzw. Zeitschriften lesen“ (64 %) bei den Alltagsaktivitäten.¹⁰³⁸ Weitere medienbezogene Aktivitäten sind „Musik hören“ (34 %) und „Bücher lesen“ (30 %). Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen präferie-

1034 Vgl. Egger, A./van Eimeren, B. (2008): Die Generation 60plus und die Medien. Zwischen traditionellen Nutzungsmustern und Teilhabe an der digitalen (R)evolution, in: Media Perspektiven 11/2008, S. 577-588. Online verfügbar unter www.vz-nrw.de/mediabig/5333A.pdf (Stand 19.02.2014)

1035 Vgl. Grimme-Institut (2010).

1036 Online verfügbar unter www.vz-nrw.de/mediabig/5333A.pdf (Stand 19.2.2014)

1037 Vgl. Gerling, V. (2013): Vorliegende Untersuchungsergebnisse zu den Folgen der demografischen Veränderungen in ländlichen Gebieten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung: Ausgewählte Problemstellungen und Handlungsansätze zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in ländlichen Regionen. Studie im Rahmen des Projekts „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“, Reader 4 (StrateGIN), Dortmund. Online verfügbar unter www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/pdf/Reader_4_Problemstellungen_und_Handlungsansaeetze.pdf (Stand: 19.2.2014)

1038 Daten der Generali Altersstudie 2013 für Nordrhein-Westfalen, eigene Berechnungen. Es wurden die Anteile der Angabe „Mache ich häufig“ berücksichtigt.

ren Fernseh- und Radioprogramme der öffentlich-rechtlichen Anbieter. Die meisten Radiohörerinnen und Radiohörer über 65 Jahre hören mit knapp 56 % ein WDR-Programm.¹⁰³⁹ Bei den Fernsehprogrammen werden von den über 60-Jährigen vor allem öffentlich-rechtliche Sender geschätzt.

Der Marktanteil öffentlich-rechtlicher Programme macht bei den Zuschauern ab 60 Jahren ca. 78 % aus; Marktanteile privater Sender liegen bei ca. 22 %.¹⁰⁴⁰

Der Computer bzw. das Internet wird demgegenüber von einem vergleichsweise geringeren Anteil älterer Menschen (16 %) in Nordrhein-Westfalen genutzt. Differenziert man die Angaben der Nutzung von Computer bzw. Internet wiederum nach Geschlecht, Alter und Bildung zeigen sich Verschiebungen im Nutzungsverhalten.

So nimmt mit dem Alter die Häufigkeit der Internetnutzung ab: 31 % der 65- bis 69-Jährigen nutzen das Internet häufig im Alltag, bei den 70- bis 74-Jährigen sind es nur noch 19 %, bei den 75- bis 79-Jährigen 11 % und bei den 80- bis 85-Jährigen schließlich nur noch 5 %.

Eine umgekehrte Entwicklung zeigt sich in Bezug auf die erlangte Schulbildung: Je höher diese ist, desto aktiver sind ältere Menschen im Internet. Mit einfacher Schulbildung wird dieses zu 6 % häufig genutzt, mit mittlerer Schulbildung zu 13 % und mit hoher Schulbildung zu 34 %. Bezüglich des Geschlechts sind in Nordrhein-Westfalen Männer mit 24 % deutlich häufiger im Internet aktiv als Frauen (10 %).¹⁰⁴¹

Entsprechende Verteilungen zeigen sich auch bei der Häufigkeit des Versendens von E-Mails und SMS an Familie, Freunde und Bekannte. Jüngere Altersgruppen versenden – korrespondierend mit der Internetnutzung – häufiger E-Mails und SMS als ältere Kohorten. 3,6 % der 65- bis 69-Jährigen versenden täglich E-Mails und SMS, 15,7 % zumindest mehrmals in der Woche. Bei den 70- bis 74-Jährigen sind es 2,7 % bzw. 8,2 %, bei den 75- bis 79-Jährigen 2,0 % bzw. 6,1 %. Die 80- bis 85-Jährigen zeigen hier die geringste Aktivität mit 0,5 % bzw. 2,0 %. Die Nutzungshäufigkeit nach Geschlecht folgt der oben beschriebenen Differenz: Männer versenden häufiger SMS und E-Mails als Frauen – 2,4 % tun dies täglich, 9,5 % zumindest mehrmals in der Woche; Frauen hingegen täglich nur zu 1,9 % bzw. zu 6,2 % mehrmals in der Woche.¹⁰⁴²

Hinsichtlich der Relevanz einzelner Medien kommt die repräsentative bundesweite Generali Altersstudie zu analogen Ergebnissen¹⁰⁴³ (wobei diese unter Rückgriff auf andere bundesweite Erhebungen¹⁰⁴⁴ auch Angaben zu den Motiven der Nutzung, zu Details der Anwendung des Internets und zu den Anteilen von älteren Personen, die über ein Handy verfügen, enthält, die für Nordrhein-Westfalen in dieser Form bislang nicht vorliegen. Demzufolge nutzen die Älteren das Internet in erster Linie als Informationsmedium und bis auf das Versenden von E-Mails kaum für Kommunikations- und Unterhaltungszwecke. Von den 65- bis 85-Jährigen Internetnutzern nutzen 86 % E-Mails, 66 % führen Recherchen durch, 52 % informieren sich über Produkte und Marken und 32 % machen Online-Banking.

1039 WDR-Zulieferung, Folie Nr. 6.

1040 WDR-Zulieferung, Folie Nr. 12.

1041 Daten der Generali Altersstudie 2013 für Nordrhein-Westfalen, eigene Berechnungen. Es wurden die Anteile der Angabe „Mache ich häufig“ berücksichtigt.

1042 Daten der Generali Altersstudie 2013 für Nordrhein-Westfalen, eigene Berechnungen.

1043 Vgl. Generali Zukunftsfonds (Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken sich engagieren, Bonn.

1044 Vgl. Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse, AWA 2012 zitiert nach Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) & Institut für Demoskopie Allensbach (2012).

Nur 18 % schauen sich Videos an und 5 % chatten. Auch soziale Netzwerke wie beispielsweise Facebook sind nach wie vor eine Domäne der Jüngeren und werden von den Älteren mit 3 % nur sehr wenig genutzt.

Das Mobiltelefon ist bei den Älteren ebenfalls noch weniger stark verbreitet als bei den Jüngeren. Während bei den unter 60-Jährigen fast jede bzw. jeder über ein Handy verfügt, nimmt der Anteil der Handy-Nutzerinnen und Nutzer mit höherem Alter kontinuierlich ab. Von den 65- bis 69-Jährigen nutzen 70 % ein Handy. Bei den 70- bis 74-Jährigen sind 64 % Handy-Nutzerinnen und Nutzer, bei den 80- bis 85-Jährigen 36 % und bei den über 86-Jährigen 22 %.¹⁰⁴⁵

7.6.4.2 Aktivitäten zur Förderung der Medienkompetenz im Alter

Um die bislang eher geringe Nutzung neuer Medien in der Gruppe der älteren Menschen zu erhöhen und um ihnen Zugang zu neuen attraktiven Angeboten zu erleichtern, gilt es, die Medienkompetenz dieser Zielgruppe zu erhöhen.

Medienkompetenz hat viele Facetten. Sie impliziert die Fähigkeit, Medien zu bedienen oder anzuwenden, Informationen zu recherchieren und zu bewerten, adressatengerecht, verantwortungsbewusst und sicher zu kommunizieren, selbst kreativ Medien einzusetzen beziehungsweise ein Medienprodukt zu erstellen sowie Medien, Medieninhalte und ihre Wirkung zu analysieren und kritisch zu bewerten. Insbesondere mit der technischen Kompetenz – nämlich mit der Bedienung und Anwendung neuer Medien – tun sich viele Ältere oft schwerer als Kinder und Jugendliche, die mit Internet und Handy aufwachsen. Ein wichtiges Angebot, um die Medienkompetenz Älterer zu erhöhen, stellen spezielle Medienlehrgänge dar, die u. a. von Volkshochschulen, Bibliotheken, Vereinen und privaten Anbietern und Anbieterinnen angeboten werden. Ältere Menschen können dort z. B. den Umgang mit dem PC, Internet oder Handy erlernen, sich aber auch über Datenschutz und Firewalls, soziale Netzwerke und Recherchemöglichkeiten informieren.¹⁰⁴⁶

Darüber hinaus gibt es Vereine und Initiativen, die Medienkompetenz-Projekte für ältere Menschen anbieten. Der „Medienpädagogische Atlas“ der Landesanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen bietet einen Überblick über die Angebote. Derzeit sind 191 Projekte mit Bezug zu Älteren in der Suchmaschine enthalten (Stand 26. August 2013).¹⁰⁴⁷

Das Land Nordrhein-Westfalen fördert eine Vielzahl von Projekten, die im Bereich der neuen Medien für ältere Menschen anzusiedeln sind.

Eine 2008 für das MGEPA Nordrhein-Westfalen erstellte Expertise ordnet die vielfältigen Projekte im Bereich der neuen Medien für ältere Menschen folgenden Bereichen zu:

- Projekte für bestimmte Zielgruppen wie ältere Frauen und ältere Migrantinnen und Migranten,
- bürgerschaftliches Engagement und intergenerative Projekte,
- lebenslanges Lernen,
- Arbeitswelt,
- Wirtschaftsfaktor Alter,
- Web 2.0.¹⁰⁴⁸

¹⁰⁴⁵ Vgl. ebd.

¹⁰⁴⁶ Online verfügbar unter www.meine-vhs.de/meine-vhs (Stand: 19.2.2014)

¹⁰⁴⁷ Online verfügbar unter www.medienkompetenzportal-nrw.de/medienpaedagogischer-atlas-nrw/datenbank-suche/projekte.html (Stand: 19.2.2014).

¹⁰⁴⁸ Vgl. Gehrke, B. et al. (2008): Ältere Menschen und Neue Medien. Entwicklungschancen für künftige Medienprojekte für Frauen und Männer mit Lebenserfahrung in Nordrhein-Westfalen, Marl.

Zu diesen Projekten gehört z. B. das „Netzwerk Lokale Online Gemeinschaften“ (KDA).¹⁰⁴⁹ In Workshops werden bürgerschaftlich engagierte Ältere – möglichst zusammen mit einem interneterfahrenen „Tandempartner“ – mit dem Medium Internet vertraut gemacht. Die auf diese Weise qualifizierten und nunmehr „internetversierten“ älteren Engagierten bilden dann ein neues Netzwerk, das ähnliche Projekte initiieren kann.¹⁰⁵⁰ Ein weiteres Beispiel ist das „Bennohaus“ in Münster, das für ältere und alte Menschen sowie Migrantinnen und Migranten neben Computer- und Internetkursen insbesondere Kurse zur Mediengestaltung anbietet (z. B. Erstellung eines TV-Magazins für ältere Menschen).¹⁰⁵¹

Obwohl in Nordrhein-Westfalen Medienprojekte (z. B. Filme, Videos, Homepages, Bürgerfunk im Radio oder Audiofiles im Internet, Seniorenzeitungen, usw.) zunehmend von Älteren selbst gestaltet werden, liegen darüber keine differenzierten landesspezifischen Daten vor. Allerdings ist davon auszugehen, dass ihre Fähigkeit zur Mediengestaltung und damit auch zur eigenen Medienproduktion zukünftig zunimmt. Anhaltspunkte dafür liefern die Wettbewerbe zum Seniorenradio des Landes Nordrhein-Westfalen oder die zunehmende Zahl der Seniorenzeitungen in Nordrhein-Westfalen.

7.6.4.3 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Zukünftig werden sich die neuen Medien weiter ausdifferenzieren und das Internet wird in seinen unterschiedlichen Ausprägungen auch im Alltag älterer Menschen verstärkt Bedeutung gewinnen. Das Internet ist zu einem multimedialen Werkzeug geworden, mit dem sich z. B. auch Gruppen untereinander vernetzen und Alltags- und Arbeitsabläufe organisiert werden.¹⁰⁵²

Damit wird deutlich, dass auch die Anforderungen an die Medienkompetenz Älterer kontinuierlich zunehmen. Entsprechende Qualifizierungsangebote sollten diesen Entwicklungen Rechnung tragen und zielgruppengerecht weiter ausgebaut werden.

Bedeutsam ist ebenfalls, dass Anwendungs- und Produktentwicklerinnen und -entwickler die Gruppe der älteren Menschen stärker berücksichtigen und unmittelbar in den Entwicklungs- und Gestaltungsprozess integrieren.

Zudem gilt es, älteren Menschen den Nutzen neuartiger Medien zielgruppenorientiert zu vermitteln und Unsicherheiten in der Handhabung abzubauen. Perspektivisch sollten ältere Menschen als Gestaltende und Produzierende von Medien stärker berücksichtigt werden und dabei entsprechend unterstützt werden.

Um zukünftige Bedarfe und (Gestaltungs-)Potenziale älterer Menschen im Bereich neuer Medien besser einschätzen und adäquate Angebote planen zu können, wäre eine differenzierte Erfassung des Nutzungsverhaltens Älterer und ihrer bisherigen Anwendungs- und Gestaltungserfahrungen erforderlich.

1049 Vgl. Flyer „Lokale Online-Gemeinschaften älterer Menschen initiieren und moderieren. Gemeinsam das Netz nutzen, den Alltag gestalten und Teilhabe ermöglichen“ des Forums Seniorenarbeit Nordrhein-Westfalen.

1050 Online verfügbar unter www.forum-seniorenarbeit.de/Schwerpunkte/Lokale_Online_Gemeinschaften_Aelterer/ (Stand: 19.2.2014)

1051 Vgl. Bergemann, H./Halm, D., Stiftung Zentrum für Türkeistudien (ZfT) (2006), Bearbeitung: Gerling, V./Roes, A., Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) e. V.: Erschließung der Seniorenwirtschaft für ältere Migrantinnen und Migranten, Expertise im Rahmen der Landesinitiative Seniorenwirtschaft. Dortmund, Essen, Gelsenkirchen; Bennohaus Münster online verfügbar unter <http://bennohaus.info/> (Stand: 19.02.2014)

1052 Online verfügbar unter www.forum-seniorenarbeit.de/Schwerpunkte/Lokale_Online_Gemeinschaften_Aelterer/Einfuehrung/ (Stand: 19.2.2014).



8 Vertiefende Schwerpunktthemen

8.1 Lebenswelten und Lebensperspektiven älterer und hochaltriger Menschen mit Behinderungen, die pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht sind

8.1.1 Zahlen, Daten, Fakten

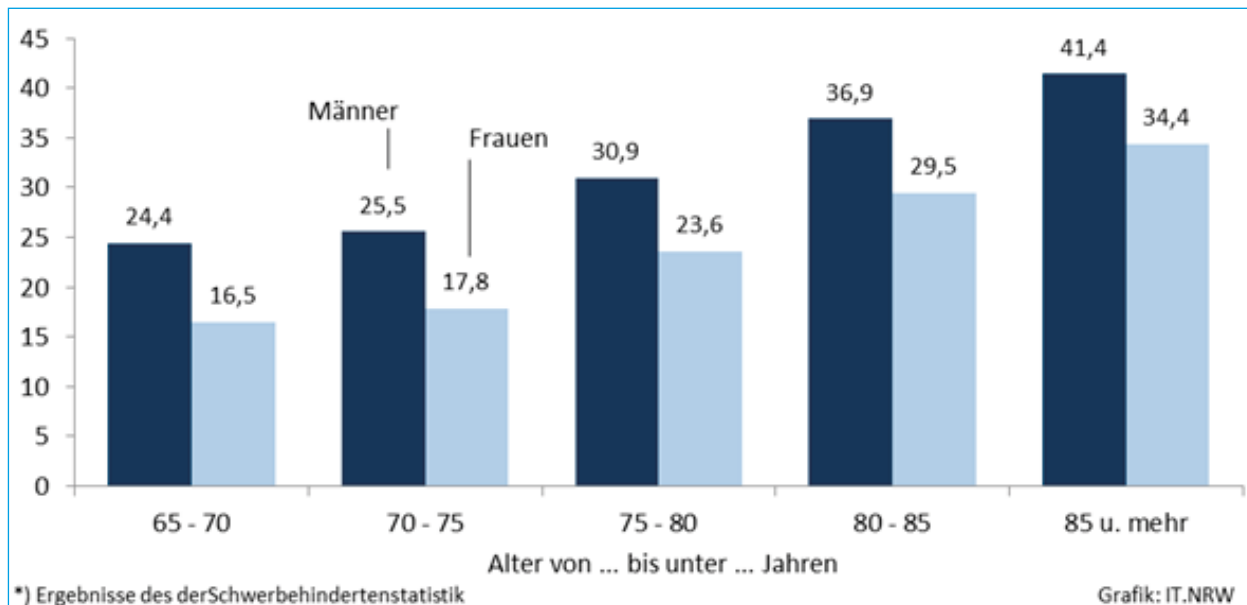
Laut § 2 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) gelten Menschen als behindert, „...wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Der Grad der Behinderung – gestuft in Zehnergrade von 20 bis 100 – gibt das Ausmaß der Funktionseinschränkung wieder. Als schwerbehindert gelten Personen, denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 zuerkannt worden ist.

Seit dem 1. Januar 2008 sind die Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen für Aufgaben des Schwerbehindertenrechts und damit auch für die Anerkennung einer individuellen Schwerbehinderung zuständig. Ausschlaggebend dafür, ob eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung attestiert wird, ist neben dem individuellen Gesundheitszustand die Anerkennungspraxis der Aufgabenträger. Daneben hat auch das Beantragungsverhalten der Betroffenen einen Einfluss auf den Schwerbehinderten-Status. Die Darstellungen im vorliegenden Kapitel stützen sich auf Ergebnisse der Pflegestatistik, die alle zwei Jahre zum Jahresende Daten zu schwerbehinderten Menschen erhebt. Im Jahr 2011 waren in Nordrhein-Westfalen insgesamt rund 1,7 Millionen Menschen mit einem gültigen Schwerbehindertenausweis registriert. Davon entfielen insgesamt 929.469 Personen auf die Altersgruppe „65 und mehr Jahre“. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren unter den Schwerbehinderten lag somit bei über der Hälfte (55,0 %), bei den Frauen mit 57,7 % etwas höher als bei den Männern mit 52,5 %.

Mit einer Zahl von 477.910 (51,4 %) waren Frauen 2011 unter den Schwerbehinderten im Alter von 65 und mehr Jahren in der Mehrheit (Männer: 451.559 bzw. 48,6 %). Dagegen sind Männer bis in die Altersgruppe „55 bis unter 65-Jahre“ in der Überzahl. Erst in der Altersgruppe „65 und mehr Jahre“, die hier im Fokus steht, kehrt sich das Geschlechterverhältnis infolge der höheren Lebenserwartung der Frauen um. Frauen erreichen häufiger ein Alter, in dem altersbedingte Erkrankungen auch mit der Folge einer Schwerbehinderung, vermehrt auftreten.

In der folgenden Abbildung wird der mit dem Alter zunehmende Anstieg der Schwerbehindertenquoten deutlich:

138 Schwerbehindertenquote der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren am 31. Dezember 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen in NRW*)



In der Altersgruppe „65 bis unter 70 Jahre“ haben knapp ein Viertel der Männer (24,4 %) und ein Sechstel der Frauen (16,5 %) eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung. Diese Anteile erhöhen sich in der Altersgruppe „70 bis unter 75 Jahre“ nur leicht. Erst in der Altersgruppe „75 bis unter 80 Jahre“ erfolgt ein deutlicherer Anstieg auf 23,6 % bei den Frauen und 30,9 % bei den Männern. In der Altersgruppe „85 und mehr Jahre“ besitzen gut ein Drittel der Frauen und gut zwei Fünftel der Männer einen Schwerbehindertenausweis.

Die Schwerbehindertenquoten der Frauen liegen in allen Altersgruppen auf einem niedrigeren Niveau als die entsprechenden Werte der Männer. Dies ist jedoch weniger auf eine seltenere Betroffenheit von gesundheitlichen Einschränkungen bei Frauen zurückzuführen. Es ist vielmehr ein unterschiedliches Antragsverhalten zwischen den Geschlechtern zu vermuten. Da Männer häufiger erwerbstätig sind als Frauen, besteht für sie ein größeres Interesse an einer Anerkennung der Schwerbehinderung, da mit einem Schwerbehindertenausweis in erster Linie Nachteilsausgleiche und Leistungen im Erwerbsleben verbunden sind.¹⁰⁵³

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Zahl der schwerbehinderten älteren Frauen und Männer für den Zeitraum 2001 bis 2011. Wird die Entwicklung anhand der absoluten Zahlen betrachtet, zeigt sich, dass die Zahl der schwerbehinderten Männer im Alter von 65 und mehr Jahren 2011 etwas höher lag als zehn Jahre zuvor (+0,6 %), bei den gleichaltrigen schwerbehinderten Frauen liegt die Zahl 2011 dagegen niedriger als noch 2001 (-3,3 %).

Wird dagegen die Entwicklung der Schwerbehindertenquoten betrachtet, die die Zahl der schwerbehinderten Menschen ins Verhältnis setzt zur Bevölkerung entsprechenden

1053 Vgl. Niehaus, M. (1995): Aus Statistiken lernen: Ausgewählte Analysen der Schwerbehindertenstatistik, des Mikrozensus und der Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit. In: Fleßner, Heike-Marie (Hrsg.): Aufbrüche - Anstöße : Frauenforschung in der Erziehungswissenschaft - Beiträge aus dem Fachbereich 1 der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg, S. 159.

Geschlechts und Alters, ergibt sich ein anderes Bild: Für die 65-Jährigen und Älteren insgesamt lag die Schwerbehindertenquote 2011 bei 23,7 %, davon bei den Männern mit 29,2 % deutlich höher als bei den Frauen mit 23,0 %.

Gegenüber 2001 ist dies bei den Männern ein Rückgang um -7,0 Prozentpunkte und bei den Frauen ein Rückgang um -3,1 Prozentpunkte. Die Schwerbehindertenquote reflektiert also für beide Geschlechter einen rückläufigen Trend der Schwerbehinderung in der älteren Bevölkerung.

139 Schwerbehinderte Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren in NRW 2001 bis 2011 nach Geschlecht

Jahr (jeweils am 31.12.)	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	Anteil in % ¹⁾	Anzahl	Anteil in % ¹⁾	Anzahl	Anteil in % ¹⁾
2001	448.521	36,2	494.375	26,1	942.896	30,1
2003	419.281	31,4	457.970	21,9	877.251	26,6
2005	442.821	30,7	471.569	23,1	914.417	26,3
2007	453.950	30,1	477.225	23,0	931.175	26,0
2009	455.022	29,4	477.680	22,8	932.702	25,6
2011	451.559	29,2	477.910	23,0	929.469	23,7

1) an der Bevölkerung entsprechenden Alters und Geschlechts – Ergebnisse der Schwerbehindertenstatistik

Liegt bei den älteren Personen eine Schwerbehinderung vor, ist diese in den seltensten Fällen angeboren – dies betrifft nur jeweils 0,6 % der Frauen und Männer. Bei einem Großteil der Betroffenen tritt eine Schwerbehinderung erst im späteren Lebensverlauf infolge einer Krankheit ein. 2011 trifft dies auf 97,7 % der älteren Frauen und 94,2 % der älteren Männer zu. Bei den übrigen Betroffenen liegen als Ursachen für die Schwerbehinderung Unfälle, Kriegsfolgeschäden oder eine Kombination von mehreren Ursachen vor.

Schwerbehinderte Menschen können durch vielfältige Handicaps wie körperliche Funktionsbeeinträchtigungen, Störungen der Sinneswahrnehmung, seelische oder psychische Erkrankungen betroffen sein. Zudem können mehrere Arten von Behinderungen in Kombinationen auftreten. 2011 waren 54,3 % der männlichen und 55,7 % der weiblichen Schwerbehinderten im Alter von 65 und mehr Jahren mehrfach behindert.

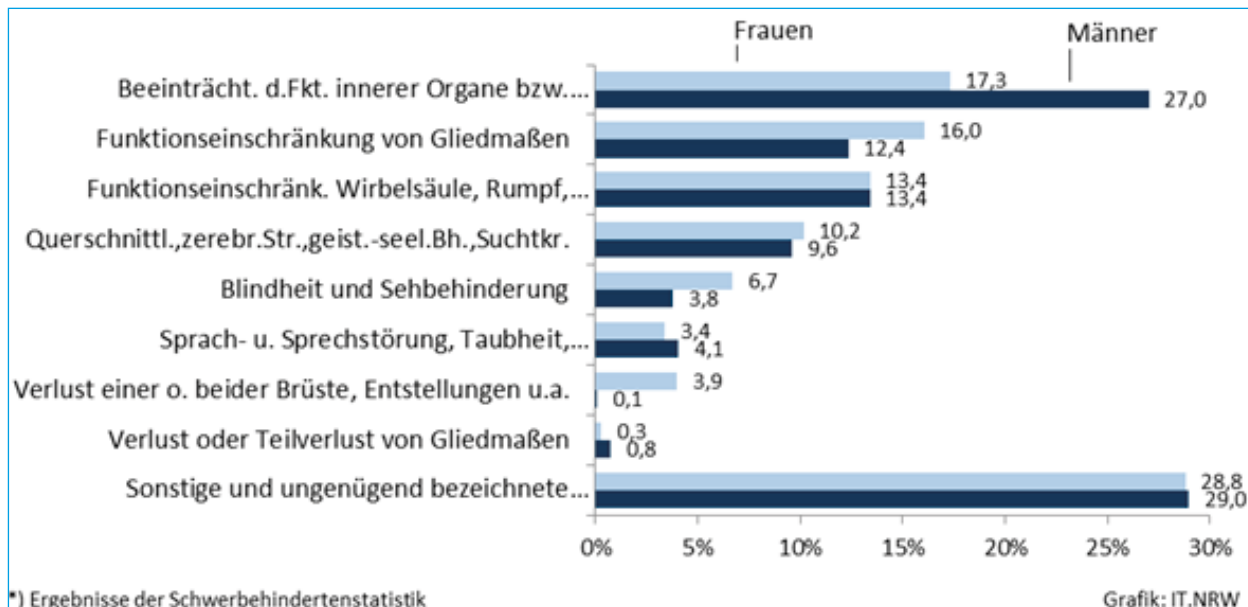
Genaueren Aufschluss über die Betroffenheit zeigt die folgende Verteilung der schwerbehinderten älteren Menschen nach der Art der Behinderung.¹⁰⁵⁴

Zunächst ist anzumerken, dass mit 28,8 % der schwerbehinderten Frauen und 29,0 % der schwerbehinderten Männer die größten relativen Häufigkeiten auf die Kategorie „Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen“ entfallen. Die Krankheitsbilder dieser Personen können demzufolge keiner anderen eindeutigen Kategorie zugeordnet

¹⁰⁵⁴ In der Pflegestatistik wird die Art der Behinderung in 55 Einzelkategorien erfasst, dargestellt werden im Folgenden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur neun Oberkategorien. Die Erfassung der Art der der Behinderung folgt nicht primär der Krankheitsdiagnose (z. B. Multiple Sklerose), sondern orientiert sich an der Erscheinungsform der Behinderung und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkungen. Bei Mehrfachbehinderung beziehen sich die Angaben auf die schwerste Behinderung.

werden. Dies ist z. T. auch darauf zurückzuführen, dass Krankheiten noch nicht ausreichend detailliert in der Statistik erfasst werden.¹⁰⁵⁵

140 Schwerbehinderte Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren am 31. Dezember 2011 nach Geschlecht und Art der Behinderung^{*)}



Bei den Personen mit einer eindeutig zuordenbaren Behinderungsart sind „Beeinträchtigungen der Funktion innerer Organe und Organsysteme“ der häufigste Grund für eine Schwerbehinderung (17,3 % der Frauen und 27,0 % der Männer). Bei den Frauen stehen „Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen“ (16,0 %) an zweiter Stelle, bei den Männern mit 12,4 % an dritter Stelle der Behinderungsarten. Auf die Kategorie „Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, des Rumpfes, Brustkorb“ entfallen jeweils 13,4 % der Frauen und der Männer.

8.1.2 Lebenslange Behinderung im Alter als neue gesellschaftliche Herausforderung

Drei Viertel aller schwerbehinderten Menschen in Nordrhein-Westfalen sind über 55 Jahre alt, 55 % 65 Jahre und älter. Die weitaus meisten von ihnen haben ihre Schwerbehinderung im höheren Erwachsenenalter erworben. Etwa 17,5 % der Personen leben bereits seit ihrer Geburt, Kindheit, Jugend oder dem jungen Erwachsenenalter mit einer Behinderung (eigene Berechnungen, vgl. Abschn. 8.1.2.3). Diese Personengruppe hat über weite Strecken ihres Lebens Erfahrungen mit Behinderung gesammelt, Behinderungen haben sie ein Leben lang begleitet. Das Alter von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung in Nordrhein-Westfalen steht im Zentrum der nachfolgenden Betrachtungen, weil sich die Lebenssituation dieser Personengruppe in wesentlichen Punkten von der von Menschen mit einer spät erworbenen Behinderung unterscheidet (ausführlicher dazu Kap. 8.1.2.1). Eine lebenslange Behinderung wirkt sich beträchtlich, ja oft weichenstellend, auf den gesamten Lebenslauf einer Person und nachhaltig auf die Lebenssituation im Alter aus. Veränderte Lebensbedingungen und Benachteiligung

¹⁰⁵⁵ Vgl. Der Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen (2011): Inklusion macht die Gesellschaft reicher. Durchsetzen, mitwirken, anregen, S. 9.

gen in früheren Lebensabschnitten bergen Risiken für Teilhabechancen im Alter.¹⁰⁵⁶ Von einer lebenslangen Behinderung wird gesprochen, wenn sie bis zum 35. Lebensjahr erworben wird, weil bis dahin die Berufsfindung, der Einstieg ins Erwerbsleben und die Familiengründung – drei Ereignisse, die sich stark auf Teilhabemöglichkeiten im Alter auswirken – weitgehend abgeschlossen sind. Viele Betroffene sind in ihrem Alltag seit vielen Jahren in unterschiedlichem Ausmaß auf die Unterstützung durch andere Personen und Hilfsmittel angewiesen. Im Unterschied zu alten Menschen, die erst später im Leben eine Behinderung erworben haben, haben sie gelernt, mit Beeinträchtigungen zurechtzukommen und fremde Hilfe anzunehmen.

Menschen mit lebenslanger Behinderung lassen sich – wie sozialrechtlich üblich – gemäß ihrer primären Behinderungsart drei Zielgruppen zuordnen: Eine geistige Behinderung besteht als Entwicklungsstörung von Geburt an oder seit den ersten drei Lebensjahren. Eine psychische Behinderung entsteht oft im Zusammenhang mit einer chronischen psychotischen Störung, z. B. einer Schizophrenie oder Depression. Auch stark ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Störung) oder chronische Suchtstörungen können eine psychische Behinderung nach sich ziehen. Das Spektrum der Körperbehinderungen ist besonders weit. Bei den früh erworbenen Körperbehinderungen handelt es sich vor allem um Menschen mit einer Seh- oder Hörschädigung, mit einer Sprachstörung oder mit einer Funktionseinschränkung von Gliedmaßen, Wirbelsäule oder Rumpf. Ein typisches Beispiel sind Menschen mit einer Zerebralparese. Zur Teilhabe und zu den Lebenslagen von Menschen mit Hörschädigung in NRW ist ein vom MAIS herausgegebener eigener Berichtsband erschienen.¹⁰⁵⁷

Dieses Kapitel fokussiert das, was Menschen mit einer lebenslangen Behinderung gemein ist, und das, was sie je nach Art der Behinderung unterscheidet. Der Großteil der Forschungsergebnisse bezieht sich bislang jeweils nur auf eine bestimmte Zielgruppe und lässt sich nicht ohne weiteres verallgemeinern. Deshalb werden auch die Zielgruppen benannt. Eine umfassende vergleichende wissenschaftliche Forschung zu den Teilhabeauswirkungen von lebenslanger Behinderung entwickelt sich erst. Deshalb ist unser Bild in Bezug auf viele Behinderungsarten unvollständig. So gibt es auch international vergleichsweise wenig Studien zum Älterwerden und zur Unterstützung im Alter von Menschen mit einer lebenslangen psychischen oder körperlichen Behinderung.¹⁰⁵⁸ Ein Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf Menschen mit geistiger Behinderung im Alter, weil

- sich die Lebenssituation dieses Personenkreises am deutlichsten von der von Menschen ohne lebenslange Behinderung unterscheidet;
- es sich um den zahlenmäßig größten Personenkreis handelt, der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung bezieht;
- für Menschen mit geistiger Behinderung bereits eine Vielzahl von internationalen Forschungsergebnissen vorliegt, die im deutschsprachigen Raum aber bisher wenig bekannt sind.

Viele Menschen mit geistiger Behinderung haben noch zusätzlich eine Körper- oder Sinnesbehinderung oder eine psychische Erkrankung.

Für sehr umgrenzte, kleine Personengruppen (z. B. Menschen mit Contergan-Schädi-

1056 An diesem Kapitel hat die Katholische Hochschule NRW, Münster mitgewirkt.

1057 Vgl. MAIS (2014).

1058 Vgl. die Literaturanalyse von Putnam (2014).

gung) liegen auch altersbezogene Studien vor, auf die aber angesichts des Überblickscharakters und des begrenzten Raums dieses Kapitels nur punktuell eingegangen werden kann.

Aktuell treffen drei Entwicklungen aufeinander, die die Lebensgestaltung von Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter berühren:

- Es ist in Deutschland ein vergleichsweise neues, erfreuliches Phänomen, dass Menschen mit lebenslanger Behinderung jenseits des 60. Lebensjahrs das Alter erleben und gestalten. Das hängt, zum einen, mit der gestiegenen Lebenserwartung dieses Personenkreises dank des medizinischen und sozialen Fortschritts zusammen, zum anderen damit, dass der überwiegende Teil der Vorgängergeneration, die bereits schon länger zu den Alten zählen würde, in der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland systematisch ermordet wurde.¹⁰⁵⁹
- Aktuelle Prognosen zeigen, dass sich die Altersstruktur bei Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung in vergleichbarer Weise verändert. Die Anzahl und der relative Anteil der älteren und alten Menschen mit lebenslanger Behinderung an der Bevölkerungsgruppe der alten wie der behinderten Menschen werden in den nächsten Jahrzehnten deutlich wachsen (u. a. durch das Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge der frühen 1960er-Jahre). Sowohl die allgemeinen Unterstützungsstrukturen in den Gemeinwesen wie die spezifische für Menschen mit lebenslanger Behinderung müssen sich auf Anforderungen einstellen, die mit dieser Entwicklung verbunden sind.
- Die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Deutschland sind in den letzten Jahren u. a. durch die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gestärkt worden, ihre Verwirklichung ist deutlicher als zuvor auf die Tagesordnung der Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik gerückt. Der Aktionsplan der Landesregierung NRW¹⁰⁶⁰ geht nicht nur im Abschnitt „Alter und Behinderung“, sondern auch in anderen Kapiteln („Gesundheit“, „Bürgerschaftliches Engagement“, „Barrierefreier Wohnraum“ usw.) auf Belange von alten Menschen mit lebenslanger Behinderung ein. Von dieser Entwicklung gehen verstärkt Impulse aus für die Gestaltung von Gemeinwesen und von Unterstützungsstrukturen. Die Leitpostulate „Teilhabe“, „Inklusion“ und „Selbstbestimmung“ sollen auch die Gestaltung der Lebensphase „Alter“ prägen.
- Auch gilt es das Konzept des „Gender Mainstreaming“ miteinzubeziehen. Es beinhaltet, dass die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von (beispielsweise älteren und/oder behinderten) Frauen und Männern bei allen gesellschaftlichen Vorhaben von vorneherein und regelmäßig berücksichtigt werden, mit der Begründung, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.¹⁰⁶¹ Erst langsam und nur in Teilen ist in Politik und Gesellschaft angekommen, dass behinderte Menschen ein (soziales) Geschlecht besitzen. Ungleichheiten und da heraus resultierende Benachteiligungen in Form von Exklusions- und Diskriminierungserfahrungen (beispielsweise auf dem Arbeitsmarkt) treten bei Frauen und Männern mit Behinde-

1059 Insgesamt weit über 200.000 Menschen. Vgl. Aly, G. (2013): Die Belasteten: „Euthanasie“ 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt.

1060 Vgl. MAIS NRW (2012).

1061 Vgl. Bretländer, B. (2010): Behinderung und Geschlechtergerechtigkeit. In: Jacob, J./Köbsell, S./Wollrad., E. (Hrsg.): Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transcript Verlag, S. 171.

rung gehäuft und sehr differenziert auf, so dass es zudem erforderlich ist – in Anlehnung an das GM – das in Deutschland gegenwärtig weniger bekannte sogenannte „Disability Mainstreaming“¹⁰⁶² als ergänzendes Verfahren aufzustellen. Mit Blick auf die besondere Lage der behinderten und chronisch kranken (älteren) Menschen zielen die „Disability-Studies“ auf die Sicherstellung von Gleichstellung und Anti-Diskriminierung¹⁰⁶³ in allen Bereichen und Prozess der Gesellschaft. Es kann festgehalten werden, dass von einer Verbesserung in Institutionen und Lebenswelten schließlich auch die nicht behinderte Mehrheit profitieren wird.

Nachfolgend wird die Lebenssituation von älteren Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen unter folgenden Frageperspektiven analysiert: Wie groß ist der Personenkreis in Nordrhein-Westfalen? Wie lässt er sich zahlenmäßig anhand bestimmter Merkmale beschreiben und differenzieren? Was lässt sich über die zukünftige zahlenmäßige Entwicklung dieses Personenkreises sagen?

- Ein quantitativer Überblick und diesbezügliche Prognosen finden sich in Kapitel 8.1.1. Was kennzeichnet die Lebenssituation von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung im Alter? Worin unterscheidet sich die Lebensphase Alter von Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung, wo bestehen Gemeinsamkeiten?
- Konkret geht es um kritische Lebensereignisse und Veränderungen im Alter, daraus resultierende Anforderungen für die Lebensführung bzw. Entwicklungsaufgaben im Alter und Bedingungen bzw. Ressourcen für deren Bewältigung.
- Welche Aufgaben ergeben sich im Blick auf die Gestaltung von Gemeinwesen und Unterstützungsstrukturen? Welche Erkenntnisse gibt es bereits in Bezug auf potenzielle Lösungen und deren Chancen und Risiken?

Erste geschlechtsdifferenzierende empirische Erkenntnisse liegen bislang nur vor in einzelnen Themenfeldern wie „Gesundheit/Krankheit“, „Pflege“, „Sexualität“. Selbst in veröffentlichten Statistiken (z. B. über Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Eingliederungshilfe) wird oft nicht zwischen Frauen und Männern differenziert. Falls vorhanden und im knappen Rahmen dieses Kapitels möglich, werden genderspezifische Aspekte aufgeführt.

Eine kohärente Genderperspektive für das Älterwerden mit lebenslanger Behinderung lässt sich aus den bisherigen Studien nicht entwickeln. Es gibt hier einen Forschungsbedarf. Das gilt in noch stärkerem Maße für das Alter von Menschen mit lebenslanger Behinderung und Migrationshintergrund.

8.1.2.1 Die Lebenslage bei lebenslanger Behinderung

Die Lebenslagen der jetzigen Generation von alten und älteren Frauen und Männern mit lebenslanger Behinderung ist häufig durch folgende Merkmale gekennzeichnet, die bei den einzelnen Personen in unterschiedlichen Konstellationen vorkommen:

- Die erste Generation von Menschen mit lebenslanger Behinderung, die in der Breite die Lebensphase Alter erlebt, verfügt nicht über ihnen ähnliche Vorbilder, an denen sie sich orientieren und mit denen sie sich austauschen können („Coping-Modelle“ für das Alter).
- Diese Generation hat zum Teil nur eine geringe Schul- und Berufsbildung. Viele blie-

¹⁰⁶² Vgl. Grüber, K. (2007): „Disability Mainstreaming“ als Gesellschaftskonzept. Annäherungen an einen viel versprechenden Begriff. Sozialrecht + Praxis 17, 7/2007, S. 437-444.

¹⁰⁶³ Vgl. ebd.

- ben ohne schulischen oder beruflichen Abschluss oder mussten Abbrüche erleben.
- Ein Großteil von ihnen war bzw. ist nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt. Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung sind häufig in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) tätig.
 - Menschen mit lebenslanger Behinderung verfügen während ihrer Berufstätigkeit und erst recht im Ruhestand nur über sehr bescheidene finanzielle Mittel. Da in der Regel auch kein eigenes Vermögen vorhanden ist, sind sie häufig mittellos, wobei sich das geschlechtlich, wie bereits oben angesprochen, noch einmal unterscheidet. So sind Frauen mit Behinderung wesentlich öfter finanziell abhängig und dementsprechend viel eher von Armut betroffen. Das bedeutet, sie sind auf finanzielle Leistungen der sozialen Sicherungssysteme angewiesen und auf Unterstützung, diese zu beantragen.
 - Menschen mit lebenslanger Behinderung leben seltener in einer Partnerschaft und haben oft keine eigene Familie gegründet. Neben professionellen Unterstützerinnen und Unterstützern spielen die Beziehungen zu Angehörigen der Familie eine zentrale Rolle. Sterben die Eltern oder fallen die Beziehungen zu Arbeitskolleginnen und -kollegen im Ruhestand weg, ist es für sie unter Umständen eine Herausforderung, sich neue soziale Beziehungen zu erschließen.
 - Viele Menschen mit geistiger Behinderung haben große Teile ihres Lebens in Wohninstitutionen verbracht, die sich – mindestens in den Nachkriegsjahrzehnten, zum Teil aber bis in die Gegenwart – durch ein hohes Maß an Fremdbestimmung auszeichnen. Auch die Menschen mit Behinderungen, die bei ihren Eltern wohnen geblieben sind, haben infolge ihrer Abhängigkeit von Hilfe gelernt, sich nach anderen zu richten, sich anzupassen. Der Selbstbestimmung steht oft eine Kultur der fürsorglichen Fremdbestimmung entgegen.
 - Menschen mit Behinderungen, die heute alt sind, haben im Verlaufe ihres Lebens unter Umständen traumatisierende Erlebnisse und Erfahrungen machen müssen. Dazu zählen beispielsweise erzwungene Umzüge und Übergänge mit Beziehungsabbrüchen und die Erfahrung von physischer und psychischer Gewalt in Anstalten und Kliniken.¹⁰⁶⁴

Die gegenüber einer familiären oder beruflichen Normalbiografie veränderten Lebensläufe und das Angewiesensein auf Unterstützung lassen die Herausforderungen, die mit dem Älterwerden für diesen Personenkreis einhergehen, in einem anderen Licht erscheinen.

8.1.2.2 **Verschiedenheit von Lebenssituationen im Alter**

Diesem Schwerpunktkapitel zugrunde liegt ein Verständnis von Behinderung, das dem der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) entspricht.¹⁰⁶⁵

Auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells von Behinderung beschreibt die ICF erstens gesunde und geschädigte körperliche Strukturen sowie physiologische bzw. psychische Funktionen einer Person. Zweitens ihre Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

1064 Vgl. Schäper, S./Graumann, S. (2012): Alter(n) als wertvolle Lebensphase erleben – Herausforderungen und Chancen unter Bedingungen einer geistigen Behinderung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (7), 630-636.

1065 Vgl. DIMDI (Hg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf. Verfügbar unter: www.dimdi.de (22.05.2013).

bei der Ausführung gesellschaftlich üblicher Aktivitäten und drittens den Grad der Teilhabe dieser Person an Aktivitäten und Lebensbereichen. So sind es vor allem Umweltbedingungen, wie zum Beispiel materielle Ressourcen, soziale Beziehungen, die Verfügbarkeit von Unterstützung, Wohn- und Wohnumfeldbedingungen; die Auffindbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Einrichtungen und Diensten sowie Einstellungen anderer Personen, die die gesellschaftliche Teilhabe einer Person ermöglichen, fördern, erschweren oder verhindern. Personale Faktoren wie das Geschlecht, ein Migrationshintergrund und das Alter wirken sich zusätzlich und je nach gesellschaftlicher Bewertung unterschiedlich auf die Teilhabechancen im Einzelfall aus.

Orientiert an dem ICF-Modell wird in diesem Kapitel unter Berücksichtigung personenseitiger Voraussetzungen die Lebensgestaltung im Alter als Teilhabe an verschiedenen gesellschaftlichen Gütern und Lebensbereichen thematisiert – immer auch im Vergleich zu den gesellschaftlich altersüblichen Teilhabechancen. Förderliche und hinderliche Umweltbedingungen werden benannt.

Zu beachten ist die große Verschiedenheit von Lebenssituationen und Entwicklungsverläufen im Alter. Diese Verschiedenheit hängt zusammen mit der Vielfalt der Schädigungen körperlicher oder psychischer Strukturen und Funktionen. Die übliche Kategorisierung in die Hauptbehinderungsarten geistige Behinderung, Körperbehinderung, Sinnesbehinderung sowie psychische Behinderung beschreibt nur unzureichend die jeweils individuellen Voraussetzungen:¹⁰⁶⁶

- die Vielfalt der Kompetenzen und Beeinträchtigungen bei der Ausführung von Aktivitäten und der Teilhabechancen aufgrund ermöglichender oder hinderlicher Umweltbedingungen sowie zusätzlich wirksamer persönlicher Faktoren;
- die unterschiedlichen Erfahrungshintergründen der verschiedenen Alterskohorten: Die Lebensläufe von Menschen mit lebenslanger Behinderung in der Vorkriegs-, Kriegs-, Nachkriegs- und „Babyboomer“-Generation sind durch unterschiedliche Ereignisse, institutionelle Bedingungen und sich verändernde Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen geprägt.
- Das schlägt sich im Alter nieder sowohl in Lebensstilen und Lebensauffassungen als auch in den Ressourcen der Personen (Gesundheit, soziale Beziehungen, Erfahrungen in der selbstbestimmten Gestaltung des Lebensalltags und des Tätigseins u.v.a.m.)¹⁰⁶⁷

8.1.2.3 Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter: ein quantitativer Überblick

Für Nordrhein-Westfalen wie für das ganze Bundesgebiet liegt keine Erhebung von Primärdaten vor, anhand derer der Personenkreis alter Menschen mit lebenslanger Behinderung vollständig und exakt beschrieben werden könnte. Deshalb wird versucht, die Zielgruppe mithilfe von Verwaltungsdaten, die im Zuge der Gewährung unterschiedlicher Leistungen erhoben und ausgewertet werden, zu analysieren. Es handelt sich hierbei um Daten aus der

- Schwerbehindertenstatistik: Die Schwerbehindertenstatistik erfasst alle Menschen mit Behinderung, die einen Grad der Behinderung von mindestens 50 anhand eines

¹⁰⁶⁶ Vgl. hierzu auch den Teilhabebericht der Bundesregierung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013).

¹⁰⁶⁷ Vgl. Dieckmann, F./Metzler, H. (2013): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht des KVJS-Forschungsprojektes. Stuttgart.

- gültigen Ausweises aufweisen (Beantragung eines Schwerbehindertenausweises).
- Eingliederungshilfestatistik: In der Eingliederungshilfestatistik sind alle Menschen mit Behinderung erfasst, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Anspruch auf Eingliederungshilfe haben alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind und für die entsprechende Hilfe nicht von einem vorrangig verpflichteten Leistungsträger (z. B. einer Kranken- oder Rentenversicherung) erbracht wird.
 - Pflegestatistik: In der Pflegestatistik sind Personen erfasst, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) beziehen.

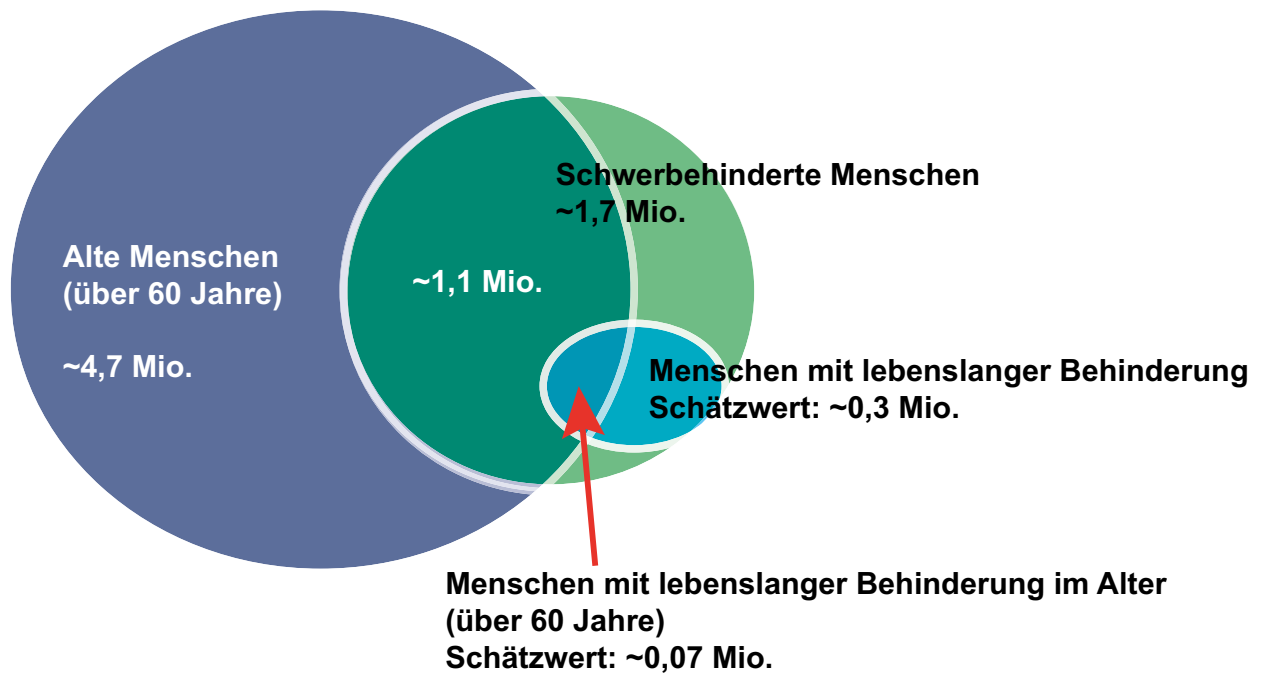
Wie viele Menschen in NRW leben, die eine lebenslange Behinderung aufweisen, lässt sich aus der Schwerbehindertenstatistik (siehe Kapitel 8.1.1) nicht entnehmen, da diese keine Angaben darüber enthält, ab welchem Lebensalter die Behinderung aufgetreten ist.

Daher wurde eine Schätzung vorgenommen, indem der Anteil schwerbehinderter Menschen bis zu der festgelegten Altersgrenze für lebenslange Behinderung (35. Lebensjahr) an der vergleichbaren Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung auf verschiedene Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung übertragen wurde.¹⁰⁶⁸

Nach den Berechnungsgrundlagen für die Berichterstattung zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen des MAIS NRW wird davon ausgegangen, dass in NRW insgesamt 294.961 Menschen mit lebenslanger Behinderung leben. Davon sind 69.613 über 60 Jahre alt. Danach haben etwa 1,5 % aller Menschen über 60 Jahre in NRW eine lebenslange Behinderung, von den schwerbehinderten alten Menschen haben etwa 6,2 % der über 60-Jährigen eine lebenslange Behinderung.

¹⁰⁶⁸ Eine ausführliche Darstellung der Berechnungsgrundlagen findet sich in der vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales herausgegebenen Expertise „Die Lebenssituation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Band 2 der Schriftenreihe des MAIS zur Berichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen).

141 Sich überschneidende Personenkreise: Menschen im Alter, mit Schwerbehinderung, mit lebenslanger Behinderung in NRW zum Stichtag 31. Dezember 2011



Quellen: IT.NRW 2011a und 2011b

Art der Schwerbehinderung

Ordnet man die Behinderungsarten der Schwerbehindertenstatistik¹⁰⁶⁹ der in anderen Statistiken vorgenommenen groben Unterscheidung zwischen körperlicher, psychischer und geistiger Behinderungen zu, dann ergibt sich folgendes Bild:

Den größten Anteil bilden mit 55,1 % körperliche Behinderungen.¹⁰⁷⁰ 30,6 % der Behinderungen fallen in die Kategorie „sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen“, 11,0 % der behinderten Menschen haben eine psychische Behinderung¹⁰⁷¹ und 3,3 % eine geistige Behinderung.¹⁰⁷²

Bei den Menschen mit körperlichen Behinderungen steigt die Anzahl Betroffener – und damit auch der Anteil an der Gesamtbevölkerung – mit dem Alter deutlich an (vgl. Abb. 142). Über 60 % dieser Gruppe sind 65 Jahre und älter, das sind 16 % bezogen auf die über 65-Jährigen der Gesamtbevölkerung. Bei den Personen mit psychischer Behinderung befindet sich die zahlenmäßig größte Gruppe in der Altersklasse von 55 bis unter 65 Jahren. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt mit zunehmendem Alter und beträgt für die über 65-Jährigen 2,2 %. Menschen mit geistiger Behinderung verteilen sich dagegen bis zum Alter von 65 Jahren etwa gleichmäßig auf alle Altersklassen:

¹⁰⁶⁹ Siehe Kapitel 8.1.1

¹⁰⁷⁰ Körperlichen Behinderungen wurden folgende Behinderungsarten der Schwerbehindertenstatistik zugeordnet: Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen. Funktionseinschränkung von Gliedmaßen. Funktionseinschränkung der Wirbelsäule, des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes. Blindheit und Sehbehinderung. Sprach- und Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit. Verlust einer oder beider Brüste, Entstellungen. Beeinträchtigung der Funktion der inneren Organe bzw. Organsysteme. Querschnittlähmung; hirnorganische Anfälle.

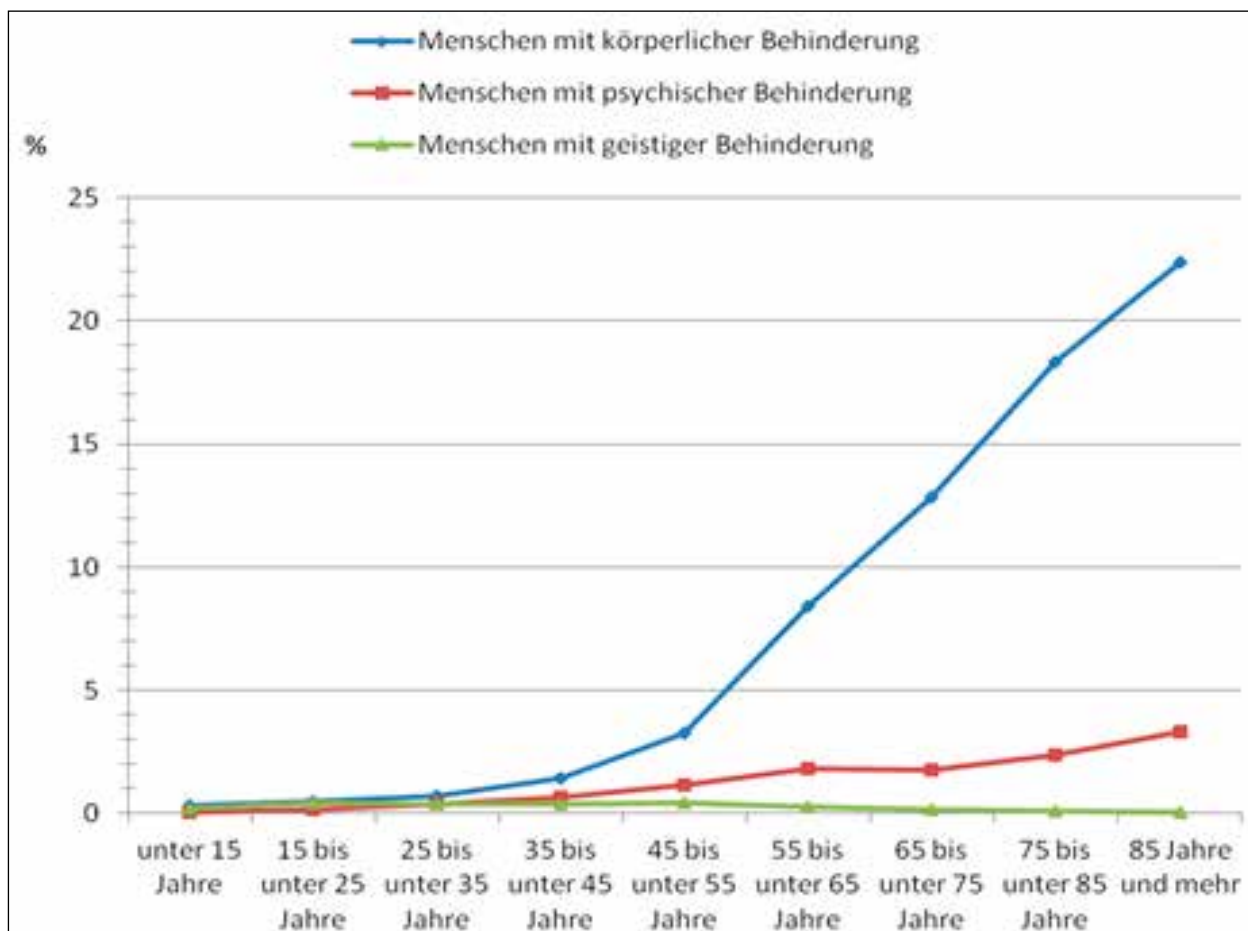
¹⁰⁷¹ Psychischen Behinderungen wurden folgende Behinderungsarten der Schwerbehindertenstatistik zugeordnet: hirnorganisches Psychosyndrom, Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten.

¹⁰⁷² In der Schwerbehindertenstatistik als „Störungen der geistigen Entwicklung“ bezeichnet.

26 % sind unter 25 Jahre, 32 % im Alter von 25 bis unter 45 Jahre und 33 % im Alter von 45 bis unter 65 Jahre.

Dies lässt sich unter anderem auch damit erklären, dass eine geistige Behinderung als Entwicklungsstörung definiert ist, häufig angeboren ist und sich Einschränkungen gemäß der Diagnosekriterien im DSM-5 (Diagnosemanual für psychiatrische Störungen der American Psychiatric Association) und in der ICD-10 (Klassifikationssystem für Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation WHO) bis zum 18. Lebensjahr manifestiert haben müssen.

142 Anteil von Menschen mit Schwerbehinderung getrennt nach Behinderungsarten an der Gesamtbevölkerung von NRW in vergleichbaren Altersstufen



Quelle: IT.NRW 2011a und 2011b, eigene Berechnungen

8.1.2.3.1 Zahlenmäßige Entwicklung und Hilfen

In NRW erhalten insgesamt 118.512 erwachsene Menschen (ab 18 Jahren) eine Eingliederungshilfeleistung (z. B. als Unterstützung zum Wohnen, für Arbeit und Beschäftigung bzw. die Tagesgestaltung im Alter; Stichtag 31. Dezember 2011). Von ihnen sind 42,8 % Frauen und 57,2 % Männer. 12.281 der Leistungsbezieherinnen und -bezieher sind über 60 Jahre alt.

Von Leistungsbezieherinnen und -bezieher im Alter (60 Jahre und älter) gelten 5.761 als primär geistig behindert, das sind 9,6 % der erwachsenen Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit einer geistigen Behinderung. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung,

in der 31,4 % der Erwachsenen über 60 Jahre alt sind, ist der Anteil der über 60-Jährigen mit geistiger Behinderung an der Gesamtzahl der erwachsenen Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit geistiger Behinderung noch vergleichsweise gering. Die Anzahl der psychisch behinderten Menschen, die 60 Jahre oder älter sind, ist mit 6.138 Personen (Anteil an den Erwachsenen mit psychischer Behinderung: 11,6 %) etwas größer, die der primär körperbehinderten Leistungsempfängerinnen und -empfänger in dieser Altersstufe mit 337 Personen (Anteil an den Erwachsenen mit Körperbehinderung: 6,2 %) klein.

Der Blick auf die 50- bis 59-Jährigen zeigt aber, dass eine umfangreiche Generation Älterer nachrückt, insbesondere bei den Personenkreisen mit geistiger (11.784 Personen; 19,7 %) oder psychischer Behinderung (13.729 Personen; 25,8 %).

Die Tabellen 143/I, 143/II und 143/III geben die Anzahl der erwachsenen Leistungsempfängerinnen und -empfänger in NRW wieder, die stationär oder ambulant unterstützt oder ohne professionelle Eingliederungshilfe wohnen. Die Angaben sind nach der Art der Primärbehinderung und nach Altersstufen differenziert. Die Daten sind unvollständig, weil Personen, die allein oder mit Angehörigen ohne professionelle Eingliederungshilfe wohnen und aus einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ausgeschieden sind, nicht mehr in der Eingliederungshilfestatistik erfasst werden. Jedoch: Je älter Menschen mit lebenslanger Behinderung werden, desto geringer ist der Anteil, der noch allein oder bei Angehörigen lebt.

Dazu liegen keine Zahlen aus NRW vor, aber aus Baden-Württemberg, die annähernd übertragbar sind und hier berichtet werden, um eine Vorstellung von der Größenordnung zu bekommen. In Baden-Württemberg lebten zum Stichtag 31. Dezember 2007 8,6 % der 65- bis zu 69-jährigen Menschen mit einer wesentlichen Behinderung ohne ambulante Wohnhilfe in privaten Haushalten; 9,2 % der 70-Jährigen und Älteren (Kommunalverband Jugend und Soziales 2008).¹⁰⁷³ Der Anteil dürfte bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung noch deutlich niedriger sein.¹⁰⁷⁴

1073 Vgl. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) (2008): Alter und Behinderung. Informationen, Meinungen und Praxisbeispiele zu einem aktuellen Thema. Dokumentation von zwei KVJS-Fachtagungen und weiteren Materialien. Stuttgart.

1074 Vgl. Dieckmann, F./Giovis, C./Schäper, S./Schüller, S./Greving, H. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum BMBF-Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe / KathO NRW, S. 33. Verfügbar unter: www.katho-nrw.de/lequi; Bigby, C. (2004): Ageing with a Lifelong Disability: A Guide to Practice, Program and Policy issues for Human Services Professionals. London, S. 162.

Die Anzahl der Eingliederungshilfeempfängerinnen und -empfänger in NRW nach Behinderungsart, ¹⁰⁷⁵ Art des Wohnens und Alter:

143/I Eingliederungshilfen für Menschen mit geistiger Behinderung

Alter in Jahren	Menschen mit geistiger Behinderung				Anteil in Altersstufen
	Stationäres Wohnen	Ambulant betreutes Wohnen	Ohne Wohnhilfe mit WfbM	gesamt	
18-29	4.634	2.596	7.672	14.902	25,00%
30-39	4.321	2.347	4.835	11.503	19,30%
40-49	7.673	2.786	5.324	15.783	26,40%
50-59	6.802	1.867	3.115	11.784	19,70%
60-69	3.095	574	427	4.096	6,90%
70-79	1.300	112	0	1.412	2,40%
80-89	235	8	0	243	0,40%
90-99	10	0	0	10	0,02%
Gesamt	28.070	10.290	21.373	59.733	100%

143/II Eingliederungshilfen für Menschen mit körperlicher Behinderung

Alter in Jahren	Menschen mit körperlicher Behinderung				Anteil in Altersstufen
	Stationäres Wohnen	Ambulant betreutes Wohnen	Ohne Wohnhilfe mit WfbM	gesamt	
18-29	853	216	684	1.753	32,50%
30-39	419	269	547	1.235	22,90%
40-49	491	328	401	1.220	22,60%
50-59	348	283	220	851	15,80%
60-69	122	79	40	241	4,50%
70-79	63	17	0	80	1,50%
80-89	15	0	0	15	0,30%
90-99	1	0	0	1	0,02%
Gesamt	2.312	1.192	1.892	5.396	100%

¹⁰⁷⁵ Suchtkranke Menschen sind Menschen mit psychischer Behinderung zugeordnet. 175 behinderte Menschen sind keiner Behinderungsart zugeordnet und wurden in der Tabelle nicht berücksichtigt.

143/III Eingliederungshilfen für Menschen mit psychischer Behinderung

Alter in Jahren	Menschen mit psychischer Behinderung				Anteil in Altersstufen
	Stationäres Wohnen	Ambulant betreutes Wohnen	Ohne Wohnhilfe mit WfbM	gesamt	
18-29	1.587	5.271	700	7.558	14,20%
30-39	1.830	7.091	1.286	10.207	19,20%
40-49	3.120	10.048	2.328	15.496	29,20%
50-59	3.735	7.965	2.029	13.729	25,80%
60-69	1.835	2.648	342	4.825	9,10%
70-79	568	624	0	1.192	2,20%
80-89	60	57	0	117	0,20%
90-99	2	2	0	4	0,01%
Gesamt	12.737	33.706	6.685	53.128	100%

Stichtag 31.12.2011 (Quelle: LWL, LVR)

Bei 60-jährigen und älteren Menschen mit geistiger Behinderung dominiert eindeutig noch das stationäre gegenüber dem ambulant betreuten Wohnen (80,5 % vs. 12,0 %; 4.640 gegenüber 694 Personen). Deutlich schrumpft der Personenkreis, der allein oder bei Angehörigen lebt (7,4 % der Personen – es sind allerdings keine Angaben zu Personen vorhanden, die aus der WfbM-Tagesstruktur ausgeschieden sind und bei Angehörigen leben – also keine Leistungen der Eingliederungshilfe mehr beziehen).

Von den alten psychisch behinderten Menschen wohnen dagegen in NRW mehr ambulant betreut als in stationären Wohnheimen oder Wohngruppen (54,9 % vs. 40,2 %; 3.331 gegenüber 2.465 Personen). Bei der kleinen Zahl der primär körperbehinderten Leistungsempfängerinnen und -empfänger überwiegt die stationäre Wohnunterstützung. Allerdings ist für diesen Personenkreis zu beachten, dass das Leben in der eigenen Wohnung mit ambulanter Unterstützung vermehrt auch über die „Hilfe zur Pflege“ (SGB XII, §§ 61ff.) finanziert wird.

Ab dem 60. Lebensjahr erhält fast jeder zweite Mensch mit einer geistigen Behinderung statt bzw. nach der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) eine Leistung zur Tagesstruktur – meist im Rahmen von Gruppenangeboten (Leistungstyp 23 oder 24).

Bei alten Menschen mit einer psychischen Behinderung ist Anteil deutlich geringer (31,0 %). Diese Leistungen zur Tagesstruktur werden im Alter fast ausschließlich Menschen mit Behinderung gewährt, die stationär wohnen.

Von den insgesamt 43.180 Menschen mit Behinderung, die in NRW in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe leben, sind 41,8 % (N= 18.041) als pflegebedürftig im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung eingestuft und erhalten Leistungen nach § 43a SGB XI.¹⁰⁷⁶

Besonders hoch ist der Anteil als pflegebedürftig eingestuft bei Menschen mit Körperbehinderung (64,2 %). Von den stationär wohnenden Menschen mit geistiger Behinderung sind 54,3 % als pflegebedürftig eingestuft, bei Menschen mit psychischer Behinderung sind es dagegen nur 10,4 %. Bezogen auf das Alter fällt auf, dass der Anteil der

¹⁰⁷⁶ Unveröffentlichte Datenauswertungen des LVR und des LWL.

pflegebedürftig Eingestuft nur bei Menschen mit psychischer Behinderung kontinuierlich mit dem Alter steigt (vor allem ab dem 55. Lebensjahr).

Bei Menschen mit geistiger Behinderung sowie bei Menschen mit körperlicher Behinderung ist der Anteil der bereits vor Erreichen des Alters als pflegebedürftig Eingestuft („Sockel“) ungleich höher. In stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe ist also ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit geistiger bzw. körperlicher Behinderung bereits Empfängerin bzw. Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Was sich mit dem Älterwerden der Bewohnerschaft ändert, ist die Qualität und der Umfang der im Einzelfall notwendigen pflegerischen Hilfe.

Für NRW liegen keine statistischen Angaben zu einer Pflegeeinstufung bei Menschen mit Behinderung vor, die ambulant betreut werden oder ganz ohne Wohnhilfe seitens der Eingliederungshilfe leben. Die auf NRW in der Tendenz übertragbaren aktuellen Ergebnisse der „Alter erleben“-Studie von Dieckmann/Metzler¹⁰⁷⁷ lassen vermuten, dass der Anteil der älteren Menschen mit lebenslanger Behinderung und Pflegeeinstufung, die ambulant betreut wohnt, noch sehr gering ist. Das ambulant betreute Wohnen ist auf einen Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner selten eingerichtet. Dagegen werden im familiären Kontext ohne professionelle Wohnhilfe weitaus häufiger ältere Angehörige mit lebenslanger Behinderung und hoher Pflegeeinstufung betreut. Für 45-jährige und ältere Menschen mit vorwiegend geistiger Behinderung ergaben sich für Baden-Württemberg folgende Werte: 59 % der Menschen, die im familiären Kontext ohne Wohnhilfe betreut wurden, waren als pflegebedürftig eingestuft: 13,6 % in die Pflegestufe 3, 50 % in die Pflegestufe 2, 34,8 % in die Pflegestufe 1 und nur 1,5 % in Pflegestufe 0. Von den älteren Menschen mit geistiger Behinderung, die ambulant betreut wohnten, waren dagegen „nur“ 14 % eingestuft und zwar vornehmlich in Pflegestufe 1 (41,7 %), Pflegestufe 2 (33 %) oder Pflegestufe 0 (25 %) – niemand in Pflegestufe 3.¹⁰⁷⁸

Wie viele alte Menschen mit lebenslanger Behinderung in NRW in stationären Pflegeheimen leben, ist nicht bekannt. Gemäß der aktuellen Auflistung der Landschaftsverbände gibt es in NRW insgesamt 105 vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI für Menschen mit Behinderung mit 3.769 Plätzen.

Diese vollstationären Pflegeeinrichtungen sind in der Regel schwerpunktmäßig auf bestimmte Personengruppen ausgerichtet: neurologisch Erkrankte (v.a. Wachkoma- und Schlaganfall-Patienten), Menschen mit psychischer, geistiger oder körperlicher (hier vor allem Menschen mit Multipler Sklerose) Behinderung, dauerbeatmete Menschen.

Die Altersverteilung der Bewohnerschaft in diesen spezialisierten Pflegeheimen ist nicht bekannt. Im Unterschied zu klassischen Altenpflegeheimen ist anzunehmen, dass ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner unter 60 Jahre alt ist.

Es fehlen auch Daten darüber, wie viele Menschen mit lebenslanger Behinderung in welchem Alter ambulante Leistungen und/oder ein Pflegegeld aus der sozialen Pflegeversicherung erhalten.

1077 Vgl. Dieckmann, F./Metzler, H. (2013): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht des KVJS-Forschungsprojektes. Stuttgart.

1078 Vgl. ebd., S. 49.

8.1.2.3.2 Künftige Entwicklung der Altersstruktur bei Menschen mit geistiger Behinderung

Eine präzise Vorausschätzung auf der Basis personenbezogener aggregierter Daten und eines expliziten Szenarios liegt für Erwachsene mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe vor.¹⁰⁷⁹ Die Ergebnisse lassen sich auf NRW insgesamt verallgemeinern. Insgesamt wird die Anzahl der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe, die Eingliederungshilfeleistungen beziehen, von etwa 27.000 im Jahr 2010 auf 38.000 im Jahr 2030 steigen. Ihr Anteil an der Bevölkerung gleichen Alters erhöht sich von 0,32 % auf 0,47 %. Die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre werden im Jahre 2030 das 60. Lebensjahr überschritten haben. Während also im Jahr 2010 die 40- bis 49-Jährigen die stärkste Altersgruppe darstellen, werden dies in 20 Jahren mit Abstand ältere und alte Menschen sein.

Der Anteil der älteren und alten Menschen an den Erwachsenen mit geistiger Behinderung wird sich normalisieren, d. h. von 10 % im Jahre 2010 auf 31 % im Jahr 2030 steigen. Es handelt sich um eine nachholende Entwicklung. Der Vergleichswert für die NRW-Allgemeinbevölkerung wird in 2025 bei 39 % liegen. Die Anzahl der 60-Jährigen und Älteren in Westfalen-Lippe wird sich in den nächsten 20 Jahren mehr als vervierfachen: von 2.652 auf 11.789 Personen.

Im Jahr 2030 werden fast die Hälfte aller Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Wohnheimen 60 Jahre oder älter sein. Ihre absolute Anzahl wird sich in den nächsten 20 Jahren vervierfachen.

Wohnheime werden in 20 Jahren vor allem auch Lebensorte für geistig behinderte ältere und alte Menschen sein – das gilt ganz unabhängig davon, ob es in den nächsten Jahren gelingen wird, ambulant unterstützte Wohndienste quantitativ und qualitativ weiter auszubauen, um die steigenden Bedarfszahlen zu decken.

Bis 2030 ist mit einer Verdoppelung der ambulant unterstützt wohnenden Erwachsenen mit geistiger Behinderung zu rechnen, wenn die aktuelle Praxis der Gewährung und Inanspruchnahme von Wohnhilfen in die Zukunft projiziert wird. Bisher werden nur wenige geistig behinderte ältere und alte Menschen von ambulanten Wohndiensten unterstützt (258 Personen in Westfalen; Stand 2010). Die Anzahl der 60-Jährigen und älteren wird sich bis zum Jahr 2030 verzehnfachen, ihr relativer Anteil wird von 7 % auf 36 % steigen. Über ein Drittel der Klientinnen und Klienten im ambulant unterstützten Wohnen wird 2030 zu den älteren und alten Menschen gehören.

In die Vorausschätzung geht die empirisch fundierte Annahme ein, dass die weit überwiegende Zahl geistig behinderter älterer und alter Menschen auf eine professionelle Wohnunterstützung angewiesen sein wird, weil Angehörige nicht (mehr) in der Lage sein werden, in dem bisherigen Ausmaß Hilfe zu leisten.

Entsprechend verändert sich die Altersstruktur dieses Personenkreises bis 2030 nicht grundsätzlich. Personen aus den geburtenstarken 1960er-Jahrgängen, die aktuell zwischen 40 und 50 Jahre alt sind, werden in den nächsten Jahren verstärkt Wohnhilfen beantragen. 2030 werden lediglich 5 % der älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung ohne professionelle Unterstützung eigenständig oder bei Angehörigen wohnen. Die Altersstrukturen verändern sich in Städten und Landkreisen mit unterschiedlichen

¹⁰⁷⁹ Vgl. Dieckmann, F./Giovis, C. (2012): Der demografische Wandel bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Vorausschätzung der Altersentwicklung am Beispiel von Westfalen-Lippe. In: Teilhabe, 51 (1), 12-19; Dieckmann, F. et al. (2010).

Geschwindigkeiten. Kreise mit großen traditionellen Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe haben bereits jetzt eine größere Anzahl und einen höheren Anteil alter Menschen mit lebenslanger Behinderung. Dort vollzieht sich der demografische Wandel sehr viel früher als in den Kreisen, deren Behindertenhilfestrukturen stärker durch den Bau gemeindenaher Wohnheime in den 1960er- bis 1980er-Jahren geprägt sind. In diesen Kreisen sind die Bewohner und Bewohnerinnen noch jünger.¹⁰⁸⁰ Daraus ergeben sich regional spezifische Entwicklungsnotwendigkeiten und Chancen, die genutzt werden können, um den Systemwandel in der Behindertenhilfe zu forcieren (z. B. die Auflösung bzw. Verkleinerung entlegener Einrichtungen, ehemaliger „Zentralgelände“).

8.1.2.3.3 Lebenserwartung von Menschen mit lebenslanger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung von geistiger Behinderung

Für Erwachsene mit einer geistiger Behinderung wurde die Lebenserwartung auf der Basis einer Kompletterhebung (N=13.500) für die Jahre 2007 bis 2009 in stationären Wohneinrichtungen in Westfalen-Lippe berechnet.¹⁰⁸¹ Zu den Wohneinrichtungen zählen Wohnheime und Außenwohngruppen, in denen Menschen mit Behinderung leistungrechtlich „stationär“ und eben nicht ambulant betreut in der eigenen Wohnung leben. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt für Männer mit geistiger Behinderung 71,0 Jahre und für Frauen 72,8 Jahre. Im Vergleich zu den jüngsten internationalen Studien sind die Werte noch gestiegen.¹⁰⁸²

Gleichwohl ist die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer und Frauen noch deutlich niedriger als die der deutschen Gesamtbevölkerung für 2007 bis 2009: Männer 77,3 Jahre und Frauen 82,5 Jahre. Die geschlechtsabhängige Differenz macht 6,3 bzw. 9,7 Jahre aus. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass in der Untersuchungsstichprobe auch Erwachsene mit Down-Syndrom (etwa 10 bis 15 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer) oder mit einer zusätzlichen körperlichen Behinderung vertreten sind, die im Schnitt immer noch eine deutlich geringere Lebenserwartung haben. Für Menschen mit Down-Syndrom errechnet die jüngste australische Studie eine mittlere Lebenserwartung von 60 Jahren.¹⁰⁸³

Bei Menschen mit psychischer Behinderung ist die Lücke zur Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung laut aktueller Studien dagegen nicht kleiner geworden. Untersucht wurden Personen mit Schizophrenie, Depression/affektive Störungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen. Je nach Störung berichtet eine Londoner Studie¹⁰⁸⁴ für Männer von einer um 8,0 bis 14,6 Jahre geringeren Lebenserwartung, während die von Frauen je nach Störung zwischen 9,8 und 17,5 Jahre niedriger ist.

1080 Vgl. Blankenfeld, C./Heck, M. (2004): Geistig behinderte erwachsene Menschen in den Stadt- und Landkreisen. Angebotsentwicklung und Bedarfsvorausschätzung zu Tagesstruktur und Wohnen. Stuttgart.

1081 Vgl. Dieckmann, F./Metzler, H. (2013).

1082 Vgl. Bittles, A./Petterson, P./Sullivan, S./Hussain, R./Glasson, E./Montgomery, P. (2002): The Influence of Intellectual Disability on Life Expectancy. In: *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A, 470-472; Janicki, M./Dalton, A./Hendersons, C./Davidson, P. (1999): Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations. In: *Disability and Rehabilitation*, 21 (5/6), 284-294.

1083 Vgl. Bittles, A./Glasson, E. (2004): Clinical, Social, and Ethical Implications of Changing Life Expectancy in Down Syndrome. In: *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46, 283.

1084 Vgl. Chang, C.-K./Hayes R./Perera G./Broadbent M./Fernandes A. (2011): Life Expectancy at Birth for People With Serious Mental Illness and Other Major Dis-orders from a Secondary Mental Health Care Case Register in London. *PLoS ONE* 6(5): e19590. doi:10.1371/journal.pone.0019590. Verfügbar unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097201/pdf/pone.0019590.pdf (12.8.2013).

Eine skandinavische Studie,¹⁰⁸⁵ deren Ergebnisse auf Nordrhein-Westfalen übertragbar sind, konstatiert für Frauen mit psychischer Erkrankung eine etwa 15 Jahre geringere Lebenserwartung, während die der Männer etwa 20 Jahre geringer ist als die der Allgemeinbevölkerung. Der Suizid als einer der häufigsten Todesursachen (13,9 % der Todesfälle in einer Studie von Lawrence et al.¹⁰⁸⁶) trägt erheblich zu den nach wie vor bestehenden Differenzen bei.

Bei Menschen mit Körperbehinderung zeigt sich ein differenziertes Bild. Zwei Beispiele: Bei Multipler Sklerose geben Kingwell et al.¹⁰⁸⁷ auf der Basis einer Stichprobe mit fast 7.000 Patienten aus British Columbia (Kanada) die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen mit 78,6 Jahren und für Männer mit 74,3 Jahren an.

Bei Menschen mit Zerebralparese ist das Funktionsniveau, genauer gesagt die Fähigkeit sich selbstständig fortzubewegen und zu essen, ein entscheidender Prädiktor für die Lebenserwartung. Menschen mit Zerebralparese und einem sehr niedrigen Funktionsniveau haben laut der kalifornischen Studie von Strauss und Shavelle¹⁰⁸⁸ eine um elf Jahre verminderte Lebenserwartung gegenüber der Allgemeinbevölkerung, während bei Personen mit hohem Funktionsniveau die Unterschiede gering waren.

8.1.2.4 Gestalten und Erleben der Lebensphase Alter

Falls alte Menschen mit lebenslanger Behinderung überhaupt gesellschaftlich wahrgenommen werden, gehören sie ähnlich wie Menschen mit Demenzerkrankungen zu den Personengruppen, auf die negative Altersbilder projiziert werden. Die Unterscheidung zwischen gesunden und den gebrechlichen Alten wirkt doppelt entwertend im Blick auf Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter: Sie gehörten ihr Leben lang nicht zu den Erfolgreichen ihrer Generation, im Alter werden sie erneut primär mit ihren Defiziten gegenüber den „erfolgreichen Alten“ wahrgenommen.¹⁰⁸⁹ Dieckmann et al.¹⁰⁹⁰ plädieren daher für einen Perspektivwechsel „hin zur Wahrnehmung der Menschen selbst und ihrer selbst definierten Präferenzen und Bedürfnisse“.

Über die subjektiven Altersbilder von Menschen mit lebenslangen Behinderungen ist wenig bekannt. Während Krüger¹⁰⁹¹ ein Überwiegen negativer Konnotationen (Gebrechlichkeit, Krankheit oder Angst davor, „abgeschoben“ zu werden) festgestellt hat, gehen

1085 Vgl. Nordentoft, M./Wahlbeck, K./Hällgren, J./Westman, J./Ösby, U./Alinaghizadeh, H./Gissler, M./Laursen T.M. (2013): Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS ONE 8(1): e55176. doi:10.1371/journal.pone.0055176. Verfügbar unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555866/pdf/pone.0055176.pdf (12.8.2013).

1086 Vgl. Lawrence, D./Hancock, K.J./Kisely, S. (2013): The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retro-spective analysis of population based registers. In: British Medical Journal 2013;346:f2539 doi:10.1136/bmj.f2539. Verfügbar unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660620/ (12.8.2013).

1087 Vgl. Kingwell, E./van der Kop, M./Zhao, Y./Shirani, A./Zhu, F./Oger, J./Tremlett, H. (2012): Relative mortality and survival in multiple sclerosis: findings from British Columbia, Canada. In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 83, 61-66

1088 Vgl. Strauss, D./Shavelle, R. (1998): Life Expectancy of Adults With Cerebral Palsy. In: Developmental Medicine and Child Neurology, 40 (6), 369-375.

1089 Vgl. Bigby, C. (2004): Ageing with a Lifelong Disability: A Guide to Practice, Program and Policy issues for Human Services Professionals. London, S. 245.

1090 Vgl. Dieckmann, F./Graumann, S./Schäpper, S./Greving, H. (2013): Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster, S. 18.

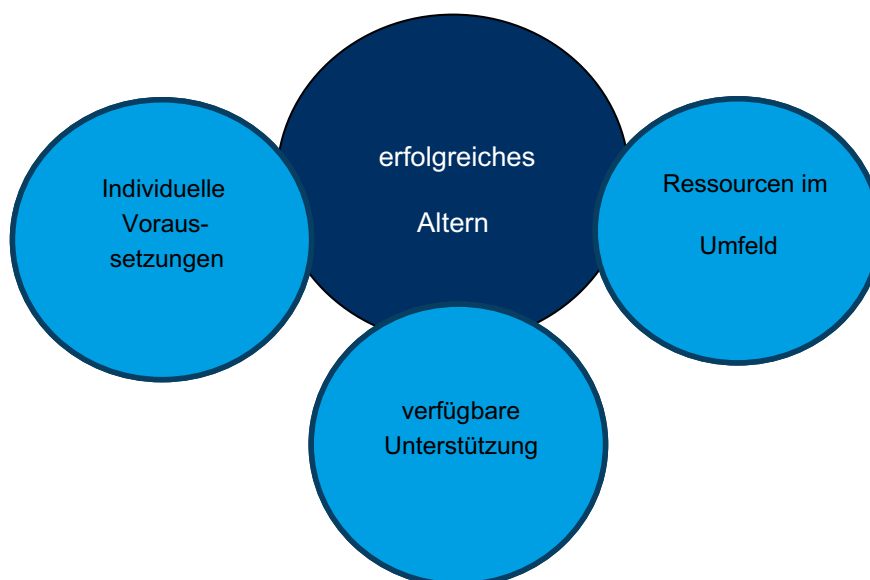
1091 Vgl. Krüger, D. (2005): Die Auswirkungen des Älterwerdens auf die Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Lützenkirchen, A. (Hg.): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen, Praxisfelder, Institutionen. Stuttgart, S. 71.

Haveman und Stöppler¹⁰⁹² davon aus, dass Altersbilder von Menschen mit lebenslanger Behinderung – wie bei anderen – stark mit den „Lebenseinstellungen und -ansichten, dem Ergebnis des Lebenslaufs und den biologischen, psychischen und sozialen Lebensstrukturen zusammen[hängen]“.

Neben den Einschränkungen werden dabei auch Privilegien wahrgenommen, die mit zunehmendem Alter verbunden sind. Bei kognitiven Beeinträchtigungen ist die Fähigkeit, den eigenen Alterungsprozess zu antizipieren zwar z. T. eingeschränkt, dennoch bestehen vorausschauend Bilder vom eigenen Alter, die vor allem durch bisherige Lebenserfahrungen¹⁰⁹³ und durch Befürchtungen, dass sich die gegenwärtigen Lebensbedingungen negativ verändern, geprägt sind.

Heller¹⁰⁹⁴ betont, dass „erfolgreiches Altern“ bei Menschen mit geistiger Behinderung im Zusammenspiel von individuellen Voraussetzungen, Bedingungen im sozialen Umfeld und den verfügbaren Unterstützungsleistungen entsteht.

144 Bedingungsfaktoren erfolgreichen Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung¹⁰⁹⁵



Für den Erfolg ist das Zusammenspiel dieser drei Faktoren, nicht das Individuum allein verantwortlich. Für ein erfolgreiches Altern hält Bigby¹⁰⁹⁶ (2004, 269) auch den Abbau von getrennten Dienstleistungssystemen in der Behinderten- und Altenhilfe und die gemeinsame Planung von Hilfeleistungen für notwendig – auch um die Altersdiskriminierung von Menschen mit lebenslanger Behinderung zu bekämpfen.

1092 Vgl. Haveman, M./Stöppler, R. (2010): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation (2., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart, S. 98.

1093 Vgl. Jeltsch-Schudel, B./Junk-Ihry, A. (2006): Kenntnisse und Vorstellungen älterer Menschen mit geistiger Behinderung über Alter und Lebenslauf. In: Berufsverband der Heilpädagogen e.V. (Hg.): Kongressbericht 2005. Heilpädagogik in Praxis, Forschung und Ausbildung. Berlin, S. 231.

1094 Vgl. Heller, T. (2004): Aging with Developmental Disabilities. In: Kemp, B./Mosqueda, L. (Eds.): Aging With a Disability. What the Clinician Needs to Know. Baltimore, 213-236.

1095 In Anlehnung an Heller 2004, 215.

1096 Vgl. Bigby, C. (2004), S. 269.

Auf die Prozesshaftigkeit des Alter(n)s weist Bigby¹⁰⁹⁷ mit Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung hin: Sie versteht Altern als einen lebenslangen Prozess.

Menschen mit lebenslanger Behinderung sollten schon in jüngeren Lebensaltern präventive Strategien entwickeln können, um die Anforderungen, die mit Altern einhergehen, bewältigen zu können.

Die Erhaltung der Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebensweisen gehören ebenso dazu wie die Entfaltung von stabilen sozialen Netzwerken, die sich positiv auf die emotionale und körperliche Befindlichkeit auswirken. Die biografische Perspektive ist aber auch von besonderer Bedeutung im Blick auf die Bewältigung der Folgen früherer Ausgrenzungs- und Benachteiligungserfahrungen der heute älteren Menschen mit lebenslanger Behinderung: Nicht gelungene Interaktionen, fehlende Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung und ein Mangel an sozialer Anerkennung erschweren den Prozess der positiven Aneignung der Lebensphase „Alter“. Daher bedarf es der pädagogischen Begleitung und Unterstützung über die gesamte Lebensspanne, zumal Menschen mit lebenslanger Behinderung in Deutschland kaum über Vorbilder verfügen, an denen sie sich orientieren können.

8.1.2.5 Soziale Beziehungen

Persönliche soziale Netzwerke tragen gerade auch bei Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden bei.¹⁰⁹⁸ Sie helfen präventiv, Belastungssituationen zu vermeiden (proaktive Schutzfunktion), z. B. dadurch, dass Gefühle der Einsamkeit weniger häufig auftreten.¹⁰⁹⁹

Soziale Netzwerke wirken als Abfederung in Belastungssituationen (z. B. beim Übergang in den Ruhestand, bei der Trauer über den Tod eines Elternteils, bei gesundheitlichen Einschränkungen). Persönliche soziale Beziehungen helfen, die soziale Identität aufrechtzuerhalten, und einen Sinnhorizont zu stiften (Zugehörigkeit zu und Anerkennung durch andere, Teilen von Einstellungen, Werten und Erfahrungen). Die soziale Kontrolle, die Beziehungspartnerinnen und -partner ausüben, kann eine einengende (z. B. Bevormundung), aber auch eine heilsame bzw. schützende Wirkung entfalten (z. B. aufeinander achten). Mehr als von der Quantität der Netzwerkpartnerinnen und -partner hängen positive Wirkungen von der Qualität der einzelnen sozialen Beziehungen ab. Entscheidend ist, dass jemand im Bedarfsfall verfügbar wäre (die wahrgenommene Kontrolle) und das Vorhandensein einer oder mehrerer enger Vertrauenspersonen („Confident“).

Familiäre, Freundschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen haben je besondere Eigenschaften, die sie für unterschiedliche Unterstützungsaufgaben geeignet erscheinen lassen.¹¹⁰⁰ Zum Beispiel sind die Beziehungen zur Nachbarschaft räumlich nah, aber emotional weniger intensiv. Im Gegensatz dazu sind die familiären Beziehungen gefühlsmäßig enger und mit stärkeren Verpflichtungsgefühlen verbunden. Die sozialen

1097 Vgl. ebd., S. 270.

1098 Vgl. Dieckmann, F./Metzler, H. (2013): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht des KVJS-Forschungsprojektes. Stuttgart; Sibitz, I./Amering, M./Unger, A./Seyringer, M.E./Bachmann, A./Schrank, B./Benesch, T./Schulze, B./Woppmann, A. (2011): The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. In: *European Psychiatry*, 26 (1), 28-33.

1099 Vgl. Stancliffe, R./Lakin, K./Doljanac, R./Byun, S./Taub, S./Chiri, G./Ferguson, P. (2007): Loneliness and Living Arrangements. In: *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (6), 380-390.

1100 Vgl. Litwak (1985), zit. n. Bigby, C. (2004), S. 119.

Netzwerke von älteren Erwachsenen mit geistiger Behinderung sind grundlegend anders als bei Älteren ohne Behinderung. Sie sind (noch) kleiner als die jüngerer Erwachsener mit geistiger Behinderung¹¹⁰¹ und viele Beziehungen sind über längere Jahre nicht stabil.¹¹⁰²

Zu den Beziehungspartnerinnen und -partnern gehören typischerweise neben den professionellen Unterstützerinnen und Unterstützern Angehörige der Herkunftsfamilie und andere Menschen mit Behinderung. Sehr viel seltener bestehen engere Beziehungen zu Menschen ohne Behinderung.

Ein Großteil der Menschen mit geistiger Behinderung hat keine feste Lebenspartnerin bzw. keinen festen Lebenspartner und keine eigenen Kinder. Die Eltern sind oft die wichtigsten Bezugspersonen im informellen Netzwerk.

Nach dem Tod der Eltern sind Geschwister die nächsten Verwandten. Zu ihnen und oft auch zu deren Partnerinnen bzw. Partnern (eher zu Schwägerinnen als zu Schwägern) bestehen häufig enge Beziehungen.

Freundschaften zwischen Erwachsenen mit geistiger Behinderung sind häufig und spielen eine wichtige Rolle in ihrem Leben. Freundschaftsnetze unter Menschen mit Behinderung bilden die Basis für die Vertretung gemeinsamer Interessen und erleichtern die Gründung von Selbsthilfe- oder Selbstvertretungsgruppen. Zu unterscheiden sind aber Freundschaften zwischen Menschen mit Behinderung, die auf gemeinsamen Interessen und der freien Wahl beruhen, von Sozialkontakten ohne Bindung, die z. B. allein aufgrund einer von außen vorgenommenen Platzierung in Gruppen bestehen. Viele Freundschaften bleiben beschränkt auf ein bestimmtes Setting, zum Beispiel die Wohngruppe, die Werkstatt, ein Tagesangebot. Außerhalb dieses Kontextes treffen sich Menschen mit Behinderung selten mit den Freundinnen und Freunden, die sie von dort kennen. Ihre Kontextspezifität macht diese Freundschaften anfällig für Abbrüche bei Umzügen oder nach dem Ausscheiden aus einer Werkstatt bzw. einer Tagesbeschäftigung. Wenn die alltägliche Nähe und Begegnung nicht mehr gegeben ist, zerbrechen diese Freundschaften. Menschen mit geistiger Behinderung im Alter bedürfen der Unterstützung, um mit Freundinnen und Freunden in Kontakt zu bleiben. Häufig nehmen professionelle Unterstützerinnen und Unterstützer die Existenz solcher Freundschaften gar nicht wahr und tun wenig, um diese aufrechtzuerhalten.

Zu den Bekannten gehören u. a. Nachbarinnen und Nachbarn in der Umgebung, Betreiber und Verkaufspersonal örtlicher Geschäfte, Mitglieder von Vereinen, Kirchengemeinden und loserer Kreise. Diese persönlichen Bekanntschaften stärken die soziale Identität und erhöhen die Bekanntheit, Hilfsbereitschaft und Toleranz gegenüber Menschen mit lebenslanger Behinderung im Quartier.

Ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung haben gerade auch bei sehr privaten Aktivitäten mit einer Vielzahl von professionellen Unterstützerinnen und Unterstützern zu tun, zu denen sie sehr unterschiedlich enge Beziehungen pflegen.

Professionelle Unterstützerinnen und Unterstützer gehören zu den engsten Vertrauenspersonen. Sie leisten nicht nur verlässlich die individuell notwendige Hilfe, sondern repräsentieren auch die Welt der Menschen ohne Behinderung und schlagen Brücken in

1101 Vgl. Robertson, J./Emerson, E./Gregory, N./Hatton, C./Kessissoglou, S./Angela Hallam, A./Linehan, C. (2001): Social Networks of People With Mental Retardation in Residential Settings. In: Mental Retardation, Vol. 39, No. 3, pp. 201-214.

1102 Vgl. Haveman, M./Stöppler, R. (2010).

diese Welt, fungieren als „Dolmetscher“. Allerdings ist die Dauer der Beziehung zu einer professionellen Unterstützungsperson beschränkt und endet oft abrupt, wenn diese den Arbeitsplatz wechselt. Gerade die Beziehungsabbrüche zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zu denen sich ein sehr persönliches und vertrauensvolles Verhältnis entwickelt hat, werden als belastend erlebt.

Anders als professionelle sind informelle Unterstützerinnen und Unterstützer allein der behinderten Person gegenüber verpflichtet. Sie können gegenüber den Dienstleistern und Leistungsträgern anwaltlich auftreten, auf das Wohlergehen der Person und ihrer Bedürfnisse achten, Unterstützungsleistungen aushandeln und deren Qualität mit überwachen.

Informelle Unterstützung kann also nur unzureichend durch professionelle Dienste ersetzt werden, weshalb ein Verlust enger informeller Beziehungen (z. B. zu den Eltern) ältere Menschen mit geistiger Behinderung besonders verletzlich macht.

Untersuchungen zu sozialen Netzwerken psychisch behinderter Menschen (meist mit schizophrenen Störungen) kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie die Studien bei geistig behinderten Erwachsenen.¹¹⁰³

Wie die soziale Einbindung mit der Wohnform zusammenhängt, zeigen die Ergebnisse von Dieckmann und Metzler.¹¹⁰⁴

Sowohl bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung, die in der Familie leben, als auch bei solchen, die ambulant betreut oder in stationären Einrichtungen wohnen, gibt es einen Anteil von Personen, deren Sozialbeziehungen auf die engsten direkten Unterstützungspersonen beschränkt bleibt und die sonst sozial isoliert sind. In allen Wohnformen finden sich aber auch Ältere mit einem ausdifferenzierten Beziehungsnetz. Professionelle Unterstützerinnen und Unterstützer und Angehörige sind die wichtigsten Bezugspersonen, wenn es um die instrumentelle Hilfe im Alltag und die Unterstützung bei wichtigen Angelegenheiten geht.

Für Erwachsene mit geistiger Behinderung, die in der Herkunftsfamilie wohnen, ist häufig die überfürsorgliche Einstellung der Eltern ein Problem: Das erwachsene „Kind“ gerät in den Konflikt zwischen dem Bestreben, Unabhängigkeit zu entwickeln und auszuprobieren, und dem Wunsch nach Sicherheit, Kontinuität und dem Verpflichtungsgefühl gegenüber den Eltern. Außerdem ist das Zusammenleben mit einem Elternteil, das gebrechlich geworden ist, auch für Menschen mit Behinderung mit vielerlei Einschränkungen verbunden.¹¹⁰⁵

Die meisten Erwachsenen mit geistiger Behinderung haben nach dem Verlust der Eltern keine anderen Familienmitglieder, die die tägliche direkte Unterstützung leisten können. Allerdings überrascht, dass in der von Dieckmann/Metzler¹¹⁰⁶ 2013 vorgelegten Studie bei den über 45-jährigen Befragten in familiären Wohnkontexten 22 % bei Geschwistern lebten – und das verstärkt im ländlichen Raum. Insgesamt „ersetzen“ häufig Geschwister die Eltern als Schlüsselperson im informellen Netzwerk. Als „Kümmerer“ leisten sie vor allem indirekte instrumentelle Hilfe. Die direkte tägliche Unterstützung wird in den meisten Fällen von professionellen Diensten erbracht.

1103 Vgl. Haberfellner, E./Rittmannsberger, H. (1995): Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch Kranker: eine Netzwerkuntersuchung. In: Psychiatrische Praxis 22 (4), 145-149.

1104 Vgl. Dieckmann, F./Metzler, H. (2013).

1105 Vgl. Bigby, C. (2004), S. 122f.

1106 Vgl. Dieckmann, F./Metzler, H. (2013).

8.1.2.6 Arbeitsleben und Übergang in den Ruhestand

Arbeit als wichtige Teilhabechance auch für ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung

Das Älterwerden am Arbeitsplatz und der Übergang in den Ruhestand sind für Menschen mit lebenslangen Behinderungen – wie für alle Berufstätigen – mit großen Herausforderungen verbunden. Mit dem Wegfall geregelter Arbeit entfällt die strukturierte Gestaltung des Tages (vgl. Kap. 8.1.2.5), soziale Beziehungen müssen neu justiert und alltägliche Versorgungsstrukturen neu organisiert werden.

Die überwiegende Zahl der Menschen mit geistiger Behinderung arbeitet in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), eine zunehmende Anzahl aber auch in den in den letzten Jahrzehnten entstandenen verschiedenen Formen der unterstützten Beschäftigung gem. § 38a SGB IX,¹¹⁰⁷ in ausgelagerten Arbeitsplätzen „unter dem Dach der WfbM“ sowie in Integrationsunternehmen oder -betrieben gem. § 132 SGB IX.

In Anlehnung an psycho- und sozialgerontologische Phasenmodelle zur Anpassung an den Ruhestand¹¹⁰⁸ werden im Blick auf Menschen mit lebenslanger Behinderung als Beschäftigte einer WfbM drei Phasen unterschieden:

- die Phase der Planung oder Antizipation des Ruhestands, die sowohl von Vorfreude als auch von Ängsten geprägt sein kann,
- der Prozess der Entscheidung für den Eintritt in den Ruhestand und
- der eigentliche Prozess der Anpassung an die neue Lebenssituation.¹¹⁰⁹

Studien zu Anpassungsprozessen an die nachberufliche Lebensphase weisen auf eine Reihe von unterstützenden Faktoren hin: Ein höherer Bildungsstatus, Selbstbestimmung über den Zeitpunkt und die Ausgestaltung des Übergangs, eine gute soziale Einbindung jenseits des Arbeitsplatzes sowie ein guter Gesundheitszustand wirken sich positiv auf die Bewältigung des Rollenwechsels aus.

In all diesen Punkten sind Menschen mit lebenslanger Behinderung benachteiligt, was die Notwendigkeit einer Begleitung im Übergang deutlich unterstreicht. Diese Benachteiligung ist durch individuell angepasste Maßnahmen zur individuellen Unterstützung zu kompensieren.¹¹¹⁰

Aus diesen Projekten lassen sich folgende Empfehlungen für die individuelle Unterstützung im Übergang in den Ruhestand ableiten:

- vorausschauende Arbeitsplatzanpassung (Wechsel zu einfacheren und Vermeidung belastender Tätigkeiten), Nutzung technischer Hilfsmittel zur Arbeitsplatzanpassung, Anpassung von Arbeitszeiten und Ausdehnung von Pausenzeiten, Rückzugsmöglichkeiten wie Ruheräume spezielle Therapie- und Beratungsmöglichkeiten;
- flexible, schrittweise Übergänge in den Ruhestand durch stufenweise Reduzierung

1107 Vgl. Doose, S. (2007): Unterstützte Beschäftigung: Berufliche Integration auf lange Sicht. Theorie, Methodik und Nachhaltigkeit der Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten durch Integrationsfachdienste und Werkstätten für behinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Verbleibs- und Verlaufsstudie (2. akt. u. überarb. Aufl.). Marburg.

1108 Vgl. Mayring, Ph. (2000): Pensionierung als Krise oder Glücksgewinn? Ergebnisse aus einer quantitativ-qualitativen Längsschnittuntersuchung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (2000), S. 125.

1109 Vgl. Gusset-Bährer, S. (2004): „Dass man das weiterträgt, was älteren Menschen mit geistiger Behinderung wichtig ist“. Ältere Menschen mit geistiger Behinderung im Übergang in den Ruhestand. Verfügbar unter: www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/4837 (24.03.2013); Haveman, M./Stöppler, R. (2010), S. 131.

1110 Vgl. Trost, R./Metzler, H. (1995), S. 42; Mair, H./Hollander, J. (2006); Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte (2005); Lindmeier, B. (2010).

- der Arbeitszeit, z. B. durch stunden- oder tageweise Arbeitsbefreiung;
- Bildungs- und Beratungsangebote zur Vermittlung von Wissen über die Möglichkeiten und Herausforderungen der Lebensphase, zur Auseinandersetzung mit individuellen Vorstellungen, zur Gesundheitsförderung und persönlichen Zukunftsplanung;
 - Angebote der Tagesgestaltung und zur Unterstützung der Neugestaltung des Netzwerks sozialer Beziehungen in der Übergangs- und in der Nacherwerbsphase.

Sondergruppen für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer innerhalb der WfbM sollten dabei vermieden werden.¹¹¹¹

Aus den Anforderungen an die Gestaltung des Übergangs ergibt sich ein spezifischer Fort- und Weiterbildungsbedarf im Hinblick auf professionelle Unterstützung sowohl des Personals in den Werkstätten für behinderte Menschen als auch in den stationären und ambulanten Wohn- und Betreuungseinrichtungen. Zudem stellen sich organisatorische Fragen wie die Flexibilisierung von Fahrdiensten, um individueller zugeschnittene Arbeitszeitmodelle realisieren zu können.¹¹¹²

Neben einer Differenzierung des Leistungsangebotes im Hinblick auf Arbeits- und Beschäftigungsangebote der Werkstätten ist auch der Ausbau von Netzwerkstrukturen sinnvoll, um Übergänge zwischen verschiedenen Beschäftigungs-, Unterstützungs- und Bildungsangeboten flexibel und bedarfsgerecht gestalten zu können. Angehörige sind in diese Netzwerke einzubeziehen, da die WfbM für sie oft die einzige Brücke zu Unterstützungsangeboten der Behindertenhilfe ist und weil der Ausstieg aus der WfbM auch für die Alltagsgestaltung erhebliche Konsequenzen hat.

Neben diesen strukturellen Herausforderungen ergeben sich auch Herausforderungen mit Blick auf die materielle Versorgungssicherheit. Während der Beschäftigungszeit in der Werkstatt sind die Beschäftigten unfall-, pflege-, kranken- und rentenversichert. Nach 20 Jahren Berufstätigkeit haben sie Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente (EU-Rente § 43 Abs. 6 SGBX VI), die mit Beginn des 65. Lebensjahres in eine Regelaltersrente umgewandelt wird, beziehungsweise eine Altersrente für Schwerbehinderte. Bezieht die berentete Person zugleich Leistungen der Eingliederungshilfe, wird die Rentenzahlung zur Deckung der Leistungen eingesetzt. Während der Zeit der Werkstattbeschäftigung sind individuelle Maßnahmen zur finanziellen Altersvorsorge nur sehr begrenzt möglich.¹¹¹³

Menschen mit lebenslanger Behinderung können in der Regel aus ihrer Lebensarbeitsleistung eine materielle Versorgungssicherheit im Alter nur auf sehr niedrigem Niveau erwirtschaften, sodass sie im Alter häufig mit sehr bescheidenen finanziellen Mitteln ihren Alltag gestalten und auf Sozialleistungen angewiesen sind.

1111 Vgl. Lindmeier, B. (2013), S. 16.

1112 Vgl. ebd., S. 16f.

1113 Vgl. Haveman, M./Stöppler, R. (2010), S. 127.

8.1.2.7 Gestaltung freier Zeit im Alter

In der Regel organisieren und verbringen Menschen im Alter ihre wirklich „freie“ Zeit allein oder mit Personen aus ihrem sozialen Netzwerk. Bei alten Menschen mit lebenslanger Behinderung spielen zusätzlich professionelle Unterstützerinnen und Unterstützer eine wichtige Rolle, weil:

- ihre persönlichen sozialen Netzwerke häufig sehr klein sind;
- ein Teil der alten Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alltag auf eine unterstützende Begleitung angewiesen ist,
- viele mit der eigenständigen Organisation von Freizeit überfordert sind.

Kosten für Aktivitäten, fehlende Transportmittel und mögliche gleichgültige oder gar negative Einstellungen von Anbietern oder anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern sind wesentliche Barrieren für eine Beteiligung.

Die notwendige besondere Unterstützung von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung bei einer möglichst individuellen Lebensführung im Alter und damit auch bei der Gestaltung freier Zeit zielt darauf ab,

- Wahlmöglichkeiten für die individuelle Planung bereitzustellen;
- persönliche soziale Netzwerke zu pflegen und zu stärken;
- die Teilnahme an Aktivitäten in der Gemeinde, z. B. auch an freiwilligem Engagement, zu ermöglichen;
- Kompetenzen durch deren Gebrauch aufrechtzuerhalten;
- die Gesundheit zu fördern;
- Gelegenheiten zu schaffen, um sich selbst wahrzunehmen und auf vielfältige Weise auszudrücken;
- das Erleben von Muße zu ermöglichen.¹¹¹⁴

Statt Menschen mit lebenslanger Behinderung tagsüber mit einem verpflichtenden Gruppenangebot zu „versorgen“, ermöglicht eine stärker am individuellen Lebensstil orientierte Unterstützung, die Intensität der Begleitung auf Aktivitäten zu konzentrieren, die für die Person wirklich bedeutsam sind, und sie zu anderen Zeiten auf ein Minimum zu reduzieren.

Die Unterstützung soll flexibler einsetzbar sein – für ganz verschiedenartige Aktivitäten, für verschiedene soziale Konstellationen (als Einzelbegleitung, im Gruppenkontext), zu unterschiedlichen Zeitpunkten und Zeitdauern (zum Beispiel auch an Wochenenden oder in Abendstunden), an vielfältigen Orten (in der eigenen Wohnung, in Räumen eines Tagesangebots, an anderen Orten in der Gemeinde).

Angebote, die alte Menschen mit lebenslanger Behinderung nutzen, sollten Teil einer inklusiv ausgerichteten Gelegenheitsstruktur in den Kommunen sein. Das schließt spezifische Angebote für Menschen mit lebenslanger Behinderung aber nicht aus.

Unter dem Gesichtspunkt der Inklusion lassen sich insbesondere drei Angebotsarten unterscheiden:¹¹¹⁵

- Allgemeine Angebote für alte Menschen, die für Menschen mit lebenslanger Behinderung offen sind. Bestehende Angebote für alte Menschen in den Kommunen sollten soweit möglich geöffnet und genutzt werden (z. B. in Begegnungszentren, Vereinen, Bildungseinrichtungen, Kirchengemeinden, Freiwilligenagenturen usw.).

¹¹¹⁴ Vgl. Bigby, C. (2004).

¹¹¹⁵ Vgl. Krauss/Seltzer (1987): Ageing and Mental Retardation: Extending the Continuum. Washington DC; Bigby, C. (2004), S. 142.

Ebenso sollten umgekehrt Angebote von Trägern in der Behindertenhilfe für Bürgerinnen und Bürger ohne lebenslange Behinderung auch für Menschen mit lebenslanger Behinderung geöffnet werden. Ein allgemeines Angebot für alte Menschen kann auch durch den Einbezug der Kompetenz eines spezialisierten Dienstes von vornherein inklusiv gestaltet werden (zum Beispiel Kurse in Bildungseinrichtungen, Führungen in Museen).

- Angebote für alte Menschen mit lebenslanger Behinderung werden in laufende, altersgemischte Angebote der Behindertenhilfe integriert, z. B. in geschützte Arbeitsprozesse (Werkstattgruppen, unterstützte Beschäftigung, Zuverdienst), in Tagesstätten oder Aktivitätszentren in den Gemeinden, in Freizeitgruppen oder Reiseangebote. Für die deutsche Fachdiskussion relativ neu ist der Gedanke, dass generationenübergreifende Angebote nicht nur aus pragmatischen, sondern auch aus konzeptionellen Gründen bereichernd für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sein können und altersstereotype Gestaltungsansätze vermieden werden.
- Vielerorts wurden spezialisierte Tagesangebote ausschließlich für alte Menschen mit lebenslanger Behinderung geschaffen (z. B. Tagesgruppen für ältere und alte Menschen).
- Oft bekommen diese Angebote einen verpflichtenden Charakter während der Woche, fungieren quasi als alternativloses Ersatzangebot für die Arbeit und Unterstützung in der WfbM. Vielen Ruheständlern ist nicht bewusst, dass sie wählen können, ob sie an einem solchen Gruppenangebot teilnehmen wollen oder nicht. Selbst die Teilnahme an einzelnen Aktivitäten wird oft nicht als freiwillig wahrgenommen.
- Aus der Evaluation tagesstrukturierender Angebote von neun verschiedenen Trägern im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe¹¹¹⁶ lassen sich insbesondere folgende Entwicklungsbedarfe ableiten:
- Maßnahmen zur Tagesgestaltung sollten einer Person unabhängig von ihrer Wohnform, jedoch abhängig von ihrem individuellen Bedarf und der Wohnunterstützung zur Verfügung gestellt werden.
- Angebote in der Behindertenhilfe sollten sich auch für Menschen ohne lebenslange Behinderung geöffnet werden. Die Kreise und Kommunen sollten Angebote für alle Bürgerinnen und Bürger im Alter von vornherein inklusiv planen und gestalten und offensiv anbieten.
- Für Angehörige sollten Angebote der Erwachsenenbildung verstärkt an deren Interessen ausgerichtet werden. Insbesondere werden aktuell folgende Themen nachgefragt: „Familiäre Beziehungen“; „Glauben und Spiritualität“; „Wahrnehmung und Umgang mit Veränderungen im Alter, mit Krankheiten und Verlusterfahrungen“. Solche Angebote sollten mit den potenziellen Zielgruppen regelmäßig zusammen geplant und ausgewertet werden.¹¹¹⁷

Ein innovatives Beispiel für eine einerseits offene, andererseits auf spezifische Bedürfnisse zugeschnittene Angebotsstruktur, die Freiheitsgrade im Alter erhöht, ist das Modul

1116 Vgl. Greving, H./Remke, S. (2012): Tagesstruktur und Gestaltung freier Zeit im Alter: Potentiale zur Teilhabe. In: Greving, H., Dieckmann, F., Schäper, S./Graumann, S. (Hg.): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung. Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster, 198-226.

1117 Vgl. Schwarte, N. (2009): Qualität 60 Plus. Konzepte, fachliche Standards und Qualitätsentwicklung der Hilfen für ältere Menschen mit Behinderung. Bielefeld, S. 200ff.

„Tagesbetreuung für alt gewordene geistig und geistig mehrfach behinderte Menschen“ der Freien Hansestadt Bremen.¹¹¹⁸ Dort erhalten alte Menschen mit geistiger Behinderung je nach Hilfebedarfsgruppe ein Budget (in Form einer Pauschale), das sie stadtweit für die Teilnahme an inklusiven oder spezifischen Kursangeboten im Alter (Dauer von ein bis maximal fünf Stunden pro Termin) oder für individuelle Einzelbegleitungen nutzen können. Eine stadt- oder landkreisbezogenen Angebotsstruktur ist flächendeckend in einem Bundesland wie NRW schwieriger umzusetzen, dennoch ist das Beispiel richtungsgebend.

8.1.2.8 Wohnen

Alte Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung haben weit überwiegend den Wunsch, so lange wie möglich zuhause, in ihrer gewohnten Umgebung wohnen zu bleiben. Das Wohnenbleiben in der vertrauten Umgebung erleichtert die Teilhabe und Inklusion im Alter, sorgt für räumliche und soziale Kontinuität im Lebenslauf (siehe Kapitel 8.2).

Durch einen Umzug im Alter, der mit der Veränderung der Wohnumwelt einhergeht, verlieren viele Menschen mit lebenslanger Behinderung mühsam und oft über lange Zeit aufgebaute „Ressourcen“ (ihre Mobilität in der Wohnumwelt, soziale Beziehungen, ihre eingespielte Haushaltsführung, die Teilhabe an sozialen Aktivitäten). Ein Umzug erzwingt eine Neuorganisation des Selbstkonzepts, den Neuaufbau von Identität und Ortsbindung. Umzüge sind riskante, kritische Lebensereignisse. Der Verbleib in der vertrauten Wohnung erleichtert die Teilhabe und Inklusion im Alter, sorgt für Kontinuität im Lebenslauf.

„Ageing in Place“ steht dafür, die Wahlmöglichkeiten von älteren Menschen zu maximieren, indem man ihnen ermöglicht, solange wie sie es wünschen und wie sie dazu fähig sind, in der Wohnsituation ihrer Wahl zu bleiben. Die Umgebung wird an die Person angepasst, nicht die Person in eine neue Umgebung umgesiedelt

Für ältere Menschen geht es vielfach darum, eine bessere Passung zwischen den eigenen Fähigkeiten und den täglichen Umwelтанforderungen der individuellen Lebensbezüge und der Umwelt zu erreichen. Dabei stellen sich vor allem folgende Fragen:

- Sind die Wohnung und das unmittelbare Wohnumfeld barrierefrei bzw. lassen sie sich entsprechend umgestalten? Für Menschen mit lebenslanger Behinderung werden dringend mehr barrierefreie Wohnungen in den Städten und Gemeinden in NRW benötigt.
- Haben die Dienste die Spielräume und sind sie in der Lage, für die Menschen verlässlich zusammenzuarbeiten und den Umfang und die Art ihrer Unterstützung an die individuellen Bedarfe anzupassen? Unterstützungsleistungen umfassen u. a. die pädagogische Unterstützung, hauswirtschaftliche Hilfen, Mobilitätshilfen und eine qualifizierte pflegerische Unterstützung. Das Wohnenbleiben, z. B. im ambulant betreuten Wohnen oder bei Angehörigen, ist in manchen Fällen nur dann möglich, wenn ein Mensch mit Behinderung tagsüber Aktivitätsangebote bzw. eine Begleitung in Anspruch nehmen kann, die auch die Unterstützungspersonen in der Wohnung entlasten.

¹¹¹⁸ Vgl. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen (2010).

Dass eine solche Wohn- und Lebensperspektive im Alter grundsätzlich auch mit ambulanten Hilfen verwirklicht ist, zeigt die Evaluation zweier ambulant unterstützter Wohngemeinschaften, die in Hausgemeinschaften eingebunden sind.¹¹¹⁹ In ihnen leben geistig behinderte Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Rund-um-die-Uhr-Aufsichts- und einem hohen Unterstützungs- und Pflegebedarf. Eine Kombination aus ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe und der sozialen Pflegeversicherung (gemäß der Pflegestufe einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners) ermöglicht eine gute Personalbesetzung und flexible Einsatzzeiten.

Die Zusammenarbeit zwischen dem pädagogischen Dienst und dem ambulanten Pflegedienst muss von einer gemeinsamen Zielvorstellung getragen und im Alltag äußerst verlässlich sein.

Die Landschaftsverbände in NRW gewähren im ambulant betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe spezifische Leistungsmodul in Ergänzung zu pädagogischen Fachleistungsstunden. Zum Beispiel können zusätzlich hauswirtschaftliche Hilfen, „serviceorientierte Unterstützungsleistungen“ (etwa zur Begleitung und Unterstützung bei der Wahrnehmung kultureller und sozialer Kontakte), und „Hintergrundleistungen“ (z. B. für die Inanspruchnahme eines Nachtdienstes), vereinbart werden.¹¹²⁰ Die Einzelfallkosten für den Lebensunterhalt, das Wohngeld und die ambulanten Wohnleistungen der Eingliederungshilfe überstiegen in den evaluierten Fällen nicht oder nur in geringem Maße die Kosten, die für das stationäre Wohnen der Bewohnerinnen und Bewohner angefallen wären bzw. vorher angefallen waren. Für die ambulant betreuten Bewohnerinnen und Bewohner sind die Möglichkeiten der Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion allerdings deutlich größer als in gängigen stationären Wohneinrichtungen. Und diese Möglichkeiten werden auch genutzt.

Die Zusammenschau von ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung bietet große Chancen. Wünschenswert wäre die routinemäßige Ermöglichung der Zusammenführung dieser Leistungen im Rahmen eines integrierten, trägerübergreifenden persönlichen Budgets und die Anerkennung pflegekompetenter ambulanter Wohndienste als Erbringer von ambulanten Pflegeleistungen im Sinne der Pflegeversicherung. In diesem Kontext ergeben sich möglicherweise neue Perspektiven durch die auf Bundesebene derzeit unternommenen Anstrengungen zur Erarbeitung eines Bundesteilhabegesetzes. Hier werden auch die Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe und Pflege beraten.

Im Hinblick auf das Alter eröffnet auch die Mitgliedschaft eines Menschen mit Behinderung in einer Wohngenossenschaft Vorteile.¹¹²¹ Bewohnerinnen und Bewohner haben ein lebenslanges Wohnrecht in einer Genossenschaft und können z. B. Genossenschaftsangebote für ältere Menschen in Anspruch nehmen (bis hin zum Einzug in eine Demenz-WG).

Wenn eine räumliche Veränderung nicht zu vermeiden ist, stellen sich zudem die Fragen, unter welchen Bedingungen ein Umzug in eine andere Wohnform, z. B. eine stationäre Wohneinrichtung oder eine Pflegeeinrichtung, erfolgen sollte und wie Prozesse strukturiert werden, die zu Umzugsentscheidungen und deren Evaluation im Rahmen

1119 Vgl. Greving, H. et al. (2012), S. 81ff.

1120 Vgl. Wedershoven, M./Balzer, T. (2012): Erprobung zusätzlicher Leistungselemente im Ambulant Betreuten Wohnen in Umsetzung der Rahmenvereinbarung „Zukunft der Eingliederungshilfe in NRW sichern“. Münster.

1121 Vgl. Greving, H. et al. (2012), S. 106.

der Hilfeplanung führen.

Bis heute leben alte Menschen mit geistiger Behinderung (60 Jahre und älter) in NRW vor allem in stationären Wohneinrichtungen. Wenige über 60-Jährige und wenige Menschen mit hohen Hilfebedarfen oder Pflegeeinstufungen wohnen mit ambulanter Unterstützung.

Dieses Bild wird sich wandeln. Psychisch behinderte Erwachsene, die Wohnhilfe benötigen, leben bereits heute überwiegend ambulant unterstützt in der eigenen Wohnung. Stationäre Wohnheime haben zum Teil damit begonnen, sich auf das Älterwerden ihrer Bewohnerschaft einzustellen, indem sie zum Beispiel gesundheitsbezogene Dienste einrichten und die Hilfeplanung anpassen.

In den letzten Jahren haben traditionelle Leistungserbringer der Behindertenhilfe stationäre Pflegeeinrichtungen für geistig behinderte Menschen mit einem Versorgungsvertrag gemäß SGB XI geschaffen.

Auf Veränderungen des Unterstützungsbedarfs älterer Menschen mit einer lebenslangen Behinderung ist sozialplanerisch jedoch nicht mit der Umsiedlung in stationäre Pflegeeinrichtungen, sondern mit der Hinzuziehung kompetenter ambulanter Dienste zu reagieren, wie es bei alten Menschen insgesamt üblich ist („ambulant vor stationär“) bzw. mit der Anpassung der stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Kleinere stationäre (Fach-)Pflegeeinrichtungen, die in der regionalen Planung in den Stadt- und Landkreisen verankert sind, können in der allerletzten Lebensphase, eine Lebensqualität sichernde Funktion haben. Auch Wohngemeinschaften für demenziell Erkrankte in der Altenhilfe könnten für Menschen mit lebenslanger Behinderung und Demenz geöffnet werden und wohnortnahe Teilhabechancen bieten.¹¹²²

Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung werden immer wieder in klassischen Altenpflegeheimen betreut. Sie sind dann meistens viel jünger als die anderen Bewohnerinnen und Bewohner, leben viel länger dort und haben andere Bedürfnisse. Die Altenpflegeheime sind, da ist sich die Fachliteratur international einig, als langjähriger Wohnort ungeeignet und im Allgemeinen nicht in der Lage, Menschen mit lebenslanger Behinderung die gesellschaftlich üblichen Teilhabechancen zu bieten.

Wohnung und Wohnunterstützung

Gängige Wohn- und Unterstützungsarrangements für Erwachsene mit geistiger Behinderung in NRW sind in der nachfolgenden Tabelle im Überblick dargestellt. In der Behindertenhilfe gibt es derzeit große Bemühungen, die Vielfalt der Wohnmöglichkeiten mit individuell angepassten Unterstützungsarrangements, die zwischen dem eigenständigen Wohnen ohne professionelle Unterstützung und dem klassischen stationären Wohnheim liegen, qualitativ und quantitativ zu verbreitern. Dadurch wird es möglich auf Veränderungen der Bedürfnisstrukturen und der Unterstützungsbedarfe, gerade auch im Alter flexibel zu reagieren, die Dichotomisierung von „ambulant betreuten“ und „stationärem“ Wohnen und deren Verknüpfung mit klar getrennten quantitativen Unterstützungsbedarfen zu überwinden. Das Denken in differenzierteren Wohnformen ermöglicht eine wirtschaftliche Organisation von Unterstützung und biografiebezogene Lösungen.¹¹²³

1122 Vgl. Dieckmann, F. et al. (2013).

1123 Für eine Zusammenschau im Hinblick auf Möglichkeiten im Alter vgl. Steffen, G./Fritz, A. (2006): Wohnen mit Assistenz. Wohnformen für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung als Antwort auf den demografischen und gesellschaftlichen Wandel. Stuttgart.

145 Gängige Wohn- und Unterstützungsarrangements für Erwachsene mit geistiger Behinderung

Wohnarrangement	Eigenständiges Wohnen: Trennung von Wohnung und professionelle Unterstützung	Gemeinschaftliches Wohnen: teilweise Integration von Wohnung und professionelle Unterstützung	Stationäres Wohnen: Integration von Wohnung und professionelle Unterstützung		
Beispiele	<p>unabhängiges Wohnen mit informellen Unterstützuerinnen und Unterstützern (z. B. Eltern, Geschwister)</p> <p>unabhängiges Wohnen allein, mit Partnerin bzw. Partnerinnen und Freunden</p> <p>freie Wahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner</p>	<p>unabhängiges Wohnen allein, mit Partnerin bzw. Partnerinnen und Freunden in Nachbarschaft mit anderen Menschen mit Behinderung</p> <p>freie Wahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner keine Wahl der Nachbarinnen und Nachbarn</p>	<p>Wohnen im Haushalt einer Unterstützerfamilie</p> <p>eingeschränkte Wahl der Familie</p> <p>Wohnen in einer Wohn-, Haus- oder Siedlungsge-meinschaft von Menschen mit und ohne Behinderung in unterschiedlich großen Wohnungen mit gemeinschaftlichen Einrichtungen und kooperierenden Unterstützungsdiensten</p> <p>freie Wahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in WG eingeschränkt eingeschränkte Wahl der Haus- und Siedlungsmitbewohnerinnen und mitbewohner</p> <p>Wohnen in einer Hausgemeinschaft von Menschen mit Behinderung oder anderem Unterstützungsbedarf in unterschiedlich großen Wohnungen mit gemeinschaftlichen Einrichtungen und Unterstützungsdiensten</p> <p>freie Wahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in WG eingeschränkt eingeschränkte Wahl der Haus- und Siedlungsmitbewohnerinnen und mitbewohner</p> <p>Apartmenthaus Betreutes Wohnen in der Altenhilfe</p>	<p>kleinere Wohnhäuser (drei bis zehn Personen)</p> <p>keine oder eingeschränkte Wahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner</p> <p>Wohnheime (zehn bis 60 Personen)</p> <p>keine Wahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner keine Wahl der Hausmitbewohnerinnen und mitbewohner</p> <p>Komplexeinrichtung (> 60 Personen)</p> <p>keine Wahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner keine Wahl der Hausmitbewohnerinnen und mitbewohner</p>	<p>Heim auf Zentralland mit WfbM und Beschäftigungsangeboten</p> <p>gemeindeintegriertes Wohnheim</p> <p>Außenwohngruppe“ stationärer Kern in einer Nachbarschaft</p>

Quartiersansätze

Wohndienste und Wohn(ungs)angebote lassen sich als Teil der Unterstützungsstruktur in einem (weiter gefassten) Sozialraum und einem (enger gefassten) Quartier begreifen und aus dieser Perspektive heraus weiterentwickeln und mit anderen Diensten und Angeboten aus der Behindertenhilfe, der Altenhilfe und -arbeit, dem Gesundheitswesen und mit anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren vernetzen.

Mit Blick auf das Älterwerden sollte Wohnassistenz verstärkt für kleinräumliche Quartiere, Nachbarschaften, einen in räumlicher Nähe wohnenden Kreis von Klientinnen bzw. Klienten konzipiert werden.

Siedlungs- und Hausgemeinschaften, „Wohndrubbel“ und Nachbarschaften können dazu beitragen, soziale Netzwerke aufzubauen und zu erhalten und Selbsthilfepotenziale zu aktivieren. Für andere Quartiersbewohnerinnen und -bewohner kann die räumliche Nähe solcher Hausgemeinschaften oder Nachbarschaften, die umfangreiche Unterstützungsdienste bereithalten (z. B. einen Nachtdienst), anziehend sein und die wirtschaftliche Erbringung von Dienstleistungen erleichtern.

Die Gestaltung von Stadtteilen und Gemeinden mit dem Konzept der Quartiersansätze¹¹²⁴ sollte zum einen die Versorgungssicherheit gewährleisten und zum anderen – und das ist eine Weiterentwicklung zu den Ansätzen in der Altenhilfe – im Sinne der Inklusion zu mehr Teilhabemöglichkeiten für die Einzelnen führen. Ein inklusives Quartier braucht Begegnungsräume für Menschen mit und ohne Behinderung – auch um den Perspektivenwechsel und Einstellungswandel bei Quartiersbewohnerinnen und -bewohnern zu fördern¹¹²⁵ – und eine Kommunikationsstruktur, die die Informationen direkt den Menschen mit Behinderung zur Verfügung stellt.¹¹²⁶ Quartiersansätze in der Altenhilfe gehen von einer sehr hohen Regiekompetenz der Nutzerinnen und Nutzer aus. Das bedeutet, dass konzeptionell davon ausgegangen wird, dass Entscheidungen über die Gestaltung des Unterstützungsarrangements allein den Nutzerinnen und Nutzern obliegen, z. B. in Bezug auf die Auswahl der Assistentinnen und Assistenten, die Art der Leistungen und die Assistenzzeiten. Die Voraussetzung der Regiekompetenz ist bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig nicht gegeben, so dass das Assistenzprinzip an diesen Stellen nicht greift. Während klassische, aus der Altenhilfe stammende Quartiersansätze überwiegend mit Laienhelferinnen und -helfern arbeiten, können diese in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung lediglich einen Teil der Aufgaben übernehmen.¹¹²⁷

1124 Vgl. ausführlich Graumann, S./Dahl, M./Isken, K./Rychter-Suleja, I. (2012): Quartiersbezogene Konzepte. In: Greving, H., Dieckmann, F., Schäper, S./Graumann, S. (Hg.): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung. Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster, 33-80; Dieckmann, F. et al. (2013).

1125 Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2011): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, Berlin.

1126 Vgl. Dieckmann, F. et al. (2013), S. 36.

1127 Vgl. Graumann, S. et al. (2012), S. 77; Dieckmann, F. et al. (2013), S. 38.

8.1.2.9 Gesundheit im Alter

8.1.2.9.1 Alter, Krankheit und Behinderung

Alter ist nicht per se mit Krankheit und Behinderung verknüpft. Allerdings führt eine schon ab dem dritten Lebensjahrzehnt abnehmende Leistungsfähigkeit zahlreicher Organsysteme zu verminderten Kompensationsmöglichkeiten und einer zunehmenden Störanfälligkeit. Damit steigt das Risiko für Erkrankungen und Behinderung. Degenerative Prozesse an Gelenken und Gefäßen führen zu Funktionseinschränkungen infolge von Arthrosen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder vaskulärer Demenz. Mutationen im Genom und nachlassende Reparaturmechanismen resultieren in einem vermehrten Auftreten von Tumorerkrankungen. Organschäden werden auch durch Ablagerungen von Stoffwechselprodukten ausgelöst. Dazu gehört vermutlich die Demenz vom Alzheimer-Typ und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus. Neben genetischen Faktoren spielen lebensweltliche Bedingungen, Lebensstil und Umweltfaktoren eine Rolle für den Erhalt von Gesundheit und Funktionsfähigkeit. Gesundheitsfördernd ist vor allem Bewegung. Dies gilt nicht nur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates, sondern auch für viele Tumore und einige Formen der Demenz. Relevanten Einfluss auf die Gesundheit haben u. a. die Ernährung, Bildung, materielle Ressourcen, die soziale Einbindung einer Person und ihr Zugang zum Gesundheitssystem.

Entscheidend für das Auftreten von altersassoziierten Behinderungen sind vor allem Erkrankungen, die die Mobilität oder die kognitiven Fähigkeiten beeinflussen. Altersbedingte physiologische Abbauprozesse (z. B. das Nachlassen von Kraft und Schnelligkeit), Lebensstil und Erkrankungen (z. B. Verlust des Beines aufgrund eines Unfalls oder ein Schlaganfall) beeinflussen sich gegenseitig. Psychische Störungen wie Depression wirken sich zusätzlich nachteilig auf die Prognose vieler Organerkrankungen aus (z. B. Herzinfarkt, Diabetes).

8.1.2.9.2 Gesundheitsforschung bei Menschen mit Behinderung

Menschen mit lebenslanger, z. B. geistiger, Behinderung sind in der Forschung zu gesundheitsbezogenen Fragestellungen deutlich unterrepräsentiert.¹¹²⁸ Es ist davon auszugehen, dass vorher bestehende Behinderungen nicht nur einen Einfluss auf die Lebenserwartung, sondern auch auf Erkrankungen, Funktionseinbußen und die Pflegebedürftigkeit im Alter haben. Zu berücksichtigen sind dabei folgende Mechanismen:

- Die Behinderung ist direkt (z. B. genetisch) mit einem beschleunigten Funktionsverlust im höheren Lebensalter verknüpft (z. B. Demenz bei Trisomie 21).
- Funktionseinbußen infolge der Behinderung führen im Laufe des Lebens zu Überbelastung und zusätzlichen Schädigungen (z. B. Schmerzen und motorische Funktionsstörungen bei Contergan-Geschädigten).
- Behinderung führt zu verändertem Verhalten und damit zu einem höheren oder niedrigeren Gesundheitsrisiko. Dabei sind Verhaltensänderungen auch das Resultat sozialer und räumlicher Bedingungen, wenn sich z. B. eine Person, die mit ihren betagten Eltern wohnt, sich weniger bewegt.

¹¹²⁸ Vgl. Van Linehan, C./Walsh, P./Schrojenstein, L./Falk, M./Dawson, F. (2009): Are People With Intellectual Disabilities Represented in European Public Health Surveys? In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22, S. 409-420.

- Menschen mit Behinderung haben oft einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem mit seinen präventiven, kurativen und rehabilitativen Komponenten. Dabei spielen individuelle Faktoren (z. B. Erkrankungen manifestieren sich anders, über Beschwerden wird sich anders geäußert), soziale Faktoren (z. B. eine notwendige Begleitung, der Informationsgrad von Betreuungspersonen und ihr emotionaler und kommunikativer Zugang zu der Patientin bzw. dem Patienten), institutionelle Faktoren (z. B. eine fehlende spezifische Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Institutionen, räumliche oder informative Barrieren) sowie rechtliche und finanzielle Faktoren (z. B. fehlende Finanzierung einer Assistenzperson bzw. eines vermehrten Behandlungsaufwandes) eine Rolle.
- Frühzeitige Behinderung verändert vermutlich auch die Krankheitsbewältigung – physisch, psychisch und sozial. So ist eine in jungen Jahren erfolgte Beinamputation oft mit erstaunlichen Fähigkeiten bis ins Alter verknüpft, während ein Schlaganfall aus völliger Gesundheit eine schwere Depression zur Folge haben kann, die die Rehabilitation behindert. Andererseits kann ein infolge der Behinderung vorhandenes Unterstützungsnetz auch bei neuen Erkrankungen stabilisierend wirken.
- Auch die Wohnform ist mit potenziellen Gesundheitsrisiken verknüpft. Menschen in Wohngruppen oder Heimen haben ein erhöhtes Risiko für manche Infektionskrankheiten (z. B. höhere Rate an *Helicobacter pylori*-Infektionen des Magens¹¹²⁹). Aufgrund der physiologisch abnehmenden Infektabwehr dürfte dieser Aspekt im Alter an Bedeutung zunehmen. Der Wechsel von Betreuungspersonen erschwert eine kontinuierliche Begleitung und damit z. B. die Früherkennung einer Demenz.

8.1.2.9.3 Sekundäre gesundheitliche Probleme und Begleiterkrankungen bei lebenslanger Behinderung im Alter

Besondere sekundäre Krankheitsrisiken

Die Zusammenhänge zwischen einer primären Behinderung und sekundären Folgeschäden sind nur teilweise bekannt. Am Beispiel von zwei Behinderungen werden sekundäre Krankheitsrisiken veranschaulicht.

Down-Syndrom

Schon bei der Geburt weist ein Teil der Kinder mit Down-Syndrom Herzfehler auf. Im Laufe des Lebens ist die Wahrscheinlichkeit, an Herz-Kreislaufproblemen zu erkranken, sechsmal höher als in der Allgemeinbevölkerung.¹¹³⁰ Als Ursachen dafür kommen neben genetischen Faktoren auch Verhaltens- und Umweltfaktoren in Frage.

So waren in einer amerikanischen Untersuchung von Rubin et al.¹¹³¹ fast die Hälfte der erwachsenen Frauen und ein Drittel der erwachsenen Männer krankhaft übergewichtig. Auch Studien von Haveman et al.¹¹³² zeigen, dass das Down-Syndrom gehäuft mit Übergewicht und einem Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen einhergeht. Als ur-

1129 Vgl. Clarke, D./Vermuri, M./Gunatilake, D./Tewari, S. (2008): Brief Report. *Helicobacter Pylori* Infection in Five Inpatient Units for People With Intellectual Disability and Psychiatric Disorder. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 21, S. 95-98.

1130 Vgl. Lantman de-Valk/Schupf/Patja (2002), zit. n. Bigby, S. (2004), S. 76.

1131 Vgl. Rubin, S. / Rimmer, J.H. / Chicoine, B. / Braddock, D. / McGuire, D. (1998): Overweight Prevalence in Persons with Down Syndrome. In: *Mental Retardation* 36 (3), S. 218.

1132 Vgl. Haveman, M. et al. (2010), S. 63.

sächlich wird dabei u. a. der eingeschränkte Zugang zu hochwertigen Nahrungsmitteln angeführt, der mit dem geringen Einkommen und mangelnder Information über gesunde Ernährung begründet wird. Hinzu kommt ein Bewegungsmangel, der mit steigendem Alter zunimmt. Schließlich wird auch dem Gesundheitsbewusstsein und -verhalten von Betreuungspersonen eine große Bedeutung zugesprochen.¹¹³³

Menschen mit Down-Syndrom erkranken häufiger und in jüngerem Alter an einer Demenz vom Alzheimer-Typ. In einer amerikanischen Studie waren es 22 % der über 40- und 56 % der über 60-Jährigen.¹¹³⁴ Bei jungen Alten in der Allgemeinbevölkerung ist die Erkrankung vergleichsweise selten (2,3 % der Männer und 5,2 % der Frauen im Alter von 65 Jahren nach Lobo et. al.¹¹³⁵).

Frühformen der Demenz werden bei Menschen mit Down-Syndrom leicht übersehen, da die Beurteilung einer Demenz bei vorbestehender geistiger Behinderung besondere Testmethoden und Erfahrung voraussetzt. Häufig vorhandene frühe Hör- und Sehstörungen, gehäuft auftretende Schilddrüsenerkrankungen¹¹³⁶ und die oben angeführten kardiovaskulären Risikofaktoren begünstigen das Auftreten einer Demenz.

Erhöht ist auch das Risiko, an einer Leukämie (10- bis 20-fach höher als in der Gesamtbevölkerung) oder einer Infektionserkrankung wie Hepatitis B zu erkranken.¹¹³⁷ Möglicherweise spielen hier Alterungsprozesse des Immunsystems eine Rolle.¹¹³⁸

Insgesamt machen Menschen mit Down-Syndrom häufig die Erfahrung eines vorzeitigen Alterns.¹¹³⁹ So setzt z. B. bei Frauen mit Down-Syndrom die Menopause drei bis fünf Jahre früher ein¹¹⁴⁰ und bewirkt infolge der nachlassenden Östrogenproduktion ein höheres Risiko, an Osteoporose zu erkranken.¹¹⁴¹

Zerebralparese

Zerebralparesen sind primär durch Funktionseinschränkungen in der Motorik gekennzeichnet. Bei mindestens einem Viertel der Kinder mit Zerebralparese besteht keine intellektuelle Beeinträchtigung. Andererseits gehen viele schwere Mehrfachbehinderungen auf eine Zerebralparese zurück.¹¹⁴²

Vermehrte gesundheitliche Probleme treten meist im Alter zwischen 30 und 40 Jahren auf. Martin¹¹⁴³ stellte eine Verschlechterung im „Spontanverlauf“ bei 40 % der an einer Untersuchung beteiligten Menschen mit Zerebralparese im Alter zwischen 15 und 35 Jahren fest. Bedingt durch den übermäßigen Kraftaufwand und die Fehlhaltung mit Zehenspitzenang, Beckenschiefstand und übermäßigem Hohlkreuz kommt es zu

1133 Vgl. ebd., S. 63ff.

1134 Vgl. Janicki/Dalton (2000), zit. n. Bigby, C. (2004), S. 76.

1135 Vgl. Lobo, A./Launer, L./Fratiglioni, L. (2000): Prevalence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: *Neurology*, 54, Supplement 5, 4-9.

1136 Vgl. Evenhuis et al. (2001), zit. n. Bigby, C. (2004), S. 76.

1137 Vgl. Haveman, M./Stöppler, R. (2010), S. 90f.

1138 Vgl. Levin, S./Nir, E./Mogilner, B. (1975): T-System Immune-Deficiency in Down's Syndrome. In: *Pediatrics*, 56, 123-126; Whittingham, S./Pitt, D./Shaema, D./Mackay, I. (1977): Stress Deficiency of the T-Lymphocyte System Exemplified by Down Syndrome. In: *Lancet* 1 (8004), 163-166.

1139 Vgl. Seltzer/Luchterhand (1994), zit. n. Bigby, C. (2004), S. 75.

1140 Vgl. Carr/Hollins (1995), zit. n. Bigby, C. (2004), S. 76.

1141 Vgl. Bigby, C. (2004), S. 75f.

1142 Vgl. Hülshoff, T. (2005): *Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik*. München, S. 246.

1143 Vgl. Martin, P. (2009): *Medizin für Erwachsene mit geistiger Behinderung - Gesundheit für's Leben*. Präsentationsfolien zum Vortrag bei der Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung am 15./16.05.2009 in Potsdam. Verfügbar unter: www.gesundheitfuersleben.de (22.01.2010).

Wirbelsäulen- und Gelenkproblemen, Schmerzen und sturzbedingten Verletzungen. Dies erfordert häufig operative Eingriffe an den Sehnen oder einen künstlichen Gelenkersatz, was aufgrund der Spastik oft mit Komplikationen im Heilungsverlauf verknüpft ist. Im Bereich der Orthopädie und Chirurgie sind aber kaum Erfahrungen mit dieser Personengruppe vorhanden. Spezielle therapeutische Maßnahmen sind weitgehend auf Kinder ausgerichtet, obwohl die primären und sekundären Gesundheitsfolgen der Zerebralparese besonders in der mittleren und späten Lebensphase eine therapeutische Begleitung erfordern.¹¹⁴⁴ Eine norwegische Studie¹¹⁴⁵ ergab, dass 28 % der Älteren mit Zerebralparese an chronischen Schmerzen und 29 % an chronischer Müdigkeit leiden. 45 % klagen über eine abnehmende Gehfähigkeit.

Bei Menschen mit Zerebralparese ist das Funktionsniveau, genauer gesagt die Fähigkeit sich selbstständig fortzubewegen und zu essen, gemäß einer kalifornischen Studie von Strauss/Shavelle¹¹⁴⁶ der entscheidende differenzierende Prädiktor für die Lebenserwartung. Ähnliche Folgeschäden am Bewegungsapparat ergab die Contergan-Studie¹¹⁴⁷ bei den Betroffenen, die mit Missbildungen der Extremitäten geboren wurden.

Erhöhte Anfälligkeit für alterskorrelierte Erkrankungen

Als typische alterskorrelierte Erkrankungen und Funktionsdefizite gelten neben der Verschlechterung des Sehens und Hörens die sogenannten „geriatrischen Is“: Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau (Demenz) und iatrogene Störungen, d. h. Nebenwirkungen von Diagnostik und Therapie. Sekundäre Folgen der Immobilität sind Stürze, Osteoporose und Dekubitusgeschwüre. Mit dem Alter nehmen auch degenerative Erkrankungen (Arteriosklerose mit Herzinfarkt oder Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ II, Arthrosen), Krebserkrankungen (z. B. Brust, Prostata, Harnblase) und Epilepsien zu. Gehäuft kommt es auch zu Problemen im Bereich der Ernährung, z. B. infolge fehlender Zähne, Schluckstörungen, Appetitlosigkeit, Depression oder Versorgungsschwierigkeiten. Exemplarisch werden behinderungstypische Aspekte einiger alterskorrelierter Erkrankungen und Funktionsstörungen herausgegriffen:

Immobilität, Stürze, Osteoporose, Frakturen

Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist das Osteoporose-Risiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöht.¹¹⁴⁸ Bei einer Stichprobe von 114 Personen mit geistiger Behinderung¹¹⁴⁹ wurde bei etwa 60 % der Personen von 50 Jahren und älter Osteoporose festgestellt im Vergleich zu 4 % in der Allgemeinbevölkerung.

Als mögliche Ursachen werden Faktoren wie eine kleine Körpergröße, Down-Syndrom, Hypogonadismus (Funktionsstörung der Hoden oder Eierstöcke) und ein niedriger Muskeltonus angeführt. Eine Osteoporose begünstigen auch Bewegungsarmut, Vita-

1144 Vgl. Jahnsen, R./Massumi-Möller N./Möller M. (2006): Die Perspektive der Cerebralparese im Verlauf des Lebens. In: *Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung* 3 (2), 8-21.

1145 Zit. n. ebd., S. 11.

1146 Vgl. Strauss, D./Shavelle, R. (1998): Life Expectancy of Adults With Cerebral Palsy. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40 (6), 369-375.

1147 Vgl. Kruse, A./Ding-Greiner, C./Becker, G./Stolla, C./Becker, A.-M./Baiker, D. (2012): Contergan. Wiederholt durchzuführende Befragungen zu Problemen, speziellen Bedarfen und Versorgungsdefiziten von contergangeschädigten Menschen. Endbericht an die Conterganstiftung für behinderte Menschen, Heidelberg. Verfügbar unter: www.contergan.de/671/files/20130125124745Contergan_Endbericht_final_20130108.pdf (04.09.2013).

1148 Vgl. Leslay et al. (2008); Van Schrojenstein/Lantman-De Valk et al. (2000); Beange/Lennox (1998); Center et al. (1998); Lohiya et al. (1999), Tyler et al. (2000), zit. n. Haveman, M./Stöppler, R. (2010), S. 83.

1149 Vgl. Tyler et al. (2000), zit. n. Haveman, M./Stöppler, R. (2010), S. 84.

min-D-Mangel aufgrund geringer Sonnenexposition, eine Schilddrüsenüberfunktion und Medikamente (Anti-Epileptika, Cortisonpräparate). Folgen der Osteoporose sind Rückenschmerzen, spontane Wirbelfrakturen oder Knochenbrüche nach Stürzen. Vermehrt betroffen sind Menschen mit geringer Muskelkraft oder schlechter Koordination, z. B. bei neurologischen Erkrankungen.

Seh- und Hörstörungen

Menschen mit geistiger Behinderung sind im Alter häufiger von Sehstörungen betroffen (Gesamtbevölkerung: 6,5 % der über 65-Jährigen; Menschen mit geistiger Behinderung: 17,4 %; Menschen mit Down-Syndrom: 70 %¹¹⁵⁰). Von den über 65-Jährigen mit schweren Behinderungen sind laut Studie von Warburg¹¹⁵¹ 30 % blind.

Bei Hörbeeinträchtigungen ist die Prävalenzrate bei über 70-jährigen Menschen mit geistiger Behinderung mit 70 % höher als die in der Gesamtbevölkerung mit 60 % (Ding-Greiner/Kruse 2004, 523).¹¹⁵²

Schwere Seh- und Hörstörungen können zu sekundären Problemen wie abnehmender Mobilität, Stürzen, kognitiver Verschlechterung oder wahnhaften Störungen führen.

Demenz

Ding-Greiner¹¹⁵³ folgend ist die Prävalenzrate von demenziellen Erkrankungen bei den über 65-jährigen Menschen mit geistiger Behinderung viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Oft ist der Krankheitsverlauf beschleunigt. Allerdings sind hier auch die Schwierigkeiten der Frühdiagnostik zu berücksichtigen, die sowohl personelle als auch institutionelle Ursachen haben.

8.1.2.9.4 Benachteiligung und Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung

Faktoren, die den Zugang von Menschen mit Behinderungen zur gesundheitlichen Versorgung behindern, werden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – in Kap. 7.3 angesprochen. Im Folgenden wird etwas detaillierter auf die ärztliche Versorgung eingegangen. Eine spezifische Aus- oder Weiterbildung in Bezug auf die medizinischen Probleme von Menschen mit lebenslanger Behinderung, wie beispielsweise in den Niederlanden, existiert in Deutschland nicht. Die erst 2001 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft der Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung versucht, durch die Bildung von Netzwerken, die Durchführung von Tagungen und die Herausgabe einer eigenen Zeitschrift („Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“), Wissen über spezifische gesundheitliche Probleme, Behandlungsmöglichkeiten und Empfehlungen für die ärztliche Praxis im Umgang mit Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zur Verfügung zu stellen. Ihre „Potsdamer Forderungen“ formulieren den dringenden Handlungsbedarf in den Bereichen barrierefreie und „gute“ Regelversorgung, Berücksichtigung der besonderen Bedarfe älterer Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, Sicherstellung pädagogischer Begleitung bei ambulanter und stationärer Behandlung, Einbeziehung in und Ausbau von Angeboten

1150 Vgl. Ding-Greiner, C. (2008): Geistige Behinderung und Demenz. In: Zur Orientierung 2008 (4), S. 26-29.

1151 Vgl. Warburg, M. (2001): Visual impairment in adult people with intellectual disability: Literature review. In: Journal of Intellectual Disability Research, 45 (5), S. 424f.

1152 Vgl. Ding-Greiner, C./Kruse A. (2004): Altersprozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kruse, A./Martin, M. (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Bern, S. 523.

1153 Vgl. Ding-Greiner, C. (2008).

der Prävention und Rehabilitation und aufwandsgerechte Vergütung für die zeitlich aufwändigere Behandlung.

Empfohlen werden die Schaffung von spezialisierten ambulanten und stationären Behandlungszentren sowie die Verankerung von Kenntnissen in Aus- und Fortbildungscurricula, sowie die Einrichtung spezialisierter Lehrstühle an Universitäten.¹¹⁵⁴

8.1.2.9.5 Prävention und Rehabilitation

Für die Erhaltung der Gesundheit im Alter sind sowohl im Bereich der Primär- als auch in der Sekundärprävention vier Lebensstil-Faktoren entscheidend:¹¹⁵⁵

- Bewegung,
- Ernährung,
- intellektuelle Herausforderung,
- soziale Einbindung.

Daneben spielen in der Gesundheitsprävention Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und die Verordnung und Einnahme von Medikamenten eine Rolle.

Wenn die Erhaltung von Gesundheit auch als Bildungsaufgabe begriffen wird, müssen zum einen vermehrt behindertengerechte Angebote (z. B. Diabetikerschulung in leichter Sprache) geschaffen werden; zum anderen ist auch eine ausreichende Information der unterstützenden Personen erforderlich.

Ambulante und stationäre Dienste müssen ihre Unterstützungspraxis, z. B. im Bereich „Wohnen“, stärker als bisher auf die Ziele der Gesundheitsförderung ausrichten.¹¹⁵⁶

Verbesserungsbedarf besteht auch bezüglich spezieller Angebote für die Krebsvorsorge, vor allem in Kontexten ambulant betreuten Wohnens, aber auch bei Menschen mit Behinderungen, die bei Angehörigen leben. Eine Studie der Lebenshilfe Rheinland-Pfalz weist aus, dass z. B. gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen von diesen Personengruppen im Vergleich zu Heimbewohnerinnen seltener wahrgenommen werden.¹¹⁵⁷

Menschen mit geistiger Behinderung haben bei entsprechenden Begleiterkrankungen ein Rehabilitationspotenzial. Neben der Einbeziehung von Betreuungspersonen sind teilweise verlängerte Rehabilitationszeiten oder spezielle Programme erforderlich. Ein Programm zur Gesundheitsförderung von Menschen mit lebenslanger Behinderung, das Bewegung, Ernährungsschulung, Verhaltenstraining und eine Schulung der Assistenzpersonen beinhaltet, wurde von Tamar Heller entwickelt.¹¹⁵⁸

8.1.2.10 Erleben der Grenzen des Lebens

In den letzten Jahren ist eine Reihe von konkreten Konzepten für die Begleitung von Menschen mit lebenslanger Behinderung am Lebensende in stationären Wohneinrichtungen, ambulanten Unterstützungsarrangements und in Kooperation mit Fachkräften

1154 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V. (2009).

1155 Vgl. Diehl, M. (2010).

1156 Vgl. dazu die Studie von Janicki M., et al. (2002), zur Ernährung und Bewegung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern, S. 290.

1157 Vgl. Abendroth, M./Naves, R./Ermert, A./Schmidt-Ohlemann, M./Jesse, B./Mandos, M. (2004): Gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Bestandsaufnahme – Zukunftsmodell. Mainz: Landesverband Rheinland-Pfalz für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., S. 23.

1158 Vgl. Heller, T. (2004): Aging with Developmental Disabilities. In: Kemp, B./Mosqueda, L. (Eds.): Aging With a Disability. What the Clinician Needs to Know. Baltimore, 213-236.

aus dem Hospizbereich entwickelt worden,¹¹⁵⁹ die für die unterschiedlichen Phasen der Begleitung am Lebensende differenzierte Modelle und Materialien anbieten:

In den letzten Jahren ist eine Reihe von konkreten Konzepten für die Begleitung von Menschen mit lebenslanger Behinderung am Lebensende in stationären Wohneinrichtungen, ambulanten Unterstützungsarrangements und in Kooperation mit Fachkräften aus dem Hospizbereich entwickelt worden, die für die unterschiedlichen Phasen der Begleitung am Lebensende differenzierte Modelle und Materialien anbieten:

- Hoffmann¹¹⁶⁰ beschreibt Möglichkeiten der konkreten Begleitung sterbender Menschen mit Behinderungen im Kontext stationärer Wohngruppen, die deren individuelle Bedürfnisse im Prozess des Sterbens in den Vordergrund stellt. Außerdem werden Bausteine einer konkreten Handlungsanleitung für Mitarbeitende vorgestellt, die häufig auf die Begleitung von Sterbenden nicht vorbereitet sind. Der Text enthält zudem Hinweise für die Begleitung der trauernden Mitbewohnerinnen und Mitbewohner.
- Das Praxishandbuch „In Würde. Bis zuletzt“¹¹⁶¹ stellt, basierend auf einer eigenen Untersuchung, die derzeitige Situation sterbender Menschen mit Behinderungen in Wohneinrichtungen aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen, ihren professionellen Begleiterinnen und Begleitern und Angehörigen dar und leitet aus den Konzepten von Palliative Care und Hospizarbeit praktische Hinweise für die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen am Lebensende ab.
- Den Aufbau einer umfassenden Abschiedskultur in Einrichtungen der Behindertenhilfe beschreiben.¹¹⁶²
- Franke¹¹⁶³ beschreibt auf der Basis von Gesprächen mit Menschen mit geistiger Behinderung über das Sterben Aspekte des Todeskonzeptes und hat ein umfassendes Curriculum Palliative Care für die Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt.

Todesvorstellungen und Todeskonzeptionen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind bisher nur rudimentär erforscht. Dabei weisen Studien¹¹⁶⁴ auf die Bedeutung des emotionalen Zugangs zu Sterben, Tod und Trauer hin.

Menschen mit geistiger Behinderung erleben unabhängig von Verbalsprache und kognitiven Kompetenzen Emotionen wie Trauer auf ihre Weise, daher sollten Angebote der Bildung, Beratung und Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung auch den emotionalen Anteilen Raum geben.

Dabei ist in besonderer Weise die individuelle sprachliche Kompetenz differenziert einzuschätzen und bei der Gestaltung des Alltags zu berücksichtigen. So müssen Begleitende in der Lage sein, auch präverbale oder nonverbale Signale zu verstehen, die auf

1159 Vgl. Hoffmann, C. (2002): Sterbe- und Trauerbegleitung. In: Theunissen, G. (Hg.): Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- oder geistig behindert gelten. Bad Heilbrunn, 125-138; Dingerkus, G./Schlottbohm, B. (2006): Den letzten Weg gemeinsam gehen. Sterben, Tod und Trauer in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen (2. Aufl.). Münster; Fricke, C./Stappel, N. (2011): In Würde. Bis zuletzt. Hospizliche und palliative Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung (hg. vom Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V.). Augsburg; Franke, E. (2012): Anders leben - anders sterben. Gespräche mit Menschen mit geistiger Behinderung über Sterben, Tod und Trauer. Wien.

1160 Vgl. Hoffmann, C. (2002).

1161 Vgl. Fricke, C./Stappel, N. (2011).

1162 Vgl. Dingerkus, G./Schlottbohm, B. (2006).

1163 Vgl. Franke, E. (2012).

1164 Vgl. McEvoy, J. (2002): Emotion Recognition and Concept of Death in People with Learning Disabilities, in: The British Journal of Developmental Disabilities 48 (2), 83-89.

Schmerzen hindeuten könnten. Hier kommt es häufig zu Fehldiagnosen oder Gesundheitsprobleme bleiben unerkannt, da Menschen mit geistiger Behinderung Schmerzen und körperliche Veränderungen nicht einordnen können und indirekt reagieren, etwa in Form von Verhaltensauffälligkeiten.

Methoden der unterstützten Kommunikation sind wichtig, um Menschen mit geistiger Behinderung oder komplexer Beeinträchtigung in höchstmöglichem Maße informationell zu beteiligen, sie soweit für sie verständlich zu machen über Diagnosen, Krankheitsverlauf und Behandlungsoptionen zu informieren und ihnen Ängste zu nehmen, die sich aufgrund nicht auf Anrieb verstehbarer körperlicher Veränderungen oder Missempfindungen einstellen können. Auch verschiedene Formen der Visualisierung und erfahrungsbezogener Vermittlung etwa über Rollenspiele können dabei hilfreich sein.¹¹⁶⁵ Aufgrund der Heterogenität von behinderungsbedingten Beeinträchtigungen, aktuellen Lebenssituationen und konkreten Situationen, in denen das Sterben für Menschen mit geistiger Behinderung zum Thema wird, ist es notwendig, individuell angepasste Konzepte zu entwickeln. Die emotionale Verarbeitung von Tod und Trauer durch Menschen mit geistiger Behinderung stellt nach Zabel¹¹⁶⁶ folgende Anforderungen an die Begleitung:

Trauer braucht Struktur.

Abläufe sollten nachvollziehbar und verstehbar sein. Dabei sind auch kulturelle Besonderheiten zu beachten, insbesondere bei Trauernden und Familien mit Migrationshintergrund.

Trauer braucht Zeugen.

Mitarbeitende und Mitbewohnerinnen und Mitbewohner können Trauer mittragen, wenn sie darum wissen. Solche „Zeugenschaft“ kann den Prozess der Verarbeitung unterstützen und schützt vor Vereinsamung in der Trauer.

Trauer braucht individuell angepasste Formen des Ausdrucks.

Rituale sind dabei ebenso hilfreich wie definierte Orte der Trauer oder Gegenstände, die an die verstorbene Person erinnern.

Trauer braucht die Erlaubnis, ausgelebt zu werden.

Es sollte bewusst Raum für das Wahrnehmen und Zum-Ausdruck-Bringen der Emotionen geschaffen werden.

Die angemessene Begleitung von trauernden und sterbenden Menschen mit lebenslanger Behinderung erfordert die Entwicklung einer Trauerkultur, die die Anforderungen auf verschiedenen Ebenen frühzeitig in den Blick nimmt¹¹⁶⁷ und auch Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen in ihrer emotionalen Kompetenz ernst nimmt.¹¹⁶⁸

1165 Vgl. die sehr konkreten Beispiele im Curriculum Palliative Care bei Franke, E. (2012).

1166 Vgl. Zabel, M. (2013): Trauer- und Sterbebegleitung in Wohneinrichtungen, in: Teilhabe 52 (3), S. 137.

1167 Vgl. Heppenheimer/Sperl (2011), S. 53-83.

1168 Vgl. ebd., S. 94f.

Angebote der hospizlichen Begleitung und der palliativen Versorgung stehen Menschen mit lebenslanger Behinderung in gleicher Weise offen wie anderen.

In der Praxis zeigt sich, dass trotz des enormen Anstiegs der Angebote stationärer und ambulanter palliativer Versorgung und hospizlicher Begleitung Menschen mit lebenslanger Behinderung diese Angebote erst allmählich in größerem Umfang nutzen, auch wenn eine große Bereitschaft seitens der Anbietenden besteht, diese Personengruppe zu berücksichtigen. Hintergründe sind Unsicherheiten und fehlendes Wissen über die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit lebenslanger Behinderung, Kommunikationsbarrieren, aber auch strukturelle Schnittstellenprobleme.

Viele Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe stellen an sich den Anspruch der Begleitung bis zum Tod, was sie in der Inanspruchnahme hospizlicher und palliativer Angebote zurückhaltend sein lässt. Aufgrund der rechtlich verankerten Ausschlusskriterien stellt sich bei einer Aufnahme in ein stationäres Hospiz die Frage, wie eine weitere Begleitung durch vertraute Bezugspersonen aus der zum Teil sehr langjährigen stationären Betreuung sichergestellt werden kann. Ambulante Hospizdienste werden zunehmend auch von Menschen mit lebenslanger Behinderung, ihren professionellen Begleiterinnen und Begleitern und ihren Familien als Unterstützung in Anspruch genommen, was insbesondere in gemeindenahen Wohnangeboten ein wichtiger Baustein in der Betreuung von Menschen mit lebenslanger Behinderung am Lebensende sein kann. Die Leitidee der Teilhabe kann dabei ein verbindendes Glied zwischen der Behindertenhilfe und der Hospizbewegung sein.¹¹⁶⁹

Das Wissen um spezifische Formen der Trauerbewältigung bei Menschen mit geistiger Behinderung ist sowohl in den Wohn- und Beratungsangeboten der Behindertenhilfe als auch in den Hospiz- und Palliativdiensten eine notwendige Voraussetzung, um Menschen mit lebenslanger Behinderung in der letzten Lebensphase gut begleiten zu können. Voraussetzung für eine gelingende Begleitung ist immer die Verständigung zwischen dem Sterbenden, den professionell und ehrenamtlich Begleitenden, mit Angehörigen und Freunden, die von pädagogischen Fachkräften angeregt und begleitet wird.

Sterben und Tod

Die Begleitung von Sterbenden wird von Mitarbeitenden in der Behindertenhilfe als wichtige Aufgabe empfunden. Viele pädagogische Fachkräfte fühlen sich allerdings auf die Aufgabe der Sterbebegleitung nicht vorbereitet.¹¹⁷⁰ Unwissenheit und Unsicherheit können zu Fehl-, Unter- oder auch Überversorgung insbesondere von Sterbenden mit geistiger Behinderung führen.¹¹⁷¹ Auch die wechselseitige Unterstützung von Menschen mit lebensbegleitender Behinderung kann ein wichtiger Baustein in der Begleitung sein. Peers haben eine besondere Rolle, die von professionell Begleitenden nicht immer wahrgenommen werden kann. Damit Peers sich in der Rolle sicher fühlen und sich mit der eigenen Trauer auseinandersetzen können, sind Anstöße, Ermutigung und ggfs. auch eine professionelle Begleitung sinnvoll.¹¹⁷²

Für eine gute Begleitung von sterbenden Menschen mit lebenslanger Behinderung ist

1169 Vgl. Jennessen (2009).

1170 Vgl. Zabel, M. (2013); Jennessen/Vollmer (2009), S. 69.

1171 Vgl. Schulze-Höing, A. (2012): Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen. Pflegebedarfsanalyse, Planung, Dokumentation gemäß H.M.B.-W-Hilfeplanung. Stuttgart, S. 25.

1172 Vgl. Dieckmann, F. et al. (2013), S. 78.

eine Reihe von Faktoren von Bedeutung, wie die genannten Studien zeigen:

- klare, transparente und individuell angepasste Verfahren der informierten Einwilligung zu allen Schritten in der Behandlung und Begleitung,
- flexible Übergänge zwischen verschiedenen Betreuungsformen und Behandlungsstufen,
- gute Kooperation und umfassende informationelle Einbindung aller Beteiligten unter Einschluss der Familienangehörigen,
- persönliches Setting unter Beteiligung wichtiger Bezugspersonen des persönlichen Netzwerks,
- Schmerzdiagnostik und Schmerzbehandlung durch besonders kompetente medizinische und pflegerische Fachkräfte,
- psychosoziale Begleitung zur emotionalen Unterstützung, in der Vermittlung von Diagnosen und medizinischen Einschätzungen zum Krankheitsverlauf sowie in der Vorbereitung auf das Sterben.

All diese Faktoren sollten dazu beitragen, dass Menschen mit lebenslanger Behinderung nicht nur dort alt werden, sondern auch dort sterben können, wo sie leben, und von den ihnen vertrauten Bezugspersonen bis zum Schluss begleitet werden können.¹¹⁷³

Medizinische Entscheidungen am Lebensende berühren häufig grundlegende ethische Fragen. In den letzten Jahren sind differenzierte Modelle der ethischen Entscheidungsfindung insbesondere im Krankenhausbereich entwickelt worden, die von der Leitidee der informierten Patientinnen und Patienten getragen sind, die über sich und den eigenen Tod selbst bestimmen. Menschen mit lebenslanger Behinderung sind von solchen Entscheidungsprozessen in gleicher Weise betroffen. Ob ihnen in der Praxis im Einzelfall dieselben Rechte und dasselbe Maß an Selbstbestimmung zugetraut und zugebilligt wird, ist zumindest im Blick auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Menschen mit komplexen Behinderungen fraglich.

Eine niederländische Studie¹¹⁷⁴ kam zu dem Ergebnis, dass bei 40 % der Sterbefälle bei Menschen mit geistiger Behinderung eine medizinische Entscheidung am Lebensende zu treffen war. Das Ethikkomitee der Bundesärztekammer (2010) fordert daher Modelle der „assistierten Selbstbestimmung“, die es auch Menschen mit geistiger Behinderung ermöglichen, aktiv in Prozesse der Entscheidungsfindung einbezogen zu sein.

Die Wünsche eines Menschen mit geistiger Behinderung zu ermitteln, ist dabei stets ein „Interpretations- und Abwägungsprozess, der verantwortungsvoll und sehr sorgfältig durchzuführen ist“.¹¹⁷⁵

An gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sowie Angehörige, die bei fehlender Einwilligungsfähigkeit stellvertretend für Menschen mit geistiger Behinderung entscheiden, sind hier sehr hohe Anforderungen gestellt, wenn sie den Anspruch realisieren wollen, Selbstbestimmungspotenziale – und seien sie noch so basal – im Einzelfall soweit als möglich in Entscheidungsprozesse einzubeziehen.

Hier bedarf es ggfs. der spezifischen Schulung von rechtlichen Betreuerinnen und Be-

1173 Vgl. Bigby, C. (2004), S. 78.

1174 Vgl. Tuffrey-Wijne, I. (2007): End-of-Life and Palliative Care for People with Intellectual Disabilities Who have Cancer or Other Life-Limiting Illness: A Review of the Literature and Available Resources. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities (4), S. 336.

1175 Vgl. Huber, B. (2009): „Jetzt tanzt er mit dem lieben Gott!“ – Menschen mit geistiger Behinderung und Entscheidungen am Lebensende. In: Behinderung & Pastoral (12), S. 36.

treuern und medizinischem Fachpersonal in Bezug auf spezifische Formen der Kommunikation über Wünsche, Bedürfnisse und Ängste bei Menschen mit geistiger Behinderung.

8.1.2.11 Politische Partizipation

Politische Partizipation meint die Beteiligung an politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen, soziale Partizipation die gesellschaftliche Teilhabe insgesamt im Alltag.

Teilhabe und Partizipation sind fundamentale Rechte der Pflegebedürftigen und Behinderten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 4 Absatz 3).

Das neue Landesalten- und Pflegegesetz (APG NRW, vgl. 7.4) trägt dem auf zweifache Weise Rechnung. Zum einen sind die örtlichen Selbsthilfegruppen und Interessenvertretungen pflegebedürftiger Menschen, Behinderter und chronisch Kranker sowie der Angehörigen geborene Mitglieder jeder Kommunalen Konferenz Alter und Pflege (§ 8 Absatz 3 APG NRW). Zum anderen gilt dies auch für den Landesausschuss Alter und Pflege (LAPA), der die Landesregierung in Fragen der Alten- und Pflegepolitik berät. (§ 3 APG NRW).

Die Landesregierung legt darüber hinaus in all seinen Verfahren einen sehr breiten Partizipationsbegriff zu Grunde. Jede Bürgerin, jeder Bürger, die bzw. der etwas zum Thema beitragen kann und möchte, ist herzlich willkommen, sich einzubringen und wird beteiligt.

Die Formen der politischen Partizipation von Menschen mit lebenslanger Behinderung reichen von der Erhebung und Analyse ihrer Bedürfnisse, z. B. im Vorfeld von Planungsentscheidungen oder bei deren Evaluation, über die Anhörung, die Mitberatung (ohne Entscheidungsbefugnisse), die Mitbestimmung, das Vetorecht gegen eine Entscheidung bis hin zur alleinigen Selbstbestimmung.

Insgesamt steckt die Entwicklung einer Beteiligungskultur von Menschen mit Behinderung häufig noch in den Kinderschuhen. Menschen mit Behinderung beteiligen sich seltener an der Kommunalpolitik als andere Bevölkerungsgruppen.¹¹⁷⁶

Alte Menschen ohne Behinderung sind kommunalpolitisch häufiger und in wichtigeren Positionen aktiv. Als große Bevölkerungsgruppe haben sie politisches Gewicht.

In den kommunalen Seniorenbeiräten sind alte Menschen mit lebenslanger Behinderung in der Regel nicht vertreten, noch werden ihre spezifischen Interessen stellvertretend von anderen älteren und alten Menschen verfolgt. Eher gelingt es, alte Menschen mit lebenslanger Behinderung in stadtteil- oder gemeindebezogene Arbeitskreise zu integrieren, die die Belange älterer Menschen vor Ort verbessern wollen.

Die Landesregierung ist gemäß Behindertengleichstellungsgesetz (BGG NRW) verpflichtet, eine Behindertenbeauftragte bzw. einen Behindertenbeauftragten zu berufen und einen Landesbehindertenbeirat zu bilden. Über den im Jahr 2012 eingerichteten Inklusionsbeirat und seinen Fachbeiräten findet zudem eine breite Beteiligung der Organisationen der Menschen mit Behinderungen sowie weiterer Akteurinnen und Akteure der Zivilgesellschaft an der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention statt. Damit werden insbesondere Art. 4 Abs. 3 UN-BRK (Einbeziehung der Organisationen

¹¹⁷⁶ Vgl. Waldschmidt, A. (2009), zit. n. Rohrman, A./Schädler, J. (2014): Inklusives Gemeinwesen planen – eine Arbeitshilfe.. Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW. (MAIS). Düsseldorf, S. 64.

von Menschen mit Behinderungen bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten) sowie Art. 33 Abs. 3 UN-BRK (Einbeziehung der Zivilgesellschaft in den Überwachungsprozess zur Durchführung der UN-BRK) umgesetzt.

Auch in vielen Kommunen sind Behindertenbeiräte für die Behandlung spezifischer Fragestellungen eingerichtet worden.¹¹⁷⁷ Die kommunalen Behindertenbeiräte unterscheiden sich in ihrer Zusammensetzung, ihren Aufgaben und ihren Ressourcen erheblich. Die kommunalen Beteiligungskulturen haben sich in den einzelnen Gebietskörperschaften in NRW verschiedenartig und verschieden weit entwickelt. Selbsthilfeinitiativen und Angehörigenverbände spielen als Interessenvertretung alter Menschen mit Behinderung, z. B. in den Gesundheits- und Pflegekonferenzen eine wichtige Rolle.¹¹⁷⁸

Wesentliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit politischer Partizipation von Menschen mit Behinderungen auf kommunaler Ebene werden des Weiteren durch ein vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW gefördertes Projekt der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe NRW e.V. erwartet.¹¹⁷⁹

Die politische Partizipation stellt für alte Menschen mit lebenslanger Behinderung ein neues Lernfeld dar, welches oft in Widerspruch steht zu vorherigen Lebenserfahrungen. Häufig haben Menschen mit lebenslanger Behinderung gelernt, sich entweder bei Entscheidungen nach anderen zu richten, von denen sie faktisch oder „gefühlte“ abhängig sind, oder gar keinen Einfluss zu haben auf das, was geschieht (gelernte Abhängigkeit bzw. gelernte Hilflosigkeit).

Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen?

- Menschen mit Behinderung haben genauso wie die anderen Beteiligten und Fachkräfte wenig Übung mit der Umsetzung von Partizipation. Sie haben keine Vorbilder, an denen sie sich orientieren können.
- Sich in politischen Gremien zu verständigen ist schwierig. Nicht alles lässt sich einfach in „einfacher Sprache“ verbalisieren. Das Abstraktionsniveau, auf welchem Themen behandelt werden, muss an kommunikative Kompetenzen angeglichen werden, ohne dass jedoch die Komplexität, die mit Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen verbunden ist, negiert werden kann.
- Es fällt mitunter allen Beteiligten schwer, sich von der eigenen Lebenssituation zu lösen und den Blick auf die extrem vielfältigen Lebenswirklichkeiten anderer Menschen mit Behinderung zu richten.
- Vor allem Menschen mit einer geistigen Behinderung tun sich schwer, Planungszeiträume zu überblicken und einzuordnen.
- Das „Zeitlassen“ stellt ein wichtiges Moment dar, um wirklich teilhaben zu können an den Diskursen. „Zeit“ ist aber zugleich eine knappe Ressource in politischen Gremien.

Welche Schritte sind zu gehen, um die politische Partizipation von alten Menschen mit lebenslanger Behinderung zu fördern?

In dem Landesprojekt „Inklusive Gemeinwesen planen“ hat das Siegener Zentrum zur

1177 Vgl. Rohrman, A. et al. (2014).

1178 Vgl. ebd.

1179 Weitere Informationen dazu unter www.lag-selbsthilfe-nrw.de/abschlussbericht-veroeffentlicht-zum-projekt-politische-partizipation-von-menschen-mit-behinderungen-in-den-kommune-staerken.

Planung und Evaluation sozialer Dienste ein Instrument entwickelt, das Kommunen hilft, ihre derzeitige Beteiligungspraxis zu evaluieren.¹¹⁸⁰

Partizipative Verfahren und Instrumente, die sich für die Beteiligung anderer Bevölkerungsgruppen bewährt haben,¹¹⁸¹ sind weiterzuentwickeln und auszuprobieren. Die Forschungsgruppe an der Uni Siegen¹¹⁸² hat einige Instrumente für die Beteiligung an der örtlichen Teilhabeplanung zur Verfügung gestellt.

Menschen mit lebenslanger Behinderung sind an den politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen, die sie betreffen, zu beteiligen. Das gilt für die Landesebene genauso wie für die Stadt- und Landkreise, die Kommunen und die überörtlichen Kommunalverbände.

Schädler¹¹⁸³ unterscheidet dabei die gewählten politischen Gremien von sogenannten Arenen (formellen Gremien mit einer festen Mitgliedschaft) und offenen Foren, zum Beispiel thematisch oder projektbezogenen Versammlungen, zu denen „offen“ eingeladen wird. Menschen mit lebenslanger Behinderung sind sowohl an den auf Dauer angelegten politischen Gremien zu beteiligen – z. B. an den Kommissionen zur Inklusion von Menschen mit Behinderung, den psychiatrischen Arbeitskreisen, den Gesundheits- und Pflegekonferenzen in den Kreisen oder an den Arbeitskreisen der überörtlichen Kommunalverbände – als auch an planungsspezifischen Gremien, wie z. B. den Regionalplanungskonferenzen der Landschaftsverbände in den Kreisen, auf denen die Teilhabeplanung in Bezug auf Leistungen der Eingliederungshilfe abgestimmt werden soll. Darüber hinaus sollen die Perspektiven von Menschen mit lebenslanger Behinderung unmittelbar in Planungsverfahren einfließen. Zum Beispiel sollte es Standard sein, Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer zu erfassen und Maßnahmen anhand ihrer Ergebnisqualität zu evaluieren.

In den meisten US-Bundesstaaten werden Menschen mit lebenslanger Behinderung verschiedener Altersstufen regelmäßig und standardisiert zu unterschiedlichen Aspekten der Lebensqualität befragt.¹¹⁸⁴ Perspektivisch kann das ein Vorbild sein, um zu einem stärker vom Feedback der Menschen mit Behinderung gesteuerten Planungszirkel zu gelangen.

Auch an den Entscheidungsprozessen in den Organisationen der Anbieter und Träger von Leistungen sind Menschen mit lebenslanger Behinderung stärker zu beteiligen. Im Bereich des stationären Wohnens und der WfbM bestehen mit dem Heim- und Werkstattbeiräten bereits gesetzlich verankerte Gremien.¹¹⁸⁵ Im Bereich der ambulanten Dienste fehlen solche verbrieften Mitwirkungsmöglichkeiten. Manche Anbieter beginnen ein adressatenorientiertes Selbstverständnis zu entwickeln. Sie gehen dann z. B. von den Wohnvorstellungen von älteren Menschen mit Behinderung und ihren Nächsten aus und entwickeln individuell passende Unterstützungsangebote.

1180 Vgl. Rohrmann, A. et al. (2014).

1181 Vgl. Bischoff, A./Selle, K./Sinning, H. (2005): Informieren, Beteiligen, Kooperieren. Kommunikation in Planungsprozessen. Eine Übersicht zu Formen, Verfahren und Methoden. Dortmund.

1182 Vgl. Rohrmann, A. et al. (2010).

1183 Vgl. Schädler, H. (2010): Örtliche Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen – Grundlagen und Strategien. In: Rohrmann, A., Schädler, J., Wissel, T. /Gaida, M. (Hg.): Materialien zur örtlichen Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen. Siegen, 4-19.

1184 Vgl. Human Services Research Institute & National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services (2013).

1185 Vgl. Schlummer, W./Schütte, U. (2006).

8.1.2.12 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Grundsätzlich sind Menschen mit lebenslanger Behinderung mit den gleichen Lebensereignissen und Veränderungen im Alter konfrontiert, wie andere Menschen auch: das Ende des Arbeitslebens und der Gewinn frei zu gestaltender Zeit, das Erleben der eigenen Alterungsprozesse und die Weiterentwicklung der Identität, der Verlust von Angehörigen und von wichtigen Bezugspersonen, die Erfahrung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Kompetenzeinbußen und das Erleben der Grenzen des Lebens – um nur die wichtigsten zu nennen.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Lebenssituation und persönlichen Ressourcen gehen die gleichen altersbegleitenden Ereignisse und Veränderungen aber mit spezifischen Herausforderungen für die Lebensgestaltung einher, auf die sich Menschen mit lebenslanger Behinderung, ihr soziales Umfeld, ihre informellen und professionellen Unterstützer und die Akteure im Gemeinwesen erst einzustellen haben.

Die Unterstützung bei der Lebensgestaltung hat sich dabei an den Leitideen der Teilhabe, der Inklusion und der Selbstbestimmung zu orientieren. Inklusion hat auch eine biografische Dimension: Übergänge im Lebenslauf stellen immer auch Exklusionsrisiken dar.

Die Realisierung der Leitideen wird, erstens durch eine Individualisierung, eine bedürfnisorientierte Passung der Hilfen, angestrebt – im Rahmen der Eingliederungshilfe etwa durch eine individuelle Hilfeplanung. Im Hinblick auf die Lebensphase „Alter“ ist es notwendig, dass die Hilfeplanung auch auf Angebote für eine frühzeitige Vorbereitung auf die Lebensphase „Alter“ eingeht. Solche Angebote erleichtern die selbstbestimmte Lebensgestaltung und können auch das soziale Netzwerk, insbesondere Angehörige, rechtzeitig auf Veränderungen einstellen.

Die Sozialraumorientierung ist ein zweites wesentliches Handlungskonzept für die Gestaltung von Hilfen. Auf der Ebene der Kommunalpolitik geht es dabei um die inklusive Gestaltung von Einrichtungen, Angeboten und Diensten – auch in der Lebensphase „Alter“. Wichtige Aufgaben sind hier die Vernetzung und Kooperation der Akteurinnen und Akteure in einem Sozialraum sowie die Bewusstseinsarbeit und Förderung eines inklusionsfreundlichen Klimas. Daneben stehen insbesondere die Anbieter in der Behindertenhilfe vor der Aufgabe, ihre Einrichtungen und Dienste sozialräumlich zu organisieren. In der kommunalen Planung für ältere und alte Menschen wird das Quartier als räumliche Planungseinheit und Zentrum des Alltagslebens im Alter fokussiert. Eine inklusive kommunale Sozialplanung von Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung im Alter kann sowohl die Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe befördern als auch die Quartiersentwicklung befruchten.

Die in den Kommunen laufenden Planungen und Bürgerbeteiligungen in Bezug auf den demografischen Wandel sind eine hervorragende Gelegenheit, auch Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter partizipieren zu lassen – sei es durch ihre kommunalen Interessenvertretungen oder die Partizipation an befristeten Arbeitsgruppen und Versammlungen, die mitunter durch neuartige und noch weiter zu entwickelnde Partizipationsverfahren sichergestellt werden sollte.

Für die Gestaltung von Gemeinwesen und die Planung von Unterstützung in Nordrhein-Westfalen fehlt es jedoch grundlegend an Daten auf verschiedenen Ebenen.

Um bestehende Datenlücken zu füllen, wäre eine Erhebung zur Lebenssituation von Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter in Nordrhein-Westfalen sinnvoll.

Dieses Themenfeld könnte mit Blick auf Artikel 31 UN-BRK (Statistik und Datensamm-

lung) geplanten Ausbaus der Berichterstattung zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen erfolgen. Hier sollte auch berücksichtigt werden, dass sich das Älterwerden für Frauen und Männer mit lebenslanger Behinderung zum Teil unterschiedlich darstellt. Insofern sollte die Entwicklung einer kohärenten Genderperspektive in Bezug auf die Zielgruppe und die Lebensphase ermöglicht werden. Auch das Älterwerden von Menschen mit lebenslanger Behinderung und Migrationshintergrund sollte differenziert erfasst werden.

Für regionale und kommunale Planungszwecke sollte transparent sein, wie viele Menschen mit lebenslanger Behinderung in welchem Alter und in welchen Kreisen und Kommunen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung oder/und Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen:

Statistiken zur sozialen Pflegeversicherung

Wie viele Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen in welchem Alter und in welchen Kommunen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung – insbesondere Pflegegeld, ambulante oder stationäre Leistungen – beziehen, ist nicht bekannt. Statistische Angaben darüber, wie viele Menschen mit lebenslanger Behinderung in NRW in stationären Fachpflegeheimen oder in Altenpflegeheimen nach SGB XI leben, gibt es ebenfalls nicht oder in nicht valider Form.

Statistiken zur Eingliederungshilfe

Angaben zur Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe von Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter liegen vor, soweit die Landschaftsverbände Leistungsträger sind. Empfohlen wird die für Verwaltungszwecke erhobenen Daten stärker für Planungszwecke aufzubereiten. Insbesondere ist unter Beachtung des Datenschutzes eine feinere sozialräumliche Analyse der kreisbezogenen Strukturdaten (Dienste, Einrichtungen mit Plätzen) und Leistungsempfängerdaten sinnvoll, um den Anschluss an die kommunale Sozialplanung zu finden.

Schwerbehindertenstatistik

Die Angaben zur Art und zu Ursachen der Behinderung sollten überarbeitet, das Eintrittsjahr der Behinderung erfasst werden.

Kommunale Sozialberichterstattung

Merkmale von Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter und spezifische Unterstützungsangebote sollten selbstverständlicher Teil der kommunalen Sozialberichterstattung werden. In vielen Kreisen werden für Planungszwecke bereits geografische Informationssysteme verwendet, die für eine sozialräumliche Darstellung infrage kommen.

Evaluation der Ergebnisqualität

Es sollte Standard werden, Maßnahmen anhand ihrer Ergebnisqualität zu evaluieren und frühzeitig Hinweise auf neue Bedarfslagen zu erhalten. Hier könnten Befragungen zur Lebensqualität helfen, um zu stärker vom Feedback der Menschen mit Behinderung gesteuerten Planungen zu gelangen.

Soziale Beziehungen und Angehörigenarbeit

Verschiedene Evaluationsstudien¹¹⁸⁶ weisen darauf hin, dass professionelle Organisationen und Unterstützungspersonen ihre Verantwortung für die Entwicklung der informellen Beziehungen ihrer Klientinnen und Klienten zu wenig wahrnehmen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Wohnen und in Tagesangeboten sehen das häufig noch nicht als eine zentrale Aufgabe ihrer Tätigkeit an.

Zum Beispiel sollten professionelle Dienste vorausschauend und koordiniert mit den Eltern Kontakt aufnehmen, um sie zu einer „Nachfolgeplanung“ zu bewegen: Wer kann und soll für den Fall, dass sie selbst nicht mehr dazu der Lage sind, die Rolle einer zentralen Vertrauensperson im informellen Netzwerk der Klientin bzw. des Klienten einnehmen? Eltern sollten dies gemeinsam mit dem behinderten Familienmitglied, Angehörigen und anderen Beteiligten überlegen. Solche Prozesse können auch im Rahmen einer frühzeitigen persönlichen Zukunftsplanung angestoßen werden, bei der auch rechtliche Fragen (Vererben, rechtliche Betreuung) behandelt werden. Auch die Beratung und Unterstützung erwachsener Geschwister wird in Deutschland häufig noch vernachlässigt. Angesichts der Bedeutung der Beziehungen zur Familie für das Alter und des oft gemeinsamen Älterwerdens von hochaltrigen Eltern und ihren Töchtern und Söhnen mit lebenslanger Behinderung gewinnt die Angehörigenarbeit neues Gewicht – gerade auch für Angehörigenverbände.

Arbeit und Ruhestand

Arbeitsstätten, insbesondere Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), sind wichtige Kontaktstellen und Treffpunkte von Menschen mit lebenslanger Behinderung, die ja in sehr unterschiedlichen Wohnformen leben. Die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitsstätten, Wohndiensten, Angehörigen und spezifischen oder allgemeinen Bildungs- und Aktivitätsangeboten für ältere Menschen in den Gemeinden ist zentral wichtig, um den Übergang von Arbeitsleben in den Ruhestand zu gestalten, sich rechtzeitig darauf vorzubereiten.

Freizeit

Die Kommunen sollten Angebote für alle Bürgerinnen und Bürger im Alter koordiniert planen, sie bei den Zielgruppen bekannt machen und ihre inklusive Gestaltung fördern (z. B. auch das ehrenamtliche Engagement und die Nachbarschaftshilfe durch Menschen mit lebenslanger Behinderung). Eine inklusive Planung kann zu einer vielfältigeren Gelegenheitsstruktur führen.

Maßnahmen zur Tagesgestaltung sollten einer Person mit lebenslanger Behinderung unabhängig von ihrer Wohnformen, jedoch abhängig von ihrem individuellen Bedarf und der Wohnunterstützung zur Verfügung stehen, also auch gegebenenfalls älteren Menschen, die ambulant unterstützt oder bei Angehörigen wohnen.

Wohnen

Menschen mit lebenslanger Behinderung sollen im Alter, solange es möglich und gewünscht ist, in ihrer Wohnung oder zumindest in ihrem gewohnten Wohnumfeld verbleiben können. Dazu müssen Unterstützer ihre Dienste und Angebote an die Bedarfe ihrer Klientinnen und Klienten in deren Häuslichkeit anpassen. Vor allem die ambulanten

1186 Vgl., Greiving, H. et al. (2012); Bigby, C. (2004), S. 126.

Wohndienste und Pflegedienste müssen dementsprechend weiter entwickelt und qualifiziert werden. Wohndienste und Wohnangebote müssen sich stärker als Teil der Unterstützungsstruktur in einem Quartier begreifen und aus dieser Perspektive heraus sich entwickeln und mit ergänzenden Diensten vernetzen.

Wenn eine räumliche Veränderung nicht zu vermeiden ist, stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen ein Umzug in eine andere Wohnform, z. B. eine stationäre Wohneinrichtung oder eine Pflegeeinrichtung, erfolgen sollte und wie Prozesse strukturiert werden, die zu Umzugsentscheidungen und deren Evaluation im Rahmen der Hilfeplanung führen.

Für NRW könnte im Rahmen der Berichterstattung zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen empirisch analysiert werden, wie viele Menschen mit (lebenslanger) Behinderung aus welchen Gründen und nach welchen Auswahlkriterien in welche Wohnform wechseln, um sozialplanerisch entsprechend steuern zu können und Wahlmöglichkeiten zu gewährleisten.

Gesundheit

Eine der größten Herausforderungen besteht darin, Menschen mit lebenslanger Behinderung bereits im frühen Lebensalter die Möglichkeit zu geben, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln, der sich durch eine ausreichende Bewegung, ausgewogene Ernährung, soziale Einbindung und kognitiver Herausforderung auszeichnet, um damit die Risikofaktoren für alterstypische Erkrankungen zu minimieren.

Im Gesundheitswesen geht es darum, ärztliche, therapeutische und pflegerische Fachkräfte und den Betrieb von Praxen, Akutkrankenhäusern und Rehakliniken auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen von Menschen mit lebenslanger Behinderung auch differenziert nach Geschlecht einzustellen. Dabei gilt es, das spezifische Know-how, das in medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderung vorhanden ist, in der Fläche und in den allgemeinen medizinischen Versorgungsstrukturen zugänglich zu machen. Das ist nicht nur eine Frage der Fortbildung und Organisation des Gesundheitswesens für benachteiligte Patientengruppen, sondern auch eine Frage der medizinischen Forschung auf diesem Gebiet, die in Deutschland und somit auch in NRW im Unterschied zum Beispiel zu den Niederlanden, Großbritannien oder Irland noch in den Kinderschuhen steckt. Präventive oder rehabilitative Gesundheitsprogramme haben Menschen mit lebenslanger Behinderung als Zielgruppe zu berücksichtigen.

Begleitung am Lebensende

Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe sollten Konzepte für die palliative Versorgung und für die Sterbebegleitung am Ende des Lebens (weiter) entwickeln. Bei der individuellen Hilfeplanung muss die Begleitung der emotionalen Verarbeitung von Tod und Trauer neben Fragen der pflegerischen Versorgung Berücksichtigung finden. Die Planung sollte darauf abzielen, Teilhabechancen bis zum Lebensende in höchstmöglichem Maße zu erhalten.

Palliative und hospizliche Versorgungssysteme sollten sich für Menschen mit lebenslanger Behinderung weiter öffnen, Religionsgemeinschaften (Kirchengemeinden und vergleichbare religiöse Vereinigungen) eine inklusive Kultur entwickeln. Sowohl pädagogische Fachkräfte als auch die Gesundheitsberufe sind für den Umgang von Menschen

mit Behinderung in der letzten Lebensphase zu qualifizieren.¹¹⁸⁷ Zudem sollten strukturelle Barrieren für eine gelingende Sterbebegleitung ausgeräumt werden, etwa indem personelle Ressourcen für die zeitintensive Begleitung am Lebensende zur Verfügung stehen. Hier ist auch an Ressourcen im Gemeinwesen zu denken (ambulante Hospizdienste, Besuchsdienste von Kirchengemeinden, Begleitung durch hauptamtliche Seelsorgerinnen und Seelsorger).

8.1.3 Schnittstellen zwischen Pflege und Behinderung

Nach den Maßstäben der UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 1 Satz 2) sind Menschen mit Pflegebedürftigkeit Behinderte im Sinne der Konvention. Umgekehrt gilt aber nicht, dass jeder behinderte Mensch auch pflegebedürftig im Sinne des Pflegerechts ist. Besonders deutlich wird dies bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, da das geltende Recht nur auf sogenannte somatische Beeinträchtigungen abhebt. Dies führt zu Schnittstellen zum Beispiel mit dem Recht der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, aber auch zum Recht der gesundheitlichen Versorgung.

Es fehlt aktuell in Deutschland eine verlässliche und Sektoren übergreifend „Versorgungskette“ von der häuslichen Versorgung über Arzt-/Krankenhausbehandlung bis hin zur Verknüpfung mit sonstigen Angeboten. Die Zunahme chronischer Erkrankungen mit zunehmender Multimorbidität sowie die steigende Zahl von Menschen mit Demenz stellen die hergebrachten Versorgungsangebote vor neue Herausforderungen. In Verbindung mit der absoluten Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen werden Schwierigkeiten zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung zunehmend sichtbar. Hier sind der landespolitischen Gestaltung dadurch Grenzen gesetzt, dass es sich um bundesgesetzlich gesetzte Verfahren und Regelungen handelt, die von der Landespolitik allein nicht korrigiert werden können. Eine Einflussnahme Nordrhein-Westfalens ist hier – nur bedingt – über den Bundesrat möglich.

Wo liegen die Probleme konkret? Unabhängig von Diskussionen um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff besteht aktuell Handlungsbedarf, um die Gefahr von Fehl- oder Minderversorgung an den Schnitt- und Übergangsstellen zwischen medizinisch-gesundheitlicher Versorgung nach SGB V und dem pflegerisch-betreuerischen Versorgungsauftrag des SGB XI auszuschließen.

Ungelöste Schnitt- und Übergangsprobleme belasten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erheblich – sowohl emotional als auch konkret finanziell und sind ferner Ursache vermeidbarer Folgekosten für die sozialen Sicherungssysteme.

Auch nach der Reform des SGB XI im Jahr 2012 sind Menschen mit Behinderungen noch nicht gleichberechtigt in die Pflegeversicherung einbezogen. Dies wird u. a. an folgenden Stellen des SGB XI deutlich:

- Der gegenwärtige im Grundsatz somatisch hinterlegte Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung führt dazu, dass zum Beispiel die personalintensiven Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Pflegestufenzuordnung noch immer nicht ausreichend berücksichtigt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits im Jahr 2006 einen „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ eingesetzt. Konkrete Ergebnisse liegen seit Anfang 2009 vor.

¹¹⁸⁷ Vgl. Tuffrey-Wijne, I. (2007), S. 338f.

- Es liegt daher ein Begutachtungsinstrument vor, das den Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Abhängigkeit von personeller Hilfe als Maßstab für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit zu Grunde legt. Dieses Verfahren wurde bisher nicht in die Praxis des SGB XI umgesetzt.
- § 43a SGB XI begrenzt die Leistungen des SGB XI für Pflegebedürftige, die in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben, auf einen Pauschalbetrag von 10 % der Aufwendungen bis höchstens 256 Euro im Monat begrenzt. Diese Menschen werden damit von den Regelleistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen.
- Für viele Menschen ist ein trägerübergreifendes persönliches Budget eine wünschenswerte Alternative, um ein selbstbestimmtes Leben verwirklichen und organisieren zu können. Das Pflegerecht mit seinem § 35a SGB XI unterstützt dies im Ergebnis nicht. Seine Vorgabe der Umsetzung über Gutscheine und der Begrenzung der Inanspruchnahme von Angeboten nur zugelassener Pflegedienste hindert die erforderliche Gestaltung des persönlichen Hilfesettings.
- Dies gilt auch für die grundsätzlich gegebene Möglichkeit, häusliche Pflege durch Einzelpersonen sicherstellen zu können – § 77 SGB XI. Grundsätzlich sieht diese Vorschrift den Abschluss von Verträgen der Pflegekassen mit einzelnen Pflegekräften im Rahmen von Einzelfallbetreuungen vor. § 77 Abs. 1 Satz 4 SGB XI gibt in diesem Zusammenhang aber vor, dass darüber hinaus kein Arbeitsverhältnis zwischen Einzelpflegekraft und Pflegebedürftigem geschlossen werden darf. Aus dieser Einschränkung resultiert ein Problem bei Menschen mit Behinderungen, die ihre Betreuung und Versorgung im Rahmen einer persönlichen Assistenz geregelt haben bzw. regeln wollen.
- Ein Aspekt des Assistenzgedankens ist, dass ein Arbeitsverhältnis zwischen dem Menschen mit Behinderung und der jeweiligen Assistenzkraft begründet wird. Die behinderten Frauen und Männer möchten selbst das „Heft des Handelns in den Händen behalten“ und die Weisungsbefugnis der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers innehaben.

All dies sind Punkte, die in den Themenkreis auf Bundesebene eingebracht werden müssen.

8.1.3.1 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Angesichts der zu erwartenden Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen gewinnt die Vermeidung oder das „Hinausschieben“ des Eintritts von Pflegebedürftigkeit durch präventives Handeln weiter an Bedeutung. Die unterschiedliche Gestaltung der beiden Versicherungssysteme („Vollkasko“-Krankenversicherung vs. „Teilkasko“-Pflegeversicherung, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und ggf. Erhebung von Zusatzbeiträgen in der Krankenversicherung vs. Einheitsbeitrag und Finanzierung „aus einem Topf“ in der Pflegeversicherung) birgt überdies die Gefahr, dass in der Krankenversicherung im Grenzbereich zur Pflegeversicherung nicht alle Möglichkeiten zur Vermeidung und zur positiven Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit genutzt werden. Diese Entwicklungen erfordern deshalb neue politische und fachliche Ansätze zur Bereinigung der zunehmend problematischeren Schnitt- und Übergangsstellen zwischen diesen Teil-Systemen sowie Konzepte, die sozialgesetzbuchübergreifend die Perspektive der Betroffenen und ihrer Angehörigen unter gebührender Beachtung auch sozialräumlicher Aspekte zur Leitvorstellung macht. Die gegensätzlichen Interessen von Kosten- und Leistungsträgern sind demgegenüber als nachrangig anzusehen. Benötigt wird

- eine umfassende Bestandsaufnahme von Schnittstellen- und Übergangsproblemen zwischen SGB XI und SGB V sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich und deren finanziellen Folgewirkungen;
- bei dieser Fragestellung ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den pflegerischen und gesundheitlich-medizinischen Bereichen sicherzustellen;
- die Erarbeitung konkreter Lösungsvorschläge zum Abbau dieser Probleme.

Auf Initiative Nordrhein-Westfalens hat eine Arbeitsgruppe der Länder im Juni 2013 die Arbeit zu diesem wichtigen Thema aufgenommen. Die AG hat im Jahr 2014 einen Bericht zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen zwischen gesundheitlicher (SGB V) und pflegerisch-betreuerischer (SGB XI) Versorgung verfasst, der weitgehend an die Bundesregierung adressierte Hinweise und Prüfaufträgen enthält. Auf der Grundlage dieses Berichts sind entsprechende Beschlüsse sowohl der 91. Arbeits- und Sozialministerkonferenz im Jahr 2014 als auch der 88. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2015 gefasst worden.

8.1.4 Behinderung und Alter in der Praxis: Aus der Arbeit des Landesbehindertenbeauftragten Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen gibt es seit 2004 einen Landesbehindertenbeauftragten. Seine Aufgabe besteht nach § 12 BGG NRW in der Wahrung der Belange von Menschen mit Behinderung in NRW, das heißt, er setzt sich für deren gleichberechtigte und selbstbestimmte gesellschaftliche Teilhabe ein.

Ein Schwerpunkt besteht in der Beratung der Landesregierung zu Gesetzes- und Verordnungsvorhaben, die die Belange der Menschen mit Behinderung berühren.

Außerdem tauscht sich der Behindertenbeauftragte mit Betroffenen, Behindertenverbänden und Organisationen über die Auswirkungen gesetzlicher Rahmenbedingungen aus. Diese Hinweise aus der Praxis sind eine wichtige Grundlage für seine Arbeit und liefern Impulse für Ideen und Konzepte zur Umsetzung einer inklusiven Gesellschaft. Das Themenspektrum ist dabei sehr vielfältig und reicht von Barrierefreiheit über inklusive Bildung bis zu Fragen nach Zusammenhängen von Behinderung und Alter vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, um die es im Folgenden gehen soll. Der vorliegende Beitrag erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr soll ein erster Überblick über Chancen, Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten des Altwerdens von Menschen mit Behinderung gewonnen werden, um darauf aufbauend weitere Überlegungen zur Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen folgen zu lassen.

8.1.4.1 Behinderung, ein Begriff im Wandel

Was versteht man eigentlich unter dem Begriff „Behinderung“ und wer gilt als behindert?¹¹⁸⁸ In Deutschland ist die Definition nach § 2 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) am gängigsten: „...Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist...“.

¹¹⁸⁸ Vgl. hierzu insb.: der Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Inklusion macht die Gesellschaft reicher. Durchsetzen, mitwirken, anregen. (2011), S. 6ff.

Diese Definition ist allerdings an den Defiziten von behinderten Menschen orientiert. Auch Statistiken über Menschen mit Behinderung spiegeln diese Muster wider. Darin wird vor allem erfasst, wer als „schwerbehindert“ gilt, bei dem also mindestens ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 festgestellt und anerkannt wurde. Die Feststellung des GdB ist in Deutschland von Bedeutung, weil hieran beispielsweise ein erweiterter Kündigungsschutz für Menschen mit Behinderung gekoppelt ist.

8.1.4.2. Die neue Perspektive der UN-Konvention

Die UN-Behindertenrechtskonvention fixiert eine deutlich andere Perspektive auf die Behinderung als die im SGB IX eingenommene.¹¹⁸⁹ Sie beschreibt diese neue gültige Perspektive in Artikel 1 Abs. 2 folgendermaßen: „(...) zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können (...)“.

Diese Beschreibung stellt nicht die Beeinträchtigungen des behinderten Menschen allein in den Mittelpunkt, sie überwindet die bisher gängige Defizitorientierung. Die Behinderung wird vielmehr in Beziehung gesetzt zu den Barrieren, durch die eine gesellschaftliche Teilhabe behinderter Menschen erst verhindert wird.

¹¹⁸⁹ Vgl. hierzu insb.: der Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Inklusion macht die Gesellschaft reicher. Durchsetzen, mitwirken, anregen. (2011), S. 6ff.

146 Schwerbehinderte Menschen am 31. Dezember 2011 nach Grad der Behinderung, Geschlecht und Regierungsbezirk

Kreisfreie Städte und Kreise		Schwerbehinderte							
		Insgesamt		Grad der Behinderung					
				50%	60%	70%	80%	90%	100%
		Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Nordrhein - Westfalen	männlich	860.884		269.076	137.859	95.610	104.554	42.714	211.071
	weiblich	828.405		237.077	137.162	96.198	104.064	44.484	209.420
	Insgesamt	1.689.289	100,0	506.153	275.021	191.808	208.618	87.198	420.491
Reg.-Bez. Düsseldorf	männlich	244.323		75.842	39.859	28.529	30.093	11.997	58.003
	weiblich	246.483		70.349	42.598	30.665	31.991	13.125	57.755
	Insgesamt	490.806	29,1	146.191	82.457	59.194	62.084	25.122	115.758
Reg. Bez. Köln	männlich	194.658		59.395	29.927	20.415	24.141	8.814	51.966
	weiblich	183.944		52.745	28.984	19.586	22.902	8.883	50.844
	Insgesamt	378.602	22,4	112.140	58.911	40.001	47.043	17.697	102.810
Reg.-Bez. Münster	männlich	124.179		40.614	19.790	13.231	15.279	6.465	28.800
	weiblich	116.207		34.300	18.926	12.871	15.080	6.503	28.527
	Insgesamt	240.386	14,2	74.914	38.716	26.102	30.359	12.968	57.327
Reg.-Bez. Detmold	männlich	80.611		23.846	11.883	8.911	10.326	4.116	21.529
	weiblich	73.328		20.930	10.986	8.061	9.432	3.992	19.927
	Insgesamt	153.939	9,1	44.776	22.869	16.972	19.758	8.108	41.456
Reg.-Bez. Arnsberg	männlich	217.113		69.379	36.400	24.524	24.715	11.322	50.773
	weiblich	208.443		58.753	35.668	25.015	24.659	11.981	52.367
	Insgesamt	425.556	25,2	128.132	72.068	49.539	49.374	23.303	103.140

Quelle: IT.NRW

8.1.4.3 Eine neue Generation im Ruhestand

Die steigende Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung ist historisch eine völlig neue Erscheinung. Nachdem im Zweiten Weltkrieg eine ganze Generation von Menschen mit Behinderung den Nationalsozialisten zum Opfer fiel, erreichen nun erstmals Frauen und Männer mit Behinderung ein hohes Alter. Dazu tragen auch der medizinische Fortschritt und die Verbesserung der Lebensbedingungen bei.

Weit verbreitet ist noch die Vorstellung, dass Behinderungen in der Regel angeboren sind.¹¹⁹⁰ Diese Sicht muss mit dem Blick auf die zunehmende Alterung der Bevölkerung eindeutig korrigiert werden.

Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Möglichkeit einer Behinderung deutlich zu, weil Krankheitsrisiken im Alter steigen und zu bleibenden Einschränkungen führen können. Laut Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung entstehen mehr als 80 % der Schwerbehinderungen durch eine Krankheit.¹¹⁹¹

Statistische Vorausberechnungen und Prognosen der Bevölkerungsentwicklung von Menschen mit Behinderung im Alter gibt es für Nordrhein-Westfalen zurzeit nicht.

1190 Vgl. hierzu insb.: der Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Inklusion macht die Gesellschaft reicher. Durchsetzen, mitwirken, anregen. (2011), S. 8ff.

1191 Vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.): „Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt“ (2009), S. 13.

Doch ist nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes von einem deutlichen Anstieg des Anteils älterer Menschen in den nächsten Jahrzehnten auszugehen. Bleibt der Anteil schwerbehinderter Menschen in jedem Altersjahr gleich, wird es schon aufgrund der Alterung wesentlich mehr Menschen mit Behinderung geben. Etwa jeder Achte wäre von einer Schwerbehinderung betroffen.¹¹⁹²

In Nordrhein-Westfalen ist ein Viertel aller Menschen mit Behinderung 65 Jahre und älter. Hier zeigen sich die Auswirkungen des demografischen Wandels deutlich. Diese Entwicklung bedeutet: Früher oder später kann jeder von einer Behinderung betroffen sein, die Wahrscheinlichkeit steigt, je älter wir werden. Eine verantwortungsbewusste, vorausschauende und soziale Gesellschaft muss das berücksichtigen. Insofern ist die UN-Behindertenrechtskonvention für uns alle auch ein Leitfaden und eine Chance für die gesamte Gesellschaft, den Prozess des demografischen Wandels vorausschauend zu planen und sozial zu gestalten.

147 Schwerbehinderte Menschen und Schwerbehindertenquote am 31. Dezember 2011 nach Altersgruppen und Geschlecht

Schwerbehinderte Menschen und Schwerbehindertenquote am 31. Dezember 2011 nach Altersgruppen und Geschlecht						
Alter von ... bis unter ... Jahren	Schwerbehinderte Menschen			Schwerbehindertenquote*)		
	insgesamt	Männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
unter 15	29.490	17.650	11.840	1,2	1,4	1,0
15 bis unter 25	36.481	21.180	15.301	1,8	2,0	1,5
25 bis unter 35	45.663	25.375	20.288	2,2	2,4	1,9
35 bis unter 45	87.367	45.296	42.071	3,6	3,7	3,5
45 bis unter 55	207.751	107.779	99.972	7,1	7,3	6,9
55 bis unter 65	353.068	192.045	161.023	15,8	17,6	14,2
65 und mehr	929.469	451.559	477.910	25,6	29,2	23,0
Insgesamt	1.689.289	860.884	828.405	9,5	9,9	9,1

*) Zahl der Schwerbehinderten Menschen je 100 Personen der Bevölkerung entsprechenden Alters und Geschlechts

Quelle: IT.NRW

Auch der Landschaftsverband Westfalen-Lippe stellt für Nordrhein-Westfalen fest, „dass die Anzahl der Menschen mit einer wesentlichen Behinderung, die das Rentenalter erreichen oder einen altersbedingten Hilfebedarf haben, zusehends anwachsen wird. Ihre Lebenserwartung gleicht sich der allgemeinen Lebenserwartung an. Diese historisch neue Situation der erfreulicherweise wachsenden Zahl älterer Menschen mit Behinderung stellt bereits an sich für die Behindertenpolitik [...] eine neue Herausforderung dar“.¹¹⁹³

1192 Vgl. ebd., S. 15.

1193 LWL (Hrsg.): Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter. Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen. (2011), S. 70.

8.1.4.4 **Ruhestand und dann? Möglichkeiten zur Gestaltung eines neuen Lebensabschnitts**

Für die neue Generation von Frauen und Männern mit Behinderung im Alter stellt sich mit dem Übergang in den Ruhestand auch die Frage nach der Gestaltung dieses neuen Lebensabschnitts. Eine Möglichkeit sind tagesstrukturierende Maßnahmen, wie sie zum Beispiel von Werkstätten oder anderen Leistungsträgern der Eingliederungshilfe zunehmend angeboten werden. Denn im Zuge der demografischen Entwicklung werden in den kommenden Jahren auch immer mehr Werkstattbeschäftigte das Rentenalter erreichen.¹¹⁹⁴ Das Ausscheiden aus der Werkstatt ist für Menschen mit Behinderung ebenfalls ein gravierender Einschnitt, der mit dem „Verlust einer sinnstiftenden Tagesstruktur“¹¹⁹⁵ und mit dem Fehlen alternativer Tätigkeiten und sozialer Kontakte einhergeht.

Für die soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderung werden somit tagesgestaltende und -strukturierende Angebote nach dem Wegfall von Arbeit und Beschäftigung immer wichtiger.¹¹⁹⁶ „Tagesstrukturierung meint dann nicht mehr Arbeits- und Ablauforganisation an den Werktagen und zu den üblichen Arbeitszeiten, sondern kann wesentlich offener und flexibler unter Einbeziehung von Angeboten in kommunalen und kirchlichen Begegnungs- und Bildungsstätten, von Seniorentreffs oder auch von Angeboten der Behindertenwohnstätten, der Alten- und Pflegeeinrichtungen gestaltet und entwickelt werden.“¹¹⁹⁷

In Nordrhein-Westfalen haben zum Beispiel das Sozialwerk St. Georg und die evangelische Stiftung Hephata tagesstrukturierende Maßnahmen implementiert. Wie diese gestaltet werden können und welche positiven Effekte damit verbunden sind, belegen die folgenden Praxisbeispiele.

8.1.4.4.1 **„Tagesstruktur Vielfalt“¹¹⁹⁸**

Aufgaben für ältere und alte Menschen und Jüngere

Ob jung oder alt – Menschen brauchen Struktur. Sie gibt ihnen Orientierung, eine Aufgabe, Motivation und einen Lebensrhythmus. Menschen mit Behinderung benötigen besondere tagesstrukturierende Angebote und Hilfen, wie sie diese im Tagesstätten-Verbund des Sozialwerks St. Georg, Geschäftsbereich Ruhrgebiet, vorfinden. Auch ältere und alte Menschen haben hier einen Platz. In der „Tagesstruktur (TS) Vielfalt“ in den Räumlichkeiten der „Emscher-Werkstatt“ – mit, wie der Name schon sagt, vielfältigen Angeboten. Die „TS Vielfalt“ zählt zurzeit 80 Frauen und Männer zu ihren Besuchenden mit geistiger/psychischer Behinderung oder Abhängigkeitserkrankung. Sie leben entweder in stationären Wohnheimen oder in eigenen Wohnungen, wo die Mitarbeitenden sie ambulant betreuen. Susanne

1194 Vgl. Heistermann, B./Sanders, M.: „Was kommt nach der Werkstatt? Anmerkungen aus der Trägerperspektive“ in: DRK (Hrsg.): *Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft.* (2012), S.113.

1195 Ebd., S. 113.

1196 LWL (Hrsg.): *Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter. Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen* (2011), S. 71.

1197 Vgl. Bohn, E. Dr. „Grundsätzliche Überlegungen zur Förderung, Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Behinderungen“ in: KVJS (Hrsg.): *Alter und Behinderung. Informationen, Meinungen und Praxisbeispiele zu einem aktuellen Thema. Dokumentation von zwei KVJS-Fachtagungen und weiteren Materialien,* (2008), S. 7.

1198 Aus: Sozialwerk St. Georg (Hrsg.): *Einblick - Ausgabe 4/2011, Tagesstruktur Vielfalt Aufgaben für Senioren und Jüngere*, S. 12f. Online verfügbar: www.sozialwerk-st-georg.de/fileadmin/media/holding/EinBlick_42011_03-11-11.pdf

Lingnau, Fachleiterin im Tagesstätten-Verbund Ruhrgebiet, stellt von vornherein klar: „Das Alter spielt hier keine Rolle, sondern vielmehr der Bedarf an Sinn gebender Tagesstruktur in einem zweiten Lebensraum.“ Und so ist der jüngste Besucher gerade mal 19 Jahre alt und der älteste 82.

„Es ist wichtig, dass unsere Klientinnen und Klienten neben ihrem ersten Lebensraum Wohnung einen weiteren Ort aufsuchen können, wo sie soziale Kontakte pflegen, sich beschäftigen und damit einen geregelten Tagesablauf haben“, so Susanne Lingnau. Die Angebote haben dabei die Aufgabe, die individuelle Lebensqualität zu steigern, die Eingliederung in Arbeit und Gemeinschaft zu fördern und behinderungsbedingte Beeinträchtigungen im Rahmen eines übergreifenden Eingliederungskonzepts zu überwinden, zu lindern und zu vermeiden.

Die älteren Besucherinnen und Besucher sind entweder ehemalige Beschäftigte der „Emscher-Werkstatt“, die im Anschluss in die Tagesstruktur wechseln, oder Menschen aus anderen Einrichtungen. Die Werkstatt kündigt im Jahr vor der Rente die potenziellen künftigen Klienten an. Sie haben die Möglichkeit, die Tagesstruktur mit ihren Angeboten vorab kennenzulernen oder in den ersten Wochen zunächst zu hospitieren. Sie können frei entscheiden, ob sie in die Tagesstruktur aufgenommen werden wollen oder nicht. Der Zeitrahmen ist frei wählbar und kann zwischen einigen Stunden bis zu 35 Stunden in der Woche liegen. Wichtig: Es geht hier nicht um Arbeit, sondern um Beschäftigung, die nicht entlohnt wird.

„Das Angebot wird auf die Belastbarkeit und die Fähigkeiten der Besuchenden abgestimmt“, betont Lingnau. Ziel ist es unter anderem, Arbeits- und Beschäftigungsfertigkeiten, soziale und lebenspraktische Kompetenzen zu fördern und zu erhalten – zum Beispiel mit Hilfe von Sportangeboten, Gesangsgruppen, Kreativ- und Handwerksgruppen, Themen-Gesprächsrunden, Gedächtnistraining.

So wie bei Christel Lange, die seit über zehn Jahren täglich die „TS Vielfalt“ besucht. Es gibt kaum etwas, was sie nicht gerne macht: Handarbeiten, Kochen, Kreuzworträtsel lösen, Gedächtnistraining. „Vor einigen Jahren wäre dies noch nicht möglich gewesen, als Frau Lange noch mit psychischen Problemen und dem Alkohol zu kämpfen hatte“, erinnert sich Marlies Averkamp, Gruppenleiterin im Tagesstätten-Verbund. Und so wurde sie von der Tagesstruktur aufgebaut, Neigungen wurden erkannt, Fähigkeiten erhalten und das Selbstbewusstsein wieder gestärkt. So manches Mal war Marlies Averkamp dann auch Zuhörer in Krisensituationen und konnte in Entlastungsgesprächen den Druck rausnehmen. Auch Heinz Lichtenberg ist ein „Vollzeit-Beschäftigter“ in der „Tagesstruktur Vielfalt“. Seit eineinhalb Jahren ist der 70-Jährige täglich zu Gast. Er hat schon einige andere Angebote ausprobiert, und nichts hat ihm so gut gefallen wie die „TS Vielfalt“. „Sie hat mir geholfen, wieder auf die Beine zu kommen“, erzählt Heinz Lichtenberg. Er ist „trockener“ Alkoholiker und hat schon viele schwierige Zeiten durchlebt.

„Es ist schlimm, morgens aufzustehen und nichts zu tun zu haben.“ In der Tagesstruktur hat er Halt gefunden und Bestätigung in der Kunst. Zurzeit beschäftigt er sich mit Seidenmalerei und kann dabei sehr gut abschalten.

Dem Tag zu frönen, ist Gift für ihn, weiß der ehemalige Innenarchitekt aus leidvoller Erfahrung, und so lässt er sich morgens und nachmittags mit dem Bus an die Emscherstraße fahren und wieder abholen. Nichts kann ihn davon abhalten. „Hier habe ich Gesprächspartner, hier kann ich mich unterhalten und viel lachen. Der soziale Zusammenhalt beeindruckt mich immer wieder“, ist Lichtenberg überzeugt vom Angebot der „Tagesstruktur“. „So lange meine Beine mich tragen, werde ich herkommen.“

Rosa Sommer | Freie EinBlick-Mitarbeiterin

8.1.4.4.2. „Sobald es mir besser geht, will ich wieder jeden Morgen in den Seniorentreff“¹¹⁹⁹

Klaus-Dieter Biermann empfängt mich in seinem Zimmer. Nach der Begrüßung nimmt er in einem großen gemütlichen Sessel am Fenster Platz.

Der Wandschmuck zieht meine volle Aufmerksamkeit auf sich. Unterschiedlich farbige Bilderrahmen verteilt über alle freien Wände, darin aber keine Fotos oder Zeichnungen sondern Urkunden. Eine davon im pinkfarbenen Rahmen:

„Herrn Klaus Dieter Biermann – 25 Jahre im Dienste des Evangelischen Friedhofs“ und eine auf weißem Untergrund oben eine Zeichnung der Betriebsstätte Tippweg der Hephata Werkstätten:

„Herrn Klaus Dieter Biermann – 15 Jahre Hephata Werkstätten“. Wesentliche Abschnitte des Lebens von Klaus Dieter Biermann präsentiert an seinen Zimmerwänden, Impulse für ein stundenlanges Gespräch.

Herr Biermann, ich besuche Sie heute, um Sie zum Seniorentreff auf dem Hephata-Gelände zu interviewen. Leider konnten Sie den ja in den letzten Wochen nicht besuchen.

„Nein, ich bin ja am Donnerstag erst aus dem Krankenhaus gekommen. Ich bekomme so schlecht Luft. Ich muss am Tag einen Liter Sauerstoff aufnehmen. Dazu nehme ich die Schläuche da in die Nase. Sobald es mir besser geht, will ich wieder jeden Morgen in den Seniorentreff. Hier im Haus ist es mir nämlich tags zu langweilig. Ich will so einen kleinen Trolli haben, in den ich einen kleinen Sauerstoffbehälter stellen kann. Den ziehe ich dann. Damit kann ich in den Bus und zum Seniorentreff. Das muss die Krankenkasse bezahlen, das dauert noch.“

Seit wann besuchen Sie den Seniorentreff und was machen Sie da?

„Ich bin jetzt sieben Jahre in Rente, am 22. Dezember 2004 hatte ich meinen letzten Tag in der Werkstatt. Seit drei Jahren fahre ich regelmäßig jeden morgen mit dem Bus zum Seniorentreff. Dort helfe ich mit bei allem, was getan wird. Ich male Bilder. Ich schneide Sterne aus. Alles mache ich langsam, wegen meiner Luft. Frau Finken sägt mir andere Holztiere aus und ich schmieregel von den Holztieren die Kanten ab, damit die schön glatt sind. Freitags kochen und essen wir zusammen. Dann helfe ich in der Küche. Ich schäle auch gern Kartoffeln.“

Gibt es etwas, das Ihnen beim Seniorentreff besonders gut gefällt?

„Am liebsten war ich dort Reiseleiter. Immer am Donnerstag haben wir mit kleinen Gruppen Ausflüge mit der Bahn gemacht. Und mit der Bahn kenne ich mich gut aus, ich fahre nämlich viel Bahn. Dann habe ich immer mit geguckt, welchen Zug wir nehmen müssen.“

Woher kennen Sie sich denn so gut mit dem Bahnfahren aus?

„Als ich zuerst in Rente war, da bin ich nicht zum Seniorentreff gegangen, da bin ich im Haus gewesen und habe die Post von Hephata für das Haus geholt, mit dem Linienbus. Und dann habe ich allein Ausflüge mit der Bahn gemacht. Das kostet mich ja nichts.“

¹¹⁹⁹ Aus: Hephata Magazin, Nr. 26, April/2011, S. 14f.

Online verfügbar: www.hephata-mg.de/files/pdf/magazine/HephataMagazin26.pdf

Herr Biermann, jetzt habe ich noch Fragen zu den Urkunden an Ihrer Wand. Ich sehe, dass Sie auf dem Evangelischen Friedhof an der Viersener Straße gearbeitet haben. „Zuerst habe ich in Hephata in der Mattenflechtereie gearbeitet. Und dann war ich in der Friedhofsgärtnerei an der Viersener Straße. Da war ich 25 Jahre. Ca. 2.000 Menschen habe ich da unter die Erde gebracht. Ich habe die Gräber ausgehoben, da hatten die noch keinen Bagger. Wir haben auch Grabstätten bepflanzt und Wege sauber gehalten. Dann konnte ich die Arbeit nicht mehr schaffen und bin in die Hephata Werkstätten gekommen, am Tippweg. Da habe ich EKG-Kabel gemacht und für Schwarzkopf Shampoo verpackt, zum Haare waschen.“

Herr Biermann, ich danke Ihnen, dass Sie sich Zeit für mich genommen haben, und wünsche Ihnen gute Besserung, damit Sie bald wieder regelmäßig den Seniorentreff besuchen können.

Mit Klaus Dieter Biermann sprach Dieter Kalesse.

Tagesstrukturierende Maßnahmen in Werkstätten sind eine Möglichkeit, wie der Ruhestand gestaltet werden kann. Aber Menschen sind verschieden, und Maßnahmen der Tagesstrukturierung sind nicht für jeden geeignet oder gewünscht. Wichtig ist dabei, dass der Übergang aus dem Arbeitsleben in den Ruhestand in erster Linie an den Bedürfnissen der Menschen orientiert ist und individuell abgestimmt wird.¹²⁰⁰ Einige möchten vielleicht weiterhin einer Tätigkeit nachgehen, andere sind hingegen dankbar, nicht mehr arbeiten zu müssen, sondern ihren verdienten Ruhestand wahrzunehmen. Unabhängig davon, für welche Möglichkeit sie sich entscheiden, auch behinderte Menschen wollen ihrem eigenen Rhythmus entsprechend den Tag gestalten und ihren Tätigkeiten oder Interessen nachgehen. Zudem können einige dazu auf Hilfen angewiesen sein. Besonders problematisch für Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen ist das abrupte Ende der Tätigkeit von einem Tag auf den anderen. Das „Haus Freudenberg“ in Kleve bereitet zum Beispiel mit einem eigenen Konzept auf den Ruhestand im Alter vor. Im Vordergrund steht dabei, die erworbenen Fähigkeiten zu erhalten und nach Möglichkeiten zur Gestaltung des Ruhestandes zu suchen. Es kommt also darauf an, gemeinsam mit den Betroffenen Ideen und Konzepte zu entwickeln, die behinderten Menschen auch im Alter soziale Teilhabe ermöglichen, und zwar nach ihren Wünschen und Bedürfnissen.

¹²⁰⁰ Vgl. zum Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand im Folgenden insbesondere aus: DRK (Hrsg.): *Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft.* (2012) insb. Maier, Helmut „Den Ruhestand gestalten lernen.“, S. 84ff., Denne, J./Bollmer, A.: „Was kommt nach der Werkstatt? Wünsche der Beschäftigten“, S. 110ff. sowie Heistermann, Beatrix und Sanders, Margret „Was kommt nach der Werkstatt? Anmerkungen aus der Trägerperspektive“, S. 113ff.

8.1.4.5 Der demografische Wandel und das System der Hilfen¹²⁰¹

Aufgrund der demografischen Entwicklung sieht sich auch das System der Hilfen vor neue Herausforderungen gestellt. Leistungen für Menschen mit Behinderung werden überwiegend durch die Eingliederungshilfe, also größtenteils durch die Sozialämter sowie die Beteiligung der Sozialversicherungsträger bezahlt. Deren finanzielle Situation ist jedoch schwierig. Der demografische Wandel wirkt sich insbesondere auf die beitragsfinanzierten Systeme wie Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung aus, weil es langfristig immer weniger Beitragszahler und immer mehr Leistungsempfänger geben wird. Die Gesellschaft und die sogenannte Behindertenhilfe stehen dementsprechend vor neuen Herausforderungen. Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung stellt fest, dass die Ausgaben der Eingliederungshilfe seit Jahren ansteigen, da es immer mehr Leistungsberechtigte gibt. Durch die Alterung der Gesellschaft ist insgesamt eine zunehmende Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen und Hilfen zu erwarten.¹²⁰²

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Werkstattbeschäftigten in den nächsten Jahrzehnten ansteigt und damit auch der Anteil derjenigen, die in Rente gehen. Hinzu kommen diejenigen, die im Lauf ihres Lebens von einer Behinderung betroffen sind. Wer einmal in der Werkstatt beschäftigt ist, bleibt dort in der Regel bis zur Verrentung.¹²⁰³ Dies gilt auch für die so genannten „Quereinsteiger“ in die Werkstätten, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Behinderungen. Zugenommen haben außerdem psychische Behinderungen. Bezogen auf die Erwerbsminderungsrente haben laut Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung die psychischen Erkrankungen die Herz-Kreislauf- und Skelett-Muskel-Erkrankungen inzwischen überholt.¹²⁰⁴

Auch Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe werden in Zukunft vor allem von mehr Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die bislang bei ihren Angehörigen gelebt haben, nachgefragt werden. Denn auch die Elterngeneration erreicht inzwischen ein Alter, in dem sie selbst der Unterstützung bedarf oder verstirbt.

Zudem führt der „Trend“ zu einem eigenständigen und selbstbestimmten Leben dazu, dass immer mehr Menschen mit Behinderung mit Beginn der Volljährigkeit von zuhause ausziehen und dementsprechend professionelle Hilfe beim Wohnen nachfragen.

Die Entwicklung der Nachfrage nach stationären Wohneinrichtungen hängt auch von Alternativen ab. Der Landschaftsverband Rheinland hat die Zahl ambulant betreuter Hilfeempfänger verdoppeln und somit dem anhaltenden Ansteigen der Bewohnerzahlen in Heimen entgegenwirken können.¹²⁰⁵

In Zukunft könnte die Nachfrage nach ambulant betreutem Wohnen auch steigen, weil diejenigen, die heute schon ambulant leben, dies nach Möglichkeit im Alter fortsetzen. Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung sieht im ambulant betreuten Wohnen einen Weg, die Ausgaben langfristig zu reduzieren. Denn innerhalb der Eingliederungshilfe ist das Wohnheim gegenüber dem ambulant betreuten Wohnen deutlich kostenintensiver.¹²⁰⁶

1201 Vgl. zu den folgenden Herausforderungen des demografischen Wandels auf das System der Hilfen insb. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.): *Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt.* in: DRK (Hrsg.): (2009), S. 35ff.

1202 Vgl. ebd., S. 62.

1203 Vgl. ebd., S. 58.

1204 Vgl. ebd., S. 39.

1205 Vgl. ebd. S. 41.

1206 Vgl. ebd., S. 63.

Vor diesem Hintergrund kommt auch dem Aspekt der Pflege in Behindertenheimen eine besondere Bedeutung zu. Bewohner in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung werden von den Pflegekassen als pflegebedürftig anerkannt, wenn sie besonders viel Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen. Die Pflegekasse übernimmt für das Heim ein Zehntel der Kosten bis höchstens 256 Euro monatlich. Die Heimkosten werden vom Sozialamt übernommen, das diesen Betrag wiederum einbehält. Wohnen Menschen mit Behinderung in ambulanter Betreuung, bekommen sie in Abhängigkeit von Bedarf und Anerkennung einer Pflegestufe hingegen die volle Leistung der Pflegekasse. Da auch immer mehr Menschen mit Behinderung heute ein Alter erreichen, in dem die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit für jeden Menschen steigt, muss die Pflegeversicherung im System der Hilfen derzeit neu verortet werden. Das Kernproblem besteht dabei darin, dass Heime der Behindertenhilfe im SGB XI nicht als „Häuslichkeit“ anerkannt sind. Damit wäre jedoch die Anspruchsberechtigung auf ambulante Pflegedienste gewährleistet.

Durch die derzeitige Struktur des Hilfesystems wird außerdem eine Gruppe besonders benachteiligt: Frauen mit Behinderung im Alter. Laut „Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW“ gibt es zur Thematik „Frauen mit Behinderung und Alter in NRW“ eindeutig noch Forschungsbedarf. Bekannt ist, dass Frauen mit Behinderung seltener erwerbstätig sind als Männer. In vielen Fällen ist Erwerbstätigkeit jedoch eine Voraussetzung, um Nachteilsausgleiche bei einer Schwerbehinderung zu erhalten. Daher beantragen im Alter mehr Männer als Frauen einen Schwerbehindertenausweis, weil dieser zum Nachteilsausgleich berechtigt.¹²⁰⁷ Frauen sind damit aber von vornherein von bestimmten Unterstützungsmaßnahmen ausgeschlossen. Auch die Tatsache, dass behinderte Frauen im Alter eher alleine leben, weil sie nicht verheiratet sind, macht sie schließlich von Transferleistungen abhängig. Im Alter leben Frauen zudem häufig in Einrichtungen, weil es zurzeit keine adäquaten Unterstützungssysteme gibt.

8.1.4.6 Ideen für die Zukunft – Chancen der inklusiven Gesellschaft

Es ist klar, der demografische Wandel stellt uns vor neue Herausforderungen. Entscheidend wird sein, wie wir damit umgehen werden.

In den Kommunen sind die vorhandenen Angebote noch nicht ausreichend auf den Ruhestand von Menschen mit Behinderung vorbereitet. Die genannten Beispiele machen deutlich, dass die Maßnahmen, die den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention und damit der Zielsetzung „Inklusion“ folgen, nicht nur Menschen mit Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen, sondern auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels die Chance besteht, das System der Hilfen zu entlasten. Studien können Aufschluss darüber geben, inwieweit Inklusion auch volkswirtschaftlich von Vorteil sein kann. Statistische Prognosen zur demografischen Alterung von Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen würden eine präzisere Planung der so genannten Behindertenhilfe vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ermöglichen. Wir müssen uns gemeinsam frühzeitig auf die Lebensformen des Altwerdens einstellen und die geeigneten Rahmenbedingungen schaffen, die wesentlich zur inklusiven und damit auch demografiefesten Gestaltung unserer Gesellschaft beitragen.

¹²⁰⁷ Vgl. ebd., S. 13.

8.2 Lebenswelten und Lebensperspektiven älterer und hochaltriger Menschen im Quartier

Befragt man Menschen dazu, wie sie im Alter leben wollen, dann wird deutlich, dass die meisten so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit und in ihrem vertrauten Wohnumfeld, also im „eigenen“ Quartier bleiben wollen. Der Generali Altersstudie 2013 zufolge (s.a. Kapitel 7.1.2.) gilt dies auch bei eintretendem Pflege- oder Unterstützungsbedarf.

Ein Großteil der älteren Bevölkerung scheint mit der eigenen Wohnsituation und dem Wohnumfeld zufrieden zu sein, wenngleich dieser Befund insbesondere nach Haushaltsnettoeinkommen und dem persönlichen Gesundheitszustand differiert. Ein zentrales Bedürfnis der Menschen ist das nach größtmöglicher Versorgungssicherheit, also der Erreichbarkeit von unterschiedlichen Angeboten und Dienstleistungen im möglichst unmittelbaren Umfeld. Wenn heute Menschen im Alter eine Umzugsbereitschaft erkennen lassen, liegt es häufig daran, dass ihr Quartier diese Voraussetzungen (noch) nicht erfüllt.

Wie aber lässt sich das Wohnumfeld, das Quartier beschreiben und eingrenzen? In der Literatur wird der Begriff „Quartier“ nicht einheitlich definiert. Weitgehende Einigkeit besteht jedoch darüber, dass es sich bei Quartieren sowohl um urbane wie ländliche Sozialräume handelt, die durch räumliche Merkmale sowie die in ihnen lebenden Menschen und deren Beziehungen charakterisiert werden können. Entscheidend ist, dass das Quartier „von den dort lebenden Menschen als sozialräumliche Einheit verstanden und (mit-) gestaltet“ wird.¹²⁰⁸

Der Bezugs- und Handlungsrahmen für die altengerechte Quartiersentwicklung wird durch die Menschen entlang der jeweiligen Rahmenbedingungen definiert. Das heißt aber auch, dass die Quartiere so unterschiedlich sind wie die Menschen, die in ihnen leben, und so vielfältig wie die Bedürfnisse und Wünsche, die diese Menschen haben.

8.2.1 Wünsche und Bedarfe älterer Menschen im Quartier

Für die meisten älteren Menschen ist der Verbleib im vertrauten Quartier und in der eigenen Häuslichkeit prioritär. Ein Verbleib in der gewohnten Umgebung entspricht nicht nur dem Wunsch der Menschen: Auch im Hinblick auf die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die öffentlichen Kassen und die Sozialversicherungssysteme ist es erforderlich, älteren Menschen – auch denjenigen mit Pflegebedarf – ein Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Landesregierung sieht deshalb die quartiersbezogene Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsstrukturen als dringende Aufgaben an.

Zur Förderung eines möglichst selbstbestimmten Verbleibs älterer und hochaltriger Menschen in der eigenen Häuslichkeit und im vertrauten Wohnumfeld gilt es, ihre spezifischen Wünsche und Bedarfe gerade auch bei sich abzeichnendem Pflege- und Unterstützungsbedarf zu ermitteln, um sie in der altengerechten Quartiersentwicklung berücksichtigen zu können. Welche Rolle dabei Geschlechterverhältnissen beizumessen ist, ist empirisch bisher wenig bearbeitet. Insgesamt liegen entsprechende systematische Daten meist nicht ausreichend kleinräumig vor, so dass die Analyse der Gegebenheiten

¹²⁰⁸ Vgl. Institut für Pflegewissenschaft/ FFG e.V. 2012: 3.

vor Ort immer Ausgangspunkt der altengerechten Quartiersentwicklung sein sollte. Deutschlandweite, repräsentative Befragungen, wie z. B. die Generali Altersstudie und die Studie zu Altersbildern in der Gesellschaft des Instituts für Demoskopie Allensbach von 2012 geben erste Hinweise auf die dabei zu berücksichtigenden Themenbereiche und Handlungsfelder. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch Verzerrungen zu beachten, die dadurch entstehen, dass die Personen mit den größten Bedarfen sich häufig nicht (mehr) an Befragungen beteiligen können oder wollen.

In der Generali Studie wurde eine starke Verwurzelung der Menschen in Deutschland mit ihrem Wohnort festgestellt. Mit 67 % lebt ein sehr hoher Anteil der 65- bis 85-jährigen Frauen und Männer schon immer oder seit über 40 Jahren an ihrem Wohnort. „32 % stufen ihre Wohnsituation auf der höchsten Stufe 10 der Zufriedenheitsskala ein, weitere 46 % bei den Stufen 8 und 9“.¹²⁰⁹ Die Zufriedenheit variiert mit dem Gesundheitszustand, der Wohnsituation und dem Haushaltsnettoeinkommen. So sind Menschen mit einem schlechten Gesundheitszustand, die zur Miete wohnen und ein eher geringeres Einkommen haben, durchschnittlich weniger mit ihrer Wohnsituation zufrieden. Eine altengerechte Quartiersentwicklung ist verstärkt auf die Zielgruppen derjenigen auszurichten, die große Bedarfe aber wenig Ressourcen haben.

67 % der 65- bis 85-Jährigen wollen mit Unterstützung eines Pflegedienstes in der eigenen Wohnung verbleiben, wenn sie sich nicht mehr selber versorgen können. Dies gilt auch für diejenigen mit eher geringerem Einkommen.¹²¹⁰ Konkret betroffen sind davon in der Regel verwitwete Frauen, die zwar ihren (Ehe)Partner häufig selbst noch gepflegt haben, für ihre eigene Versorgung und Pflege vor Ort allerdings auf außerfamiliäre Strukturen zurückgreifen müssen.

Gleichwohl bewerten nur 31 % der 65- bis 85-Jährigen ihre Wohnung oder ihr Haus als altengerecht.¹²¹¹ Als besonders wichtige Maßnahmen, die hier zu Verbesserungen führen könn(t)en, werden das barrierefreie Badezimmer (65 %), die Vermeidung von Treppenstufen (59 %), Hausnotrufsysteme (53 %) und altengerechte Küchen (34 %) genannt.¹²¹²

Die Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld ist allgemein sehr hoch. 73 % der 65- bis 85-Jährigen stuft sie auf den höchsten drei Stufen einer zehnstufigen Skala ein.¹²¹³ Aber auch hier finden sich wieder Unterschiede, wenn nach Haushaltseinkommen, Wohnsituation und Gesundheitszustand differenziert wird.¹²¹⁴

Die Infrastruktur am Wohnort wird weitestgehend als gut bewertet. Selbst in kleineren Ortschaften empfinden die Menschen Hausärztinnen und Hausärzte, Supermärkte, Apotheken, den öffentlichen Personennahverkehr sowie Gottesdienste als meist gut erreichbar. Vermisst werden vor allem Freizeitangebote sowie Hilfestellungen für ältere Menschen.¹²¹⁵ Der Mobilitätsradius wird mit steigendem Alter immer weiter eingeschränkt; die Erreichbarkeit der Angebote buchstäblich „in Pantoffelnähe“ wird somit wichtiger. Regionale Besonderheiten und Unterschiede können durch die vorhandenen Daten nicht identifiziert und beschrieben werden.

1209 Vgl. Generali Zukunftsfonds/Institut für Demoskopie Allensbach (2013), S. 110f.

1210 Vgl. ebd., S. 309.

1211 Vgl. ebd., S. 303.

1212 Vgl. ebd., S. 307.

1213 Vgl. ebd., S. 113f.

1214 Vgl. ebd., S. 115.

1215 Vgl. ebd., S. 116.

8.2.2 Quartiere als Lebensräume (Lebensorte) für ältere und hochaltrige Menschen

Um den Wünschen und Bedarfen älterer und hochaltriger Menschen gerecht zu werden, sollte eine altengerechte Quartiersentwicklung folgende Ziele verfolgen:

- selbstbestimmtes Leben in der vertrauten Umgebung auch bei Unterstützungs- oder Pflegebedürftigkeit möglich machen;
- in den Quartieren lebendige Beziehungen zwischen den Generationen entwickeln und bewahren;
- soziale Folgekosten durch wohnortnahe Prävention und Stärkung der haushaltsnahen Versorgung vermeiden;
- gesellschaftlichen Dialog über das Zusammenleben in einer solidarischen Gesellschaft unter den Bedingungen des demografischen Wandels fördern.

Daraus lassen sich für den „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ die folgenden vier Handlungsfelder ableiten, die künftig durch weitere ergänzt werden können und die für ein möglichst selbstbestimmtes Leben älterer und hochaltriger Menschen in ihrem vertrauten Wohnumfeld von entscheidender Bedeutung sind:

- „Wohnen“,
- „Sich versorgen“,
- „Sich einbringen“,
- „Gemeinschaft erleben“.

8.2.2.1 Handlungsfeld „Wohnen“

Gutes Wohnen ist eine wesentliche Grundlage für eine zufriedene Lebensführung. In jungen Jahren sind andere Anforderungen wichtiger als im Alter oder im hohen Alter. Kriterien wie „Integration im Quartier“, „Lage und Anbindung“, „Unterstützung“, z. B. im Krankheitsfall oder in Pflegesituationen, „Versorgungssicherheit“, „zumutbares Kosteniveau“ und „Barrierefreiheit“ bekommen mit zunehmendem Alter einen höheren Stellenwert.

Auch die Aspekte „Sicherheit vor Kriminalität im Wohnumfeld“ sowie „Bewahrung der Mobilität im städtischen wie ländlichen Bereich“ gewinnt mit zunehmender Verletzbarkeit im Alter für Frauen und Männer an Bedeutung.¹²¹⁶ Gerade im Alter kommt der Wohnung eine ganz besondere Bedeutung zu, da sie Schutz bietet, das vertraute „Zuhause“ bildet und bei einsetzenden Mobilitätseinschränkungen immer wichtiger wird. Die Wohnbedürfnisse sind individuell unterschiedlich und verändern sich im Lebenslauf.

8.2.2.1.1 Rahmenbedingungen für Wohnen im Alter

Ältere suchen immer mehr kleinteilige Angebote mit Wohnungscharakter, die in das Quartier integriert sind, und in denen auch Unterstützungsleistungen bis hin zu Betreuung und Pflege angeboten werden. Außerdem ist eine grundlegende Barrierefreiheit in der Wohnung und im Quartier bzw. im Wohnumfeld erforderlich.

Barrierefreiheit in einem Quartier der Zukunft meint aber beispielsweise nicht nur abgesenkte Bordsteine an Übergängen. Für Menschen mit Sehschwäche muss das Bürgersteigende durch ein Leitsystem markiert sein, damit auch sie erkennen, wann sie auf die Straße treten. Die Belange unterschiedlicher Behinderungen müssen beachtet

¹²¹⁶ Siehe dazu Kapitel 7.5 „Ausgewählte Aspekte der Mobilität und Sicherheit für Menschen im Alter“.

werden. Ampelschaltungen sollten so getaktet werden, dass mobilitätseingeschränkte Menschen, alte wie junge, die Querung gut meistern können.

Die Beleuchtung der Straßen, Plätze und Parkanlagen sollte so optimiert sein, dass sogenannte Angsträume¹²¹⁷ gar nicht erst entstehen. Besonders für ältere Menschen ist das Vorhandensein von rund um die Uhr öffentlich zugänglichen Toiletten und von Sitzbänken, die Gelegenheit zum Ausruhen bieten, in ihrem Quartier wichtig, damit sie sich in ihrem Umfeld angemessen bewegen können. Zur Ermittlung der jeweiligen Bedarfe bieten sich Quartiersbegehungen/-spaziergänge an, um die entsprechenden Veränderungen nicht an den Einwohnerinnen und Einwohnern vorbeizuplanen.

Ist der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit aus welchen Gründen auch immer nicht mehr möglich, ist es ein weiteres Ziel der altengerechten Quartiersentwicklung, einen passgenauen „Ersatz“ in der Nachbarschaft anbieten zu können, z. B. eine sogenannte alternative Wohnform. Deren Zahl nimmt zwar insgesamt zu, es stehen aber noch längst nicht ausreichend altengerechte, betreute oder gemeinschaftliche Wohnungen für die steigende Nachfrage zur Verfügung. Dies gilt insbesondere für bezahlbare Objekte.

Zu ihrer Finanzierung können Landesmittel für den sozialen Wohnungsbau beantragt werden. Ein Anliegen der Landesregierung ist es, die Planung und Errichtung altengerechter Wohnformen und die Anpassungen im Wohnumfeld noch stärker zu unterstützen.

In den letzten Jahren haben sich verschiedene neue Wohnformen entwickelt, die sich verstärkt an den Wohnwünschen der Älteren ausrichten und gleichzeitig das gewünschte Maß an Versorgungssicherheit bereitstellen können. Beispielhaft sind hier genannt:

- Service-Wohnen/Betreutes Wohnen,
- Mehrgenerationenwohnhäuser/Bau- und Wohngruppen,
- gemeinschaftliche Wohnformen/ambulant betreute Gruppenwohnungen,
- stationäre Pflegeinseln/Pflegewohnplätze.

Neben der einkommensunabhängig altengerecht angepassten Wohnung sollte das nahe Wohnumfeld im Quartier alternative Wohn- und Betreuungsangebote (siehe auch Kap. 8.2.2.1.2) bieten, damit die Menschen eine Wahlmöglichkeit haben. Dazu gehört auch, dass sich bestehende stationäre Einrichtungen weiter zu „Häusern des Wohnens mit Pflege in Hausgemeinschaften“ entwickeln und sich stärker ins Quartier öffnen müssen. Pflege muss noch mehr als heute in Wohnanlagen mit integriertem Pflegewohnen, ambulant in der eigenen Wohnung, in Wohngemeinschaften jedweder Art oder im Mehrgenerationenwohnen angeboten werden.

Beispielhaft seien hier die Aktivitäten in Alt-Erkrath genannt, die sich im Rahmen des vom MGEPA geförderten Projektes „Im Quartier bleiben – Nachbarschaft leben!“ nicht zuletzt ausgehend von den im Ort vorhandenen Wohn- und Betreuungseinrichtungen entwickelt haben. Nachahmenswerte und im Quartier verwurzelte Wohnprojekte und Siedlungen, wie beispielsweise die „Claudius-Höfe“ in Bochum und das integrative Wohnprojekt des Vereins „Ambulante Dienste“ e.V. in Münster, zeigen, dass hier Lö-

¹²¹⁷ Mit dem Begriff „Angsträume“ werden öffentliche Räume gefasst, wie z. B. Parkgaragen, Unterführungen, U-Bahnhöfe, einsame Wege und Parks und unbelebte Innenstädte bei Nacht. Sie weisen folgende Merkmale auf: schlechte oder mangelnde Beleuchtung, Unübersichtlichkeit, fehlende Ausweichmöglichkeiten, Unbelebtheit und u. U. mangelnde Gepflegtheit (vgl. Internetquelle: www.stadtbaukunst.org/deutsch/staedtebaulehre/seminare/formdes-staedtischen/index.html?tid=428&bid=17&btid=72 / letzter Zugriff: 28.07.2014).

sungen realisiert wurden, die Familien, behinderten Menschen und älteren Menschen gleichzeitig ein barrierefreies Umfeld, soziale Kontakte und den Anschluss an Service- und Unterstützungsleistungen bieten.

Zu konstatieren ist, dass sich die bislang existierenden Projekte auf den urbanen Raum konzentrieren. Auf die spezifischen Bedarfe des ländlichen Raums ist in Zukunft insbesondere auch aufgrund der systematischen Unterschiede des Immobilienmarkts (Preisniveau und Eigentümerstruktur) gesondert einzugehen. Passgenaue Hilfe sollte jeder und jedem zugutekommen, die oder der sie benötigt – unabhängig von Einkommen und Wohnort. Auf lange Sicht ist die Integration aller Unterstützungsangebote in eine zukunftsfähige Alten- und Pflegeplanung mit dem Ziel der Verzahnung der Leistungserbringung im pflegerischen Alltag notwendig.

Das Anforderungsprofil an altengerechte Quartiere ist komplex. Neben altengerechten, möglichst barrierefreien baulichen Anpassungen von Wohnungen und Wohnumfeldern ist die Infrastruktur mit sozialen und kulturellen Angeboten, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Dienstleistungen aller Art (zugehende Hilfen, mobilitätsfördernde Angebote, etc.) entscheidend.

8.2.2.1.2 Wohnungsbau für Ältere

Die Landesregierung hat frühzeitig die Wohnungspolitik konsequent auf die Herausforderungen des demografischen Wandels ausgerichtet. Schon 1998 wurden grundlegende Bestandteile der Barrierefreiheit für den gesamten Mietwohnungsneubau über zinsgünstige Darlehen gefördert. Darauf aufbauend werden differenzierte Wohn- und Betreuungsangebote für Haushalte mit älteren Menschen unterstützt.

Dabei geht es vorrangig darum, dass ältere Menschen auch mit geringeren Einkommen möglichst lange in der eigenen Wohnung oder doch zumindest in ihrem vertrauten Quartier bleiben können. Für eine Quartiersentwicklung sind somit barrierefreie „Normalwohnungen“ sowie Formen des betreuten Wohnens und Gruppenwohnungen mit ambulanter Pflege unerlässlich. In Quartieren mit gefördertem Wohnungsbau kann parallel auch der Neubau von kleinen Pflegeeinrichtungen mit stationärer Betreuung gefördert werden. Von Vorteil für die Quartiersbewohnerinnen und -bewohner erweisen sich dabei die Möglichkeit des Kontakterhalts zu vertrauten Personen und der Rückgriff auf bekannte (Infra-)Strukturen, die sich insgesamt aus bereits bestehenden sozialen Netzwerken der Nachbarschaft, des Freundes- und Bekanntenkreises und der vorhandenen lokalen Sach- und Serviceangebote vor Ort zusammensetzen.

Aktuell wurden die Förderrichtlinien der sozialen Wohnraumförderung um weitere konkrete Bausteine ergänzt. Zur Verbesserung der wohnungsnahen Infrastruktur für Hausgemeinschaften, für Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers und für Vereine können Gemeinschaftsräume für verschiedene Aktivitäten unabhängig von konkreten Wohnungsbaumaßnahmen gefördert werden.

Die meisten Älteren wollen in ihren Wohnungen weiter wohnen bleiben. Daher ist die altengerechte Bestandsanierung ein zentrales wohnungspolitisches Ziel der Landesregierung. Insbesondere für Ältere und Pflegebedürftige, aber auch für alle anderen Menschen mit Mobilitätseinschränkungen gilt es, Wohnqualitäten zu schaffen, die ein Wohnen mit Komfort in allen Lebenslagen und in jedem Alter ermöglichen.

Gefördert werden daher bauliche Maßnahmen zur Reduzierung von Barrieren in bestehenden Mietwohnungen, Eigenheimen und Eigentumswohnungen. Diese Förderung steht allen Bürgerinnen und Bürgern offen, sie erfolgt ohne Einhaltung von Sozialbindungen.

Darüber hinaus werden Maßnahmen zur baulichen Anpassung und zum Umbau von bestehenden Altenwohn- und Pflegeheimen – vollstationäre Einrichtungen im Sinne des Landespflegegesetzes – in kleinteilige und überschaubare Einrichtungen mit Wohngruppen bis zu zwölf Personen gefördert. Sie sollen zur Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner beitragen. Der Großeinrichtungs- und Anstaltscharakter bestehender Institutionen soll mit dem Ziel verändert werden, zeitgemäße Wohn- und Nutzungsqualitäten zu schaffen, die fortschrittliche Pflegekonzepte mit neuen Formen gemeinschaftlichen Wohnens möglich machen.

Die erforderlichen baulichen Eingriffe sind häufig mit einem hohen Investitionsbedarf verbunden. Die zinsgünstigen Darlehen der Wohnraumförderung gewährleisten, dass die Finanzierung dieser Investitionen wirtschaftlich tragfähig erfolgen kann, und dass die geschaffenen Wohn- und Betreuungsangebote für die Bewohnerinnen und Bewohner bezahlbar sind. Der vergünstigte Zins der Wohnraumförderung begrenzt den Investitionskostenanteil am Heimentgelt. Mit Mitteln der sozialen Wohnraumförderung sind in den Jahren von 2004 bis 2012 in insgesamt 74 Einrichtungen rund 4.900 Plätze gefördert worden. Der durchschnittliche Fördersatz je Platz liegt bei rund 45.000 Euro.

Bei der baulichen Anpassung von bestehenden vollstationären Pflegeeinrichtungen an heutige Wohn- und Nutzungsqualitäten ist die Kombination mit einer Förderung von Energiesparmaßnahmen möglich. Mit der Öffnung der investiven Bestandsförderung auch für die energetische Sanierung von bestehenden vollstationären Pflegeeinrichtungen konnte ein wichtiges Segment der Bestandsgebäude in die Aktivitäten der Landesregierung zum Klimaschutz einbezogen werden. Nicht zuletzt trägt die Verringerung des Energieverbrauchs in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch zum wirtschaftlichen Betrieb dieser Einrichtungen bei.

Es ist die Wohnung, die die Zugehörigkeit zum bzw. die Verwurzelung im Quartier definiert. Als wesentlichen Grundlagen für „Länger Wohnen im Quartier“ gelten barrierefreie Bauausführungen sowie differenzierte und günstige Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebote, die auf die jeweilige Situation und die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger abgestimmt sind. Das gilt sowohl für die Sanierung des Bestandes als auch für die Weiterentwicklung des Quartiers durch Neubauten.

8.2.2.2 Handlungsfeld „Sich versorgen“

Sich selbst zu versorgen ist ein elementares Grundbedürfnis und existenzielle Notwendigkeit. Für ein altengerechtes Wohnumfeld ist neben der pflegerischen Versorgung die Erreichbarkeit von grundlegenden Angeboten und Dienstleistungen wie z. B. Lebensmittelladen, Bäckerei, Apotheke, Friseursalon, Optikerin und Optiker, Hausarztpraxis, Bank, Fußpflege, Kirche, Kiosk und Begegnungsstätten von zentraler Bedeutung. Wenn fußläufige Erreichbarkeit fehlt, muss es Angebote geben, die entweder die Waren und Leistungen zu den Kundinnen und Kunden bringen oder umgekehrt die Menschen zu den Angeboten. Das können entgeltliche oder Serviceleistungen des Handels sein oder selbstorganisierte, ehrenamtliche Projekte in einem Quartier. Auch dem Netzausbau des ÖPNV mit entsprechend günstigen Tickets für Ältere und ihre Begleitpersonen kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Wichtig ist, dass der Kontakt mit anderen Menschen und gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht werden. Der klassische Einkauf im Laden „um die Ecke“ hat nicht nur eine Versorgungsfunktion sondern auch eine soziale Bedeutung – man trifft sich und pflegt Kontakte. Hier sind Shuttledienste und Mitfahrangebote vorstellbar, wie sie beispielsweise vom „Haus der

Generationen“ in Rheinberg angeboten werden. Wichtig sind außerdem lebenslagen-spezifische wohnungs-, personen- und haushaltsnahe Dienstleistungen, die besonders von alleinstehenden älteren Frauen und Männern genutzt werden.¹²¹⁸ Mit einem vergleichsweise geringen finanziellen Aufwand ermöglichen sie den längeren Verbleib in der eigenen Wohnung und sind damit ein Schlüssel zu einem selbstbestimmten Leben bis ins hohe Alter.

Sie kommen erstens dem Wunsch der Menschen nach, möglichst lange in ihrer vertrauten Häuslichkeit und ihrem sozialen Umfeld zu verbleiben. Zweitens haben diese Dienstleistungen einen Präventionscharakter, sodass der Pflegeeintritt beispielsweise in Kombination mit einer professionellen ambulanten Pflege unter Umständen zeitlich nach hinten verschoben werden kann und somit – neben dem persönlichen Gewinn an Lebensqualität – gesamtgesellschaftliche Folgekosten abgemildert werden können. Zusätzlich dienen solche Dienstleistungen auch als Komplementärangebot zur ambulanten Pflege, so dass eine umfassende pflegerisch-medizinische und soziale Versorgung gewährleistet ist.

Zu bemerken ist, dass die Anbietenden in diesen Bereichen überwiegend weiblich sind. Sie setzen sich zusammen aus älteren, verheirateten Frauen und Geschiedenen, Alleinerziehenden und Care-Migrantinnen. Annähernd 70 % der Frauen in familienunterstützenden Dienstleistungen sind hauptberuflich, ca. 60 % arbeiten in diesem Bereich nebenberuflich.¹²¹⁹

Der Qualifikationsbedarf in ihrer Tätigkeit ist meist eher gering, es fällt allerdings auf, dass das tatsächliche Qualifikationsniveau der Beschäftigten zumeist deutlich höher liegt. Ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und Engagement ist generell vorausgesetzt, schlägt sich in der eher niedrigen Vergütung allerdings nicht nieder.¹²²⁰

Hilfen für den Alltag und den Haushalt setzen bei den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen an: Ein passgenaues Hilfspaket mit verlässlichen individuellen Unterstützungen kann ein langes und selbstbestimmtes Wohnen im Quartier möglich machen. Diese Unterstützungen können technischer und baulicher Natur sein (Wie kann und muss die persönliche Umgebung angepasst werden, um hier auch mit Einschränkungen den Alltag meistern zu können?) und/oder den ganzen Bereich sozialer Dienstleistungen umfassen. Nachbarschaftliche Hilfen und freiwilliges Engagement leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Haushalten älterer und alter Menschen. Daneben sind Menschen auf verbindliche und bezahlbare Angebote angewiesen, um ihren Alltag bewältigen und verlässlich planen zu können.

Es bedarf kreativer Konzepte, damit der Zugang zu solchen Dienstleistungen nicht vom sozialen Status abhängig ist. Lokale Datenbanken wie beispielsweise von „nah&fair“ in Mülheim an der Ruhr, die auf den Qualitätskriterien der Verbraucherzentrale NRW basieren, können hier eine Vermittlungsfunktion haben. Ehrenamtlich organisierte „Agenturen“ in Quartierstreiffpunkten oder sogenannte Tauschbörsen können Menschen als Anbieterinnen und Anbieter und Nachfragerinnen und Nachfrager von haushaltsnahen Dienstleistungen direkt zusammenbringen. So etwas funktioniert auch im ländlichen Raum. Hier ist Vieles denkbar und existiert auch schon an einigen Orten in Nordrhein-

1218 Enste, D. H./Hülkamp, N./Schäfer, H. (Institut der deutschen Wirtschaft Köln) (2009): Familienunterstützende Dienstleistungen. Marktstrukturen, Potenziale und Politikoptionen. Deutscher Instituts-Verlag GmbH, Köln. S. 76.

1219 Ebd. S. 18f.

1220 Ebd. S. 76.

Westfalen, wie z. B. Herne, Wanne-Eickel, Essen, Dortmund, Warendorf, Emsdetten und im Kreis Wesel.

Außerdem sind Angebote notwendig, die umfassend zu allen Lebensfragen Beratung und Unterstützung leisten, auch für niedrigschwellige Hilfen. Beratung muss aber auch auf den Menschen zugehend stattfinden. Beratungsangebote müssen barrierefrei erreichbar sein. Gute Beratung zur Vielzahl der Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort vorzuhalten und die Förderung einer vielfältigen Angebotspalette werden deshalb unerlässliche Aufgaben kommunaler Daseinsvorsorge der Zukunft.

Im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen zugunsten älterer Menschen und in der Pflege bestehen zudem neue Chancen der Erwerbstätigkeit. Das „Netzwerk Wiedereinstieg Ennepe-Ruhr-Kreis“ z. B. sensibilisiert für die Erwerbschancen von Frauen und entwickelt passgenaue Angebote.

Aktuell etablieren sich spezielle Berufsbilder wie beispielsweise die Seniorenassistenz¹²²¹ und Entlastende Versorgungsassistentinnen und -assistenten (EVA) über die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Im Kontext der Betreuung speziell auch von pflegebedürftigen Menschen und/oder solchen mit demenziellen Veränderungen gibt es eine Reihe von zum Teil synonym verwendeten Tätigkeitsbezeichnungen, wobei die Begriffe „Betreuung“, „Alltag“ und „Assistenz“ variiert werden und dabei ebenso vielschichtig sind wie ihre Einsatzfelder: Alltagsassistentinnen und -assistenten, Alltagsbetreuerinnen und -betreuer, Betreuungsassistenten und -assistentinnen usw. werden im Haushalt tätig, aber vor allem auch in Haus- und Wohngemeinschaften, in Einrichtungen der Tagespflege und in Pflegeheimen. Eine klare Regelung gibt es lediglich für die Betreuungsassistentinnen und -assistenten, deren Aufgaben und Qualifikationen durch die Pflegeversicherung geregelt sind (Praktika, Qualifizierungsmaßnahmen und jährliche Fortbildungen). Hinzu kommen der Einsatz von Bundesfreiwilligen in der Seniorinnen- und Seniorenbegleitung und besondere Projekte/Schulungen von Menschen mit Behinderungen zur Betreuung älterer Menschen. Einschlägige Studien zu oben genannten Pflegeeinrichtungsvarianten, die einerseits die Aufgabenverteilung der unterschiedlichen an der Pflege Beteiligten untersuchen und darüber hinaus auch die Perspektiven der Gender- und Alter(n)sforschung berücksichtigen, gibt es derzeit nicht. Über Betriebshemmnisse in der Versorgungslandschaft in Folge von mangelnden bundes-, landes- und kommunalrechtlichen Regelungen zur Finanzierung von Betreuungspersonal in kleinteiligen Betreuungsformen berichten Reimer und Riegraf im Rahmen ihres laufenden Projektes.¹²²² Aus der Sicht der nachfragenden Bürgerinnen und Bürger ist es aber nicht damit getan, lediglich einen Katalog von Leistungen anzubieten, die in engen Zeiteinheiten erbracht werden. Die Menschen benötigen Lösungen für ihre Probleme und die bestehen immer aus einem Bündel von Anforderungen.

Auch moderne technische Hilfen können eine Möglichkeit sein, mit gesundheits- und/oder altersbedingten Einschränkungen deutlich länger selbstbestimmt, unabhängig,

1221 Reimer, R./Riegraf, B. (2013): „Geschlechtergerechte Care-Arrangements in Pflege-Wohngemeinschaften? Studie zur Neuverteilung formeller und informeller, professioneller und semiprofessioneller Pflegeaufgaben“. In: Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 3/2013, Koordinierungs- und Forschungsstelle, Essen. S. 36-41

1222 Reimer, R./Riegraf, B. (2013): „Geschlechtergerechte Care-Arrangements in Pflege-Wohngemeinschaften? Studie zur Neuverteilung formeller und informeller, professioneller und semiprofessioneller Pflegeaufgaben“. In: Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW, Nr. 3/2013, Koordinierungs- und Forschungsstelle, Essen. S. 36-41.

mobil und komfortabel in der gewohnten Umgebung zu verbleiben. Dazu braucht es einerseits gute familiäre Unterstützungsstrukturen. Überwiegend in weiblicher Hand sind diese zwar (noch) verbreitet in der Lage, Care-Arbeit zu leisten, müssen aber mit Blick auf die Pflegenden häufig mit der Problematik der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, der damit verbundenen zusätzlichen Belastungen und der resultierenden Folgeerscheinungen für die eigene Alterssicherung umgehen. Professionelle Unterstützungsstrukturen andererseits müssen wiederum bezahlbar sein und die Menschen in ihren Lebenslagen (an)erkennen. Neue technische Assistenzsysteme, auch AAL (Ambient Assisted Living) genannt, können dazu beitragen, stationäre Hilfsbedarfe so lange wie möglich aufzuschieben. Unter AAL sind Konzepte, Dienstleistungen und Produkte gemeint, die Alltagssituationen mit dem sozialen Umfeld der Beteiligten vernetzen. Grundsätzlich sind dabei immer humanitär-ethische und datenschutzrechtliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Technische Lösungen können und dürfen die menschliche Pflege nicht ersetzen.

AAL deckt ein breites Artikelspektrum ab, wie etwa Seh- und Hörsysteme, Leuchtkörper, Schalter und Dimmer, breitgefächerte Anwendungsmöglichkeiten für Sensortechniken, Tür- und Fensterassistenten, Handlaufsysteme, Treppenhilfen oder auch Notrufsysteme.

NRW verfügt bereits über eine Reihe von Standorten, die im Bereich der Forschung und Entwicklung dieser Technologien beispielgebend sind. Zu nennen ist hier das Fraunhofer-Institut, das mit seinen Standorten in Dortmund und Duisburg innovative Projekte zu technologiebasierten Unterstützungssystemen vorantreibt, oder auch die Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik mbH (GGT) in Iserlohn.

Die Entwicklung solcher Produkte, Dienst- und Versorgungsleistungen bewegt sich im Spannungsfeld ökonomischer Chancen einerseits und den Bedürfnissen älterer selbstbestimmter Menschen andererseits. Deshalb fördert die Landesregierung zusammen mit der Europäischen Union verstärkt innovative und zukunftsweisende Geschäftsideen für eine alters- und geschlechtergerechte sowie kultursensible Unterstützung und Versorgung insbesondere gesundheitlich eingeschränkter und/oder älterer Menschen. Ein Beispiel dafür ist das Projekt „DiaLog-In in Dortmund-Löttringhausen“ der Dortmunder Gesellschaft für Wohnen mbH (DOGEWO21) und dem Diakonischen Werk Dortmund/Lünen. Technische Unterstützung soll dabei offensiv einbezogen und mit den Menschen kreativ unter Alltags- und nicht unter Laborbedingungen erprobt und anschließend bewertet werden. Schwerpunkt dabei ist die Anwendung neuer technikintegrierter Dienstleistungen zuhause und im Quartier. Während der Projektphase und darüber hinaus gilt dabei immer das Prinzip, dass einfache Lösungen, möglichst ohne Technik, bevorzugt werden und die Technik allein unterstützend wirkt.

Eine Nachbarschaftsagentur mit einem Testcenter bietet die Chance, die Möglichkeiten neuer Techniken „vom Menschen aus gedacht“ kennenzulernen und diese auch zu vermitteln. Das Quartier Löttringhausen und die Nachbarschaftsagentur fungieren als Plattform und Testcenter für die Erprobung der Techniken. Das Testcenter soll sowohl den Einwohnerinnen und Einwohnern als auch den Entwicklerinnen und Entwicklern von AAL-Dienstleistungen zur Verfügung stehen. Die potenziellen künftigen Nutzerinnen und Nutzer haben dort die Möglichkeit, diese kostenlos zu testen. Alle Anfragen von Produktentwicklerinnen und -entwicklern und Anbieterinnen bzw. Anbietern technischer Dienstleistungen und Unterstützungen an die DOGEWO21 sollen an das Testcenter weitergeleitet und nach einer Entscheidung über die Sinnhaftigkeit für das Quartier von

den Einwohnerinnen und Einwohnern unter intensiver Begleitung der Nachbarschaftsagentur erprobt werden. Hinzu kommen Hilfsmittel, die kostenlos zur Erprobung im Testcenter ausgeliehen werden können. Der Dialog über Nutzen und Handhabung wird mittels einer Website offensiv unterstützt.

Im Kontext von Beratung im Quartier sind Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker besonders wichtig: Hausärztinnen und -ärzte haben eine besondere Funktion, auch als „Lotsen“ im Gesundheitssystem. Sie betreuen die Patientinnen und Patienten in der Regel über einen längeren Lebensabschnitt und sind zumeist bei Erkrankungen die erste Kontaktstelle. Oft reagieren sie auch auf soziale Probleme. Häufig übernehmen sie in der Sterbebegleitung wichtige soziale Aufgaben.

Apothekerinnen und Apotheker stehen nicht nur als Arzneimittelberaterinnen und -berater – besonders für die zunehmende Zahl chronisch und multimorbid Erkrankter –, sondern auch als Präventionsberaterinnen und -berater zur Verfügung, die sich um den ganzen Menschen kümmern sollen. Sie bieten niedrigschwellige Gesundheitsdienstleistungen an und gewährleisten in einer älter werdenden Gesellschaft die wohnortnahe Versorgung mit allen wichtigen Arzneimitteln.

Quartiere sind auch letzte Lebensorte für schwerstkranke und sterbende Menschen. Für sie sollten die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass ihnen in allen Lebensphasen ein würdevolles, selbstbestimmtes und möglichst schmerzfreies Leben bis zum Tod ermöglicht wird. Ist eine bedarfsgerechte Palliativ-Versorgung in der gewohnten familiären Umgebung nicht bzw. nicht mehr möglich, muss die Inanspruchnahme von Leistungsangeboten einer ganzheitlichen Hospiz- und Palliativ-Versorgung in geeigneten Einrichtungen gewährleistet sein.

8.2.2.3 Handlungsfelder „Sich einbringen“ und „Gemeinschaft erleben“

Wie bereits in Kapitel 7.6 ausgeführt, ist die Summe der einschlägigen Erfahrungen und sachkundigen Fähigkeiten von älteren Menschen eine wertvolle individuelle und gesellschaftliche Ressource. Es ist daher wichtig, auch älteren Menschen Möglichkeiten zu geben, sich in Diskussions- und Gestaltungsprozesse einzubringen.

Sie sollen entwickeln und entscheiden können, was in ihrem Quartier passiert. Aufgabe einer erfolgreichen Quartiersentwicklung ist es, solche Prozesse zu initiieren und durchzuführen, die es ermöglichen, sich auch politisch einzubringen. Beteiligung und Partizipation sind zentrale Elemente in der Quartiersentwicklung und gehören zu einem selbstbestimmten Leben. Es geht aber nicht allein um planerische und/oder politische Teilhabe. Das Handlungsfeld „Sich einbringen“ hat viele Facetten, die sich z. B. im zivilgesellschaftlichen und gemeinwesenorientierten Engagement niederschlagen:

- Hilfe für die Nachbarin und den Nachbarn,
- handwerkliche Tätigkeiten für die Menschen im Quartier,
- Engagement im lokalen Sportverein,
- Mitspielen in einer Theatergruppe,
- Mitwirkung beim Gottesdienst,
- Betreuung von Kindern.

Große Bedeutung haben in diesem Kontext soziale Netzwerke. Menschen im Alter wollen und brauchen unterschiedliche Netzwerke, die niedrigschwellige gegenseitige Unterstützung im Alltag und bei Krankheit bieten. Das kann die von der Nachbarin angebotene Hilfe im Krankheitsfall sein, das Auswechseln eines defekten Leuchtmittels und das Mitbringen eines Wasserkastens für die alte Dame um die Ecke oder die äl-

teren Menschen, die einmal in der Woche auf die Kinder aufpassen. Nachbarschaftsagenturen oder Tauschbörsen können hier vermitteln. Darüber hinaus sind gemeinnützige Organisationen und Verbände wie zum Beispiel Kirchengemeinden, Verbände der Wohlfahrtspflege, Seniorenbüros oder ZWAR-Gruppen relevante Akteurinnen und Akteure, die Aktionen in der Nachbarschaft initiieren.

Immer mehr ältere Menschen suchen zudem nach sinnvollen und nicht selten gemeinwesenorientierten Aufgaben. Sie wollen Gemeinschaft erleben und sich in die Gesellschaft mit ihren Erfahrungen und ihrem Tun einbringen. Dieses Potenzial gilt es stärker als bisher zu nutzen.

Im Alter steigt das Risiko zu vereinsamen. Wenn der Freundes- und Bekanntenkreis kleiner wird, weil etwa nach und nach vertraute Personen versterben, werden Nachbarschaften und Netzwerke immer wichtiger. Diese funktionieren aber genauso wenig wie Freundschaften „von alleine“. Sie müssen sich entwickeln können und müssen gepflegt werden, und sie brauchen Räume, um sich zu entfalten.

Kulturelle Angebote, Begegnungsmöglichkeiten, Sport- und Bildungsangebote im Quartier tragen dazu bei. Aber es sind vor allem die Menschen selbst, die durch ihr Engagement Gemeinschaft vor Ort möglich machen und lebenswerte Quartiere entstehen lassen.

Für solche Aktivitäten gibt es in NRW zahlreiche gute Beispiele, z. B.:

- Quartiersstammtische,
- gemeinschaftliche Gartenflächen,
- gemeinsame Theaterfahrten, u. a.

In einem altengerechten Quartier sollten Freizeit-, Sport-, Kultur-, Bildungs- und umfassende Beratungsangebote nutzbar sein, die die wachsende kulturelle Verschiedenheit im Blick haben. Soziale Begegnungsräume, in denen Nachbarschaft gelebt wird, sind erforderlich. Selbstorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen und religiöse Gemeinschaften, Vereine und Initiativen sind wichtige Akteurinnen und Akteure im Quartier und bieten Begegnungsmöglichkeiten. Gemeinschaftliche Angebote können beispielsweise in den Räumen von stationären Einrichtungen, wie (Alten-)Pflegeheimen, die sich ins Quartier geöffnet haben, stattfinden.

8.2.2.4 Beratung für ältere Menschen für neue Wohnformen und Wohnraumgestaltung und zur Sicherung der Pflege

Nordrhein-Westfalen verfügt über eine Vielzahl von Beratungsangeboten der gesetzlichen Kostenträger (gesetzliche Pflegekassen, Kreise und kreisfreie Städte), der privaten Pflegeversicherung, der Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter und anderer Institutionen, die in Bezug auf Trägerschaft, Qualität, Verbreitung, Flächendeckung, Einzugsbereich, Erreichbarkeit, Vernetzung oder Themenstellung sehr unterschiedlich – auch innerhalb der einzelnen Gruppen – aufgestellt sind.

Hierzu zählen die regelhaften gesetzlichen Beratungsangebote der Kostenträger nach §§ 14, 21a, 28, 29 SGB I, §§ 7, 7a, 92 c SGB XI, § 11 SGB XII und der privaten Pflegeversicherung. Es zählen aber auch spezifische themen- und/oder personen- bzw. institutionengruppenbezogene Angebote dazu, wie beispielsweise

- Wohnberatungsangebote, wie zum Beispiel die LAS Wohnberatung NRW,
- die Angebote der Demenz-Service-Zentren und des Dialogzentrums Demenz der Landesinitiative Demenz-Service NRW,
- Kompetenzzentren wie die „Gehörlosen-Demenz-Beratung Matineum“ im Rahmen

des GIA-Modellprojektes,

- die Landesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros NRW,
- das Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW,
- das Landesbüro innovative Wohnformen.NRW,
- die Beratungsaufgaben nach § 11 WTG

Das Beratungsangebot muss unabhängig vom Kostenträger quartiersnah ausgerichtet und erreichbar angeboten werden. Zur Umsetzung dieses Gestaltungsauftrages sollen die Beratungsangebote auf der Grundlage einer Rahmenvereinbarung unter Moderation und Verantwortung der Landesregierung planmäßig weiterentwickelt werden.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter hat hierzu am 10. Dezember 2013 den „Runden Tisch Pflegeberatung“ eingerichtet, an dem sich ein weites Spektrum gesellschaftlicher Akteurinnen und Akteure und die gesetzlich zur Beratung berufenen Institutionen beteiligen. Die Rahmenvereinbarung soll im Jahr 2016 unterzeichnet werden.

Aus der Vielzahl der aktuellen Beratungsangebote werden nachfolgend vier landesweit verankerte Angebote dargestellt:

Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung

Die Mitglieder der Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung haben in Nordrhein-Westfalen jahrzehntelange Erfahrung in der Wohnberatung und Quartiersarbeit und leisten zudem kontinuierliche Netzwerk- und Entwicklungsarbeit. Zu ihr gehören als Mitglieder und kooperierende Organisationen über 90 Einrichtungen in NRW. Mitglieder sind Beratungsstellen für alten- und behindertengerechtes Wohnen.

Dazu gehören auch das Forschungsinstitut Technologie-Behindertenhilfe in Wetter, das Deutsche Zentrum Gerontotechnik in Iserlohn und das Technologiezentrum Holzwirtschaft mit Sitz in Dortmund. Die Wohnberatungsstellen sind in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, Kreisen und Kommunen, kleinen Vereinen und Wohnungsunternehmen. In Nordrhein-Westfalen gibt es derzeit über 120 Wohnberatungsstellen.

Die Wohnberatungsstellen bieten Hilfestellung zu allen Fragen des Wohnens, bei der Auswahl von Alltagshilfen und technischen Hilfsmitteln, bei Ausstattungsveränderungen in der Wohnung und bei Umbauten, bei der Suche nach geeigneten Diensten, bei der Suche nach passenden Wohnformen und zu Fragen der Finanzierung und Antragstellung.¹²²³

Landesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros

Die vom Land NRW geförderte Landesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros besteht seit 2010. Ihr gehören über 90 Mitgliedsbüros an. Die LaS NRW unterstützt ihre Mitglieder durch fachliche Informationen, Hilfen bei organisatorischen Fragen, Möglichkeiten zum gegenseitigen Austausch und Weiterbildungsangeboten. Seniorenbüros sind Kontakt- und Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Familien. Sie verfolgen die Förderung des sozialen und generationenübergreifenden Miteinanders sowie der Stärkung der selbstständigen Lebensführung älterer Menschen.

Zur Erreichung dieser Ziele entwickeln Seniorenbüros – gemeinsam mit älteren Menschen und anderen Partnerinnen und Partnern – in den Sozialräumen und Quartieren

¹²²³ Nähere Informationen unter www.wohnberatungsstellen.de.

Angebote, Projekte und die erforderlichen Strukturen vor Ort. Spezielle Lebenslagen älterer Menschen werden dabei besonders berücksichtigt. Seniorenbüros sind sowohl hauptamtlich als auch ehrenamtlich besetzt und leisten sozialraumorientierte Seniorenarbeit in vier Handlungsfeldern: „Bürgerschaftliches Engagement und soziale Teilhabe“, „Wohnen – Wohnumfeld – Quartier“, „Begegnung“ „Gesundheit – Vorsorge – Pflege und Seniorenwirtschaft“.

Landesbüros innovative Wohnformen.NRW

Die beiden vom Land geförderten Beratungsstellen für innovative Wohnformen im Rheinland (mit Sitz in Köln) und Westfalen (mit Sitz in Bochum) helfen Menschen, die selbstbestimmt alternative Wohnmöglichkeiten suchen und umsetzen wollen. Sie bieten Unterstützung und Hilfe an bei der Initiierung von Gruppen, die gemeinschaftliches Wohnen im Alter praktizieren und Nachbarschaftsvereine gründen wollen. Sie beraten bei der Erstellung von Konzepten für gemeinschaftliches Wohnen, für die Organisation und Finanzierung, für Gemeinschaftsräume, die gegenseitige Hilfe in Verbindung mit professioneller Hilfe, für Beteiligung und Mitbestimmung bzw. Selbstverwaltung. Ebenso unterstützen sie u. a. bei der Suche nach geeigneten Kooperationspartnerinnen und -partnern für kombinierte Wohn- und Pflegeprojekte, Wohnraumanpassungsmaßnahmen und Nachbarschaftshilfe.¹²²⁴

Landesstelle pflegende Angehörige

Die bisherige Landesstelle pflegende Angehörige hat aufgrund des Auslaufens der Projektzeit zum 31. Dezember 2015 ihre Arbeit eingestellt. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und die Landesverbände der Pflegekassen als bisherige Fördergeber wollen jedoch auch in Zukunft ein landesweites Informationsangebot zum Thema pflegende Angehörige unterstützen. Ein Projektkonzept für ein entsprechendes Angebot wird im Gespräch mit möglichen Projektträgern erarbeitet.¹²²⁵

Landesinitiative Demenz-Service NRW

Die Landesinitiative Demenz-Service NRW stellt ein weiteres wichtiges Beratungsangebot dar (siehe Kap. 7.4.3).¹²²⁶

8.2.3 Der „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“

Um die Akteurinnen und Akteure vor Ort bei einer altengerechten Quartiersentwicklung zu unterstützen, hat das MGEPA.NRW den „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ auf den Weg gebracht. Dieser versteht sich ganz bewusst nicht als „Patentrezept“ oder „Blaupause“, sondern als modulares Angebot zur landesweiten Unterstützung der Kommunen bei der individuellen altengerechten und demografiefesten Entwicklung ihrer Quartiere.

Die Landesregierung kann hier jedoch nur Rahmenbedingungen schaffen. Es sind die Menschen vor Ort, die das Quartier mit Leben füllen. Sie sind bei der Quartiersentwicklung zu beteiligen, wenn diese erfolgreich, d. h. an den Bedarfen der Menschen

¹²²⁴ Nähere Informationen unter www.wbb-nrw.de.

¹²²⁵ Nähere Informationen unter www.lpfa-nrw.de/startseite.html.

¹²²⁶ Nähere Informationen unter [/www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de).

orientiert sein soll. Deshalb ist der Masterplan in sämtlichen Phasen partizipativ und als sogenanntes „lernendes System“ angelegt.

Die Kommunen in Nordrhein-Westfalen sind hinsichtlich ihrer Demografiefestigkeit unterschiedlich aufgestellt. Viele Kommunen haben sich bereits auf den Weg gemacht, um ihre Quartiere zu entwickeln, andere noch nicht. Hier gilt es, ein Bewusstsein für den notwendigen Paradigmenwechsel in der Versorgung und Pflege von Menschen weg von einem vor allem fürsorgenden Ansatz hin zu einem selbstbestimmten Leben in einer solidarischen Gesellschaft zu schaffen. Die Landesregierung setzt dabei da an, wo die Menschen leben, im Quartier. Die Sicherstellung eines auf die Bedürfnisse der Menschen angepassten Versorgungsangebotes bei eintretendem Unterstützungsbedarf ist eine ihrer zentralen Zielstellungen, die Hilfe zur Selbsthilfe der Leitsatz.

Im Rahmen der altengerechten Quartiersentwicklung hat das Land begonnen, mit der Reform des Wohn- und Teilhabegesetzes und des Landespflegerechts die landesrechtlichen Rahmenbedingungen besser auf die Unterstützung quartiersnaher Versorgungsstrukturen auszurichten. So ist im Rahmen der Reform des Landespflegerechts die gesetzliche Implementierung eines zentralen Förderinstrumentes (Landesförderplan Alter und Pflege) erfolgt, mit dem das Landesengagement zur Verbesserung und Sicherung der Infrastruktur für ältere Menschen gebündelt wird. Damit ist auch die Abkehr von einer oft kostenintensiven Einzelprojektförderung beabsichtigt, da altengerechte Quartiersstrukturen landesweit verfügbar sein müssen und die Versorgungssituation älterer und hochaltriger Menschen nicht vom Wohnort abhängen darf.

Mit dem „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ wird daneben eine praxisorientierte Unterstützung der Kommunen durch die Bereitstellung von Analyse- und Umsetzungsinstrumenten, durch Erfahrungstransfers und Beratung aufgebaut, die sich ergänzend zu anderen, bereits bestehenden Unterstützungsangeboten anderer Anbieterinnen und Anbieter versteht. Zentrales Element ist ein vor allem mit Praktikerinnen und Praktikern partizipativ entwickelter, modularer und internetbasierter Methoden- und Instrumentenkasten zur Analyse von Bedarfslagen in Quartieren und zur beteiligungsorientierten Erarbeitung passgenauer lokaler Konzepte, der als „lernendes System“ angelegt ist. Das im Juli 2012 durch das MGEPA eingerichtete Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW berät Kommunen u. a. bei der Anwendung der Module aus dem Methoden- und Instrumentenkasten.

Das übergeordnete Ziel, das mit dem Masterplan verfolgt wird, ist die Ermöglichung eines selbstbestimmten und selbstständigen Lebens – auch bei einsetzendem Unterstützungs- und Pflegebedarf. Das kann z. B. der Verbleib in der eigenen Wohnung sein, das Leben in einer alternativen Wohnform, in einer Wohngemeinschaft oder betreutes Wohnen im Alter.

Deshalb zielen viele Module des Methoden- und Instrumentenkastens darauf ab, Bedarfslagen zu analysieren. Eine internetbasierte digitale Landkarte mit Beispielen guter Praxis aus der Vielzahl quartiersorientierter (Wohn-)Projekte soll lokalen Akteurinnen und Akteuren Ideen und Anregungen geben und das „voneinander Lernen“ durch Vernetzung ermöglichen. Darüber hinaus enthält der Methoden- und Instrumentenkasten viele Ideen zur Stärkung von Nachbarschaften, zum Aufbau von Netzwerken und zur Initiierung und Durchführung von beteiligungsorientierten Prozessen.

Die Entwicklung von Lebensräumen, die den Bedürfnissen älterer und hochaltriger Menschen entsprechen, erfordert den Einsatz finanzieller Mittel. Deshalb beinhaltet das Angebot auch ein Modul zu den verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten. Eine

wichtige Rolle kommt dabei der sozialen Wohnraumförderung des Landes zu, die einen erheblichen Beitrag zur Umsetzbarkeit der Idee vom selbstständigen Leben im Alter vor Ort leistet. So gibt es neben der Förderung barrierefreier altengerechter Wohnungen auch viele weitere quartiersorientierte Förderangebote, z. B. Angebote zur Schaffung kleinteiliger, ambulant betreuter Wohn- und Pflegemöglichkeiten im Quartier, zur Schaffung sozialer Räume (z. B. Quartierstreffpunkte) und zur Gestaltung eines barrierefreien Wohnumfeldes.

Grundvoraussetzungen für die Entwicklung und Sicherung eines altengerechten Quartiers sind die genaue Kenntnis der momentanen Ausgangslage und darauf aufbauend Prognosen zu aktuellen und zukünftigen Bedarfen. Hier gilt es einerseits die vorhandene Datenlage zu verbessern und andererseits die Bereitschaft für eine ämterübergreifende kommunale Fachplanung, die Verkehrs-, Wohnungsbau-, Gesundheits- und Sozialpolitik integriert, zu stärken, weil das die Grundlage schafft, um qualifiziert und zukunftsorientiert planen zu können (siehe hierzu auch Kap. 9).

Zu den elementaren kommunalen Aufgaben gehört es, die Beteiligten zusammenzubringen und Partizipations-, Kooperations- und Koordinationsprozesse in Gang zu setzen. Ein vernetztes Denken, Planen und Handeln aller lokalen Akteurinnen und Akteure ist erforderlich. Kommunalverwaltungen haben zudem unmittelbar die Möglichkeit, Quartiere altengerecht zu gestalten, indem sie z. B. die Konzept- und Projektentwicklung fördern, kommunale Zuschüsse für Begegnungsstätten oder Anschubfinanzierungen gewähren.

Landesförderplan Alter und Pflege

Unterstützung bietet das Land auch durch den neuen Landesförderplan Alter und Pflege. Insgesamt sind 14 Förderangebote vorhanden, in denen rund 9,1 Millionen Euro Haushaltsmittel zur Verfügung stehen. Sechs Förderangebote mit rund 2,66 Millionen Euro sollen explizit die Umsetzung von quartiersbezogener Altenpolitik fördern.

Beispielsweise wird mit dem Förderangebot zwei „Entwicklung altengerechter Quartiere in NRW“ ein nachhaltiger Prozess der Entwicklung von demografiefesten Quartiersstrukturen in den Kommunen in NRW angestoßen.

Das Angebot fußt auf der Erfahrung aus vielen bisherigen Projekten, dass eine gelingende Quartiersentwicklung – damit auch das Entstehen und die Stärkung von Nachbarschaften – gerade in der Startphase einen „Motor“ in Person einer „Quartiersentwicklerin“ bzw. eines „Quartiersentwicklers“ braucht. Im Sinne einer landesweit wirksamen Vorbildfunktion sollen mit dem Förderangebot in 53 Quartieren in NRW eine bedarfsgerechte Entwicklung entlang der Ideen des „Masterplans altengerechte Quartiere.NRW“ angestoßen werden.

Eine flexible Handhabung von sozial- und ordnungsrechtlichen Vorschriften kann kommunale Steuerungswirkung entfalten. Die Kommunen und andere Leistungsträgerinnen und -träger (Anbieterinnen und Anbieter von Pflege-, Gesundheits- und Betreuungsleistungen) nach dem Sozialgesetzbuch tragen hier eine besondere Verantwortung.

Um die Akteurinnen und Akteure vor Ort gezielt bei der altengerechten Quartiersentwicklung zu unterstützen, werden durch das Landesbüro altengerechte Quartiere.

NRW¹²²⁷ mit Sitz in Bochum und das Landesbüro für innovative Wohnformen.NRW mit

1227 Vgl. www.aq-nrw.de

jeweils einem Standort im Rheinland (Köln) und in Westfalen-Lippe (Bochum) konkrete Beratungsangebote bereitgestellt.

Das Landesbüro für innovative Wohnformen.NRW¹²²⁸ hat den Auftrag, gemeinschaftliche Wohnprojekte von der Gruppenfindung bis zur konkreten Umsetzung des Projektes zu beraten und zu unterstützen. Dazu gehört die Erstellung von Konzepten für gemeinschaftliches Wohnen, die Organisations- und Finanzierungsberatung, die Beratung zu Anforderungen baulicher und architektonischer Art sowie die Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Kooperationspartnerinnen und -partnern.

Das Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW bietet den Akteurinnen und Akteuren vor Ort vielfältige Informationen rund um alle Fragen zum Thema alters- oder altengerechte Quartiersentwicklung sowie praxisbezogene Unterstützung und Anregungen bei der entsprechenden Entwicklung und Gestaltung von Quartieren. Auch dieses Büro hilft bei der Formulierung von Zielen, der Planung erster Schritte, der Suche nach geeigneten Kooperationspartnerinnen und -partnern und nicht zuletzt bei Fragen zur Finanzierung oder Förderung, hier von Vorhaben zur altersgerechten Entwicklung von „ganzen“ Quartieren. Ein Team von wissenschaftlichen Expertinnen und Experten sowie Menschen mit praktischen Projekterfahrungen in der Quartiers- und Organisationsentwicklung steht für diese (Erst-)Beratung zur Verfügung, die für die kommunalen Akteurinnen und Akteure kostenlos ist.

Die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Landesbüros nehmen mit den Anfragenden eine Standort- und/oder Schwachstellenbeschreibung vor und beraten bei der Auswahl und Anwendung geeigneter Module aus dem praxisbezogenen Instrumenten- und Methodenbaukasten (s. unter www.aq-nrw.de).¹²²⁹

Für diesen Baukasten sammeln und entwickeln beide Landesbüros fortlaufend Module, in denen vielfältige Methoden und Instrumente, mit denen sich Quartiere nachhaltig entwickeln lassen, für die praktische Anwendung „vor Ort“ beschrieben werden, damit das Rad nicht immer wieder neu erfunden werden muss. Die einzelnen Module können je nach Anforderung gefiltert werden und sind mit Beispielen guter Praxis, die parallel auf einer digitalen Landkarte verzeichnet werden, verlinkt. Die Darstellung von Praxisbeispielen bietet außerdem einen ersten Überblick über die vielfältigen Ansätze und Bemühungen zur Gestaltung altengerechter Quartiere in Nordrhein-Westfalen. Durch die Darstellung von Informationen und Fakten zum jeweiligen Quartier soll Nutzerinnen und Nutzern die Auswahl von Beispielen erleichtert werden.

Die in den Projekten angewandten Methoden und Arbeitsschritte sind ihrerseits wiederum mit dem entsprechenden Modul aus dem Baukasten verlinkt. So kann direkt eingeschätzt werden, ob und wie eine Methode, ein Instrument oder ein komplexeres Projekt für das eigene Quartier in Frage kommt. Bei Bedarf vermitteln beide Landesbüros Kontakte zu Trägerinnen und Trägern der Beispielprojekte.

Zentrale Plattform des „Masterplans altengerechte Quartiere.NRW“ ist die ausdrücklich auch beteiligungsorientierte Internetpräsenz www.aq-nrw.de, auf der der Modulbaukasten, die Projektlandkarte sowie weitere umfassende Serviceangebote (u. a. Newsletter, Literaturliste, Downloads, Veranstaltungshinweise, aktuelle Meldungen aus Politik, Wissenschaft) bereitgestellt und regelmäßig aktualisiert werden.

1228 Vgl. www.aq-nrw.de

1229 Vgl. www.aq-nrw.de

8.2.4 Rahmenbedingungen und neue Orientierungen für eine gendergerechte Quartiersentwicklung

Mit der demografischen Entwicklung sind Veränderungen verbunden, die künftig das Gesicht unserer Städte und Gemeinden und die Rahmenbedingungen für eine gendergerechte Quartiersentwicklung prägen werden. Ausgangslage bilden dabei gesellschaftliche Transformationsprozesse, die einerseits auf die Erosion der Grenzziehung zwischen Öffentlichkeit (= männlich dominierte Erwerbsarbeit) und Privatheit (= weiblich dominierte Familienarbeit) zielen und eine Auflösung vergeschlechtlichter Arbeitsteilung und asymmetrischer Geschlechterverhältnisse anvisieren.¹²³⁰ Zudem etablieren sich neben herkömmlichen Formen familiären Zusammenlebens neue Formen. Alleinerziehende, Patchwork-Familien oder gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften mit und ohne Kinder sind neben freundschaftlich oder nachbarschaftlich begründeten Verantwortungsgemeinschaften Beispiele für die Vielfalt sozialer Beziehungsformen. Immer mehr Menschen leben zudem bewusst als Singles. Der Anteil der Frauen, die im Alter ohne Angehörige sein werden und alleine leben (müssen), wird Schätzungen zufolge weiter zunehmen.

Im Zeitverlauf kommt es also häufig zu Veränderungen der Bedürfnisse der Individuen. Im Kontext der Quartiersentwicklung bedeutet das, dass standardisierte Grundrisse des Wohnungsbaus – beispielsweise der 1950er-Jahre, der sich an der heteronormativen Kleinfamilie ausrichtete und an dessen Zimmergrößen eine Vernachlässigung des Raumbedarfs für Care-Arbeit ablesbar ist – entsprechend der erweiterten Bedarfe und Ansprüche der (älteren) Menschen im Quartier sowie veränderter Lebensbedingungen neu ausgehandelt werden müssten. Der Flächenbedarf beispielsweise von älteren Alleinstehenden ist im Vergleich zu dem der erwähnten Kleinfamilie ein anderer.

Die oben beschriebene Dynamiken stehen zudem in engem Kontext von Prozessen, die sich stets auch in veränderten individuellen wie gesellschaftlichen Mobilitätsanforderungen niederschlagen.¹²³¹ Selbst wenn, z. B. Söhne und Töchter vorhanden sind, heißt das nicht zwangsläufig, dass sie auch präsent sind, um ihre Eltern im Alltag zu unterstützen oder zu pflegen, da sie häufig, meist aus beruflichen Gründen, an anderen Orten leben.

Von den pflegenden Angehörigen sind fast zwei Drittel im erwerbsfähigen Alter. Vier von zehn pflegenden Angehörigen im Erwerbsalter gehen einer Beschäftigung nach und müssen Pflege und Beruf miteinander vereinbaren (siehe auch Kapitel 7.4.9). Auch wenn der Anteil von Männern als Hauptpflegepersonen in der häuslichen Versorgung zunimmt, überwiegen hier immer noch die Frauen, denn sie übernehmen zu mehr als zwei Dritteln die häusliche Pflege. Das bedeutet: Obwohl Frauen wegen ihrer höheren Lebenserwartung auch zwei Drittel der Pflegebedürftigen stellen, können vor allem männliche Pflegebedürftige damit rechnen, zu Hause gepflegt zu werden.¹²³²

Bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung sind geschlechtsspezifische Aspekte ebenfalls einzubeziehen. So unterscheiden sich ältere Frauen nicht nur hinsichtlich ihrer

1230 Vgl. Jurczyk, K./Oechsle, M. (2008): Privatheit: Interdisziplinarität und Grenzverschiebungen. Eine Einführung. In: Jurczyk, K./Oechsle, M. (Hrsg.): Das Private neu denken. Erosionen, Ambivalenzen, Leistungen. Westfälisches Dampfboot, Münster, S. 10.

1231 Vgl. Flade, A. (2010): Wohnen, Mobilität und Geschlecht. In: Reuschke, D. (Hrsg.): Wohnen und Gender. Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 284.

1232 Siehe dazu beispielsweise Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, August 2013, Jahrgang 46, Ausgabe 6, S. 520ff.: Genderaspekte in der Angehörigenpflege.

Biografien von jüngeren, auch weisen sie andere gesundheitliche Bedarfe als jüngere Frauen oder Männer auf.

Nicht selten sind Frauen, besonders im Alter und wenn sie auf externe Pflege angewiesen sind, ökonomisch schlechter gestellt als Männer.¹²³³ Für die Quartiersentwicklung heißt das z. B., dass Wohnraum geschaffen werden muss, der, neben einer altersgerechten baulichen Umsetzung und angemessenen (Innen-)Ausstattung, speziell auch flexibel die lebenslagenabhängigen Bedürfnisse und Ressourcen der älteren und alten Frauen berücksichtigt: Wohnraum muss daher auch mit Blick auf Versorgungseinrichtungen und -dienstleistungen bezahlbar und gut angebunden sein. Darüber hinaus sollten Wohnungsgrundrisse nutzungs offen geplant und möglichst gleiche Raumgrößen für alle Haushaltsmitglieder bereitgestellt werden.¹²³⁴

Eine notwendige Vielfalt altengerechter und bezahlbarer Wohnformen für die verschiedenen Lebensphasen im Alter ist für alle – Männer wie Frauen – wichtig. Zu einer gender- und altengerechten Quartiersentwicklung gehören auch Angebote für geschlechtsspezifisches Wohnen, wie z. B. Beginenhöfe, in denen Frauen mit Gleichgesinnten in dementsprechenden Wohnprojekten wohnen.

Studien¹²³⁵ zeigen, dass Frauen und Männer unterschiedliche Ansprüche an ihr Quartier haben und es auch anders nutzen. Frauen wohnen deutlich lieber in Stadtteilzentren oder in deren Nähe. Eine wohnungsnah Infrastruktur hat für sie eine hohe Bedeutung. Qualitätsverluste im ÖPNV, die Schließung öffentlicher Einrichtungen und der Wandel der Einzelhandelsstruktur wirken sich vor allem negativ auf den Alltag von Frauen aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie als Mütter und/oder pflegende Angehörige häufig auch weitere Personen durch ihren Alltag begleiten (müssen). Eine notwendige

1233 Siehe dazu Kapitel 7.2.3 Armut und Alter.

1234 www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/sachgebiete/wohnungswesen/aspekte (Letzter Zugriff: 29.07.2014).

1235 Bauhardt, C. (2009): Mädchen und Jungen im städtischen Raum: Aneignungsstrategien und Partizipationschancen für eine geschlechtergerechte Stadtentwicklung. In: Kammerer, B. (Hrsg.): *Spielen in der Stadt: Spielplanung - Instrumente und Strategien für eine kinderfreundliche Stadt*. Nürnberg: Emwe-Verlag, S. 109-128.

Becker, R. (2008): *Raum: Feministische Kritik an der Stadt und Raum*. In: Becker, R./Kortendiek, B. (2008): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*, S. 798-811. VS Verlag (Wiesbaden).

Börling, T./Schneiders, K. (2010): *Lebenswelten von Frauen und Männern im Quartier*. In: *Lebenswelten von Frauen und Männern in der Metropole Ruhr*. FrauRuhrMann. Klartext (Essen).

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2004-2006): *Gender Mainstreaming im Städtebau 1-5*.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2006): *Endbericht Gender Mainstreaming im Städtebau*. Breckner, I./Sturm, G. (2002): *Kleiderwechsel – Sackgassen und Perspektiven in patriarchalen Öffentlichkeiten*. In: Löw, M. (Hrsg.): *Differenzierungen des Städtischen*. Opladen: Leske + Budrich, S. 157-186

Dörhöfer, K. (1998): *Verortung. Geschlechterverhältnisse und Raumstrukturen*. Basel/Boston/Berlin.

Evers M./Hofmeister, S. (2010): *Flächenpolitik durch nachhaltige, geschlechtergerechte Stadtentwicklung und partizipative Planung. Gender Mainstreaming als Strategie der Flächenversorgung – Konzepte und mögliche Instrumente*. Springer Verlag.

Frank, S. (1999): *Stadtlandschaften und Geschlechtergeografien. Aspekte einer geschlechterbezogenen Stadt- und Raumforschung*. In: *Nachrichtenblatt zur Stadt- und Regionalsoziologie*. Nr. 2, S. 57-82.

Frank, S. (1997): *StadtLandschaft und Geschlechtergeographien. Aspekte einer geschlechterbezogenen Stadt- und Raumforschung*. In: Kreisky, E./Sauer, B. [Hrsg.]: *Geschlechterverhältnisse im Kontext politischer Transformation*. Sonderheft der politischen Vierteljahresschriften. Opladen S. 224-355.

Ruhne, R. (2011): *Raum Macht Geschlecht. Zur Soziologie von (Un-)Sicherheit im öffentlichen Raum*. 2. Auflage. VS Verlag (Wiesbaden).

Stadt Wien: *Gender in der Praxis*. Onlinequelle: www.wien.gv.at/menschen/gendermainstreaming/beispiele/ (Zugriff: 04.03.2014).

Stadt Wien: *„Gender Mainstreaming“ leicht gemacht*. Onlinequelle: www.wien.gv.at/menschen/gendermainstreaming/grundlagen/handbuch.html (Zugriff: 04.03.2014).

Wucherpfennig, C. (2010): *Geschlechterkonstruktion im öffentlichen Raum*. In: Sybille Bauriedl, Michaela Schier, Anke Strüver [Hrsg.] (2010): *Geschlechterverhältnisse, Raumstrukturen, Ortsbeziehungen. Erkundungen von Vielfalt und Differenz im spatial turn*. Westfälisches Dampfboot.

Verknüpfung verschiedener Zielorte in Form von Wegeketten und die vielfach vorhandene Abhängigkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln – Frauen verfügen zwar mittlerweile häufig über einen Führerschein, haben in ihrem Alltag jedoch oft keinen Zugriff auf einen Pkw¹²³⁶ – erklären ihre Vorliebe für eine zentrale Wohnortlage.¹²³⁷ Nur was erreichbar ist, kann auch wahrgenommen werden.

Somit zeigt sich, dass Raumstrukturen als Bedingung von Möglichkeiten entscheidend mitverantwortlich sind, für die Inklusion aber auch Exklusion von Frauen und Männern in der Gesellschaft.

Zur Grundidee des „Masterplans altengerechte Quartiere.NRW“ gehören die ganzheitliche Ausrichtung der sozialen und pflegerischen Infrastruktur, die Schaffung zielgruppenspezifischer Zugänge zu Unterstützungs- und Hilfsangeboten, die kultursensibel und offen gegenüber individuellen Glaubens- und Weltbildern sind und die unterschiedlichen Anforderungen von Frauen und Männern im Hinblick auf ihre Lebensgestaltung wie auch auf die Gestaltung des unmittelbaren Lebensumfeldes berücksichtigen. Dazu gehört auch, die Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten in den Blick zu nehmen.

8.2.5 Lebenswelten und Lebensperspektiven älterer Migrantinnen und Migranten in der Einwanderungsgesellschaft

4,1 Millionen Personen und somit knapp ein Viertel (23,6 %) der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens hatten im Jahr 2014 einen Migrationshintergrund. Einen Migrationshintergrund hat, wer eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt, im Ausland geboren und zugewandert ist oder ein Elternteil hat, das im Ausland geboren wurde. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist insgesamt jünger und der Anteil der Älteren ist niedriger als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Entsprechend ist auch der Migrantenanteil in der älteren Bevölkerung niedriger als in der Gesamtbevölkerung. Die Zahl älterer Migrantinnen und Migranten wird in den nächsten Jahren jedoch weiter ansteigen.

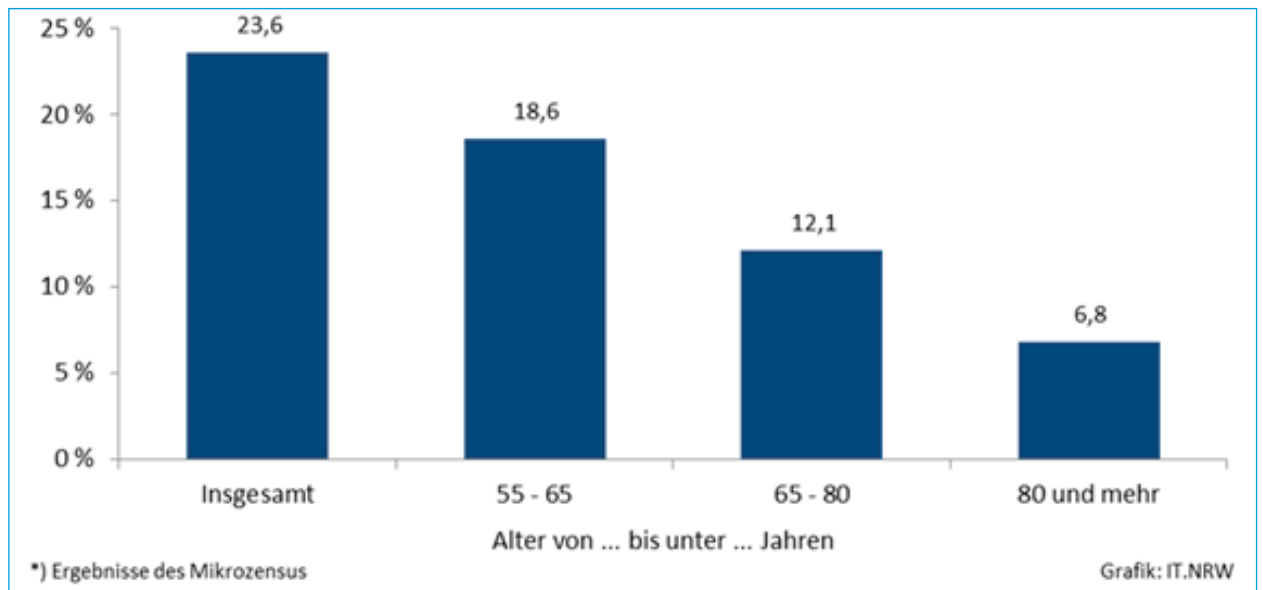
8.2.5.1 Soziodemografische Merkmale

Von den 55- bis unter 65-Jährigen haben 433.000 Personen bzw. 18,6 % einen Migrationshintergrund, bei den 65- bis unter 80-Jährigen waren es 333.000 Personen bzw. 12,1 % und bei den 80-Jährigen und Älteren 67.000 Personen bzw. 6,8 %. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund bei den Älteren leicht gestiegen. Bei den 80-Jährigen und Älteren stieg er zwischen 2005 und 2014 um 2,2 Prozentpunkte und bei den 65- bis unter 80-Jährigen um 2,5 Prozentpunkte. Im Jahr 2014 umfasste die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Rentenalter (65 und mehr Jahre) 400.000 Personen, darunter 192.000 Männer und 208.000 Frauen. Bei den Männern im Rentenalter lag der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund etwas höher als bei den Frauen dieser Altersgruppe, bei den 55- bis unter 65-Jährigen ist es umgekehrt.

¹²³⁶ Vgl. Flade (2010), S. 290.

¹²³⁷ Vgl. Becker, R. (2010): Raum: Feministische Kritik an Stadt und Raum. In: Becker, R., Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorien, Methoden, Empirie. 3., erweiterte und durchgesehene Auflage, VS-Verlag, Wiesbaden, S. 808.

148 Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Altersgruppen*)



Aufgrund zu geringer Fallzahlen kann bei den folgenden differenzierteren Auswertungen für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Rentenalter nicht mehr nach unter 80-Jährigen und 80-Jährigen und Älteren unterschieden werden. Stattdessen wird hier, wie im Kap. 7.2.4.1., zusätzlich die Gruppe der 55- bis unter 65-Jährigen betrachtet, um einen Ausblick auf die nachrückenden Alterskohorten zu geben. Da der Migrationsstatus im Mikrozensus erst seit dem Jahr 2005 erhoben wird, beschränken sich Zeitvergleiche auf den Zeitraum 2005 bis 2014.

Insgesamt hat im Jahr 2014 mehr als die Hälfte (57,3 %) der Bevölkerung mit Migrationshintergrund die deutsche Staatsangehörigkeit. Gegenüber dem Jahr 2005 (51,2 %) bedeutet dies einen leichten Anstieg. Bei der Gruppe der 55- bis unter 65-Jährigen liegt der Anteil derer mit deutscher Staatsangehörigkeit bei 57,3 % und somit genau auf dem Niveau der Bevölkerung insgesamt. Allerdings ist der Anteil derer mit deutscher Staatsangehörigkeit deutlich gestiegen; im Jahr 2005 lag er noch bei 38,6 %. Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Rentenalter hatte im Jahr 2014 die Hälfte (49,9 %) die deutsche Staatsangehörigkeit. Hier fällt jedoch auf, dass sich dieser Wert deutlich verringert hat; im Jahr 2005 hatten noch 62,2 % die deutsche Staatsangehörigkeit. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die neu in das Rentenalter eintretenden Gruppen seltener deutsche Staatsbürger sind als dies bei den früheren Alterskohorten der Fall war.

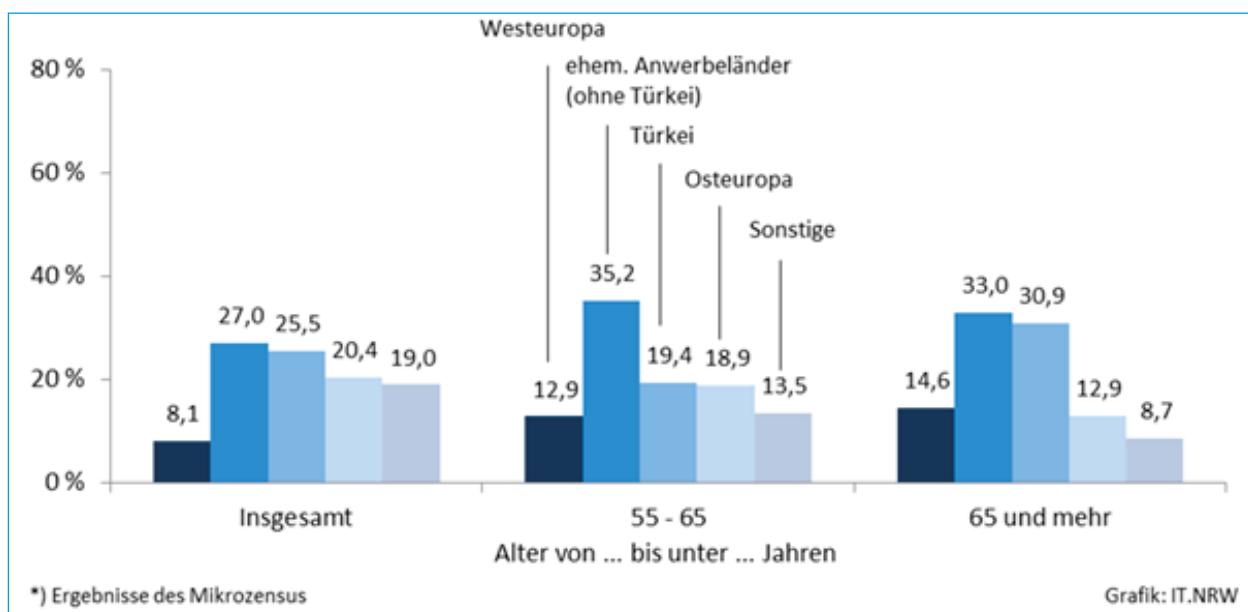
Herkunftsregionen

Bezogen auf diejenigen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit zeigt sich, dass die ehemaligen Anwerbeländer immer noch eine große Bedeutung haben, dies gilt insbesondere für die Türkei. 30,9 % der 65-Jährigen und älteren ausländischen Staatsbürger stammen aus der Türkei und weitere 33,0 % aus den sonstigen ehemaligen Anwerbeländern Portugal, Spanien, Italien, Griechenland und ehemaliges Jugoslawien. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen ist der Anteil der türkischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger mit 19,4 % niedriger. Aus den sonstigen ehemaligen Anwerbeländern stammen 35,2 %. Bei der ausländischen Bevölkerung insgesamt haben die sonstigen Anwerbeländer mit einem Anteil von 27,0 % eine geringere Bedeutung als bei den Älteren, der Anteil der türkischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger liegt mit 25,5 %

niedriger als bei den 65-Jährigen und Älteren. Bei der Bevölkerung insgesamt blieb der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer aus den ehemaligen Anwerbeländern zwischen 2005 und 2012 nahezu unverändert. Der Anteil der türkischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger war leicht rückläufig.

Anders war dies bei den 65-Jährigen und Älteren: Hier erhöhte sich der Anteil der türkischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürger um 8,3 Prozentpunkte, der Anteil derer aus den ehemaligen Anwerbeländern stieg um 6,1 Prozentpunkte. Westeuropäische Herkunftsländer (ohne Anwerbeländer) sind bei den Älteren mit 16,6 % (65-Jährige und Ältere) bzw. 12,9 % (55 bis unter 65-Jährige) von größerer Bedeutung als bei der ausländischen Bevölkerung insgesamt (8,6 %). Osteuropa und die sonstigen Länder haben hingegen bei den Älteren ein geringeres Gewicht.

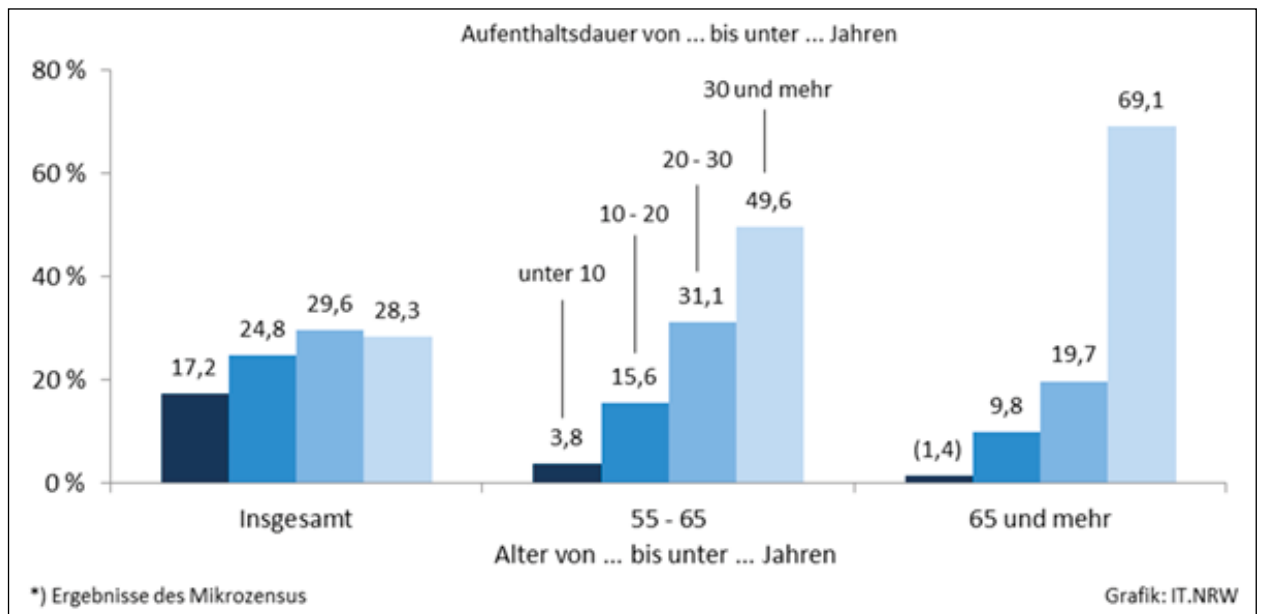
149 Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Herkunftsregionen und Altersgruppen^{*)}



Aufenthaltsdauer

Ältere Personen mit Migrationshintergrund halten sich überwiegend schon länger in Deutschland auf. Zwei Drittel (69,1 %) der 65-Jährigen und Älteren sind bereits 30 und mehr Jahre im Land, weitere 19,7 % zwischen 20 und unter 30 Jahren. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil derer mit einer Aufenthaltsdauer von 30 und mehr Jahren deutlich gestiegen (+16,0 Prozentpunkte). Auch die 55- bis unter 65-Jährigen halten sich überwiegend schon länger in Deutschland auf. Knapp die Hälfte (49,6 %) wohnt 30 Jahre und länger in Deutschland und weitere 31,1 % zwischen 20 und unter 30 Jahren. Auffallend ist, dass der Anteil derjenigen, die sich seit 30 und mehr Jahren in Deutschland aufhalten, im Vergleich zum Jahr 2005 um 7,4 Prozentpunkte zurückgegangen ist, d. h. es erreichen jetzt mehr Personen mit kürzerer Aufenthaltsdauer diese Altersgruppe. Stark gestiegen ist der Anteil derer mit einer Aufenthaltsdauer von 20 bis unter 30 Jahren (+17,6 Prozentpunkte).

150 Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Aufenthaltsdauer und Altersgruppen^{*)}

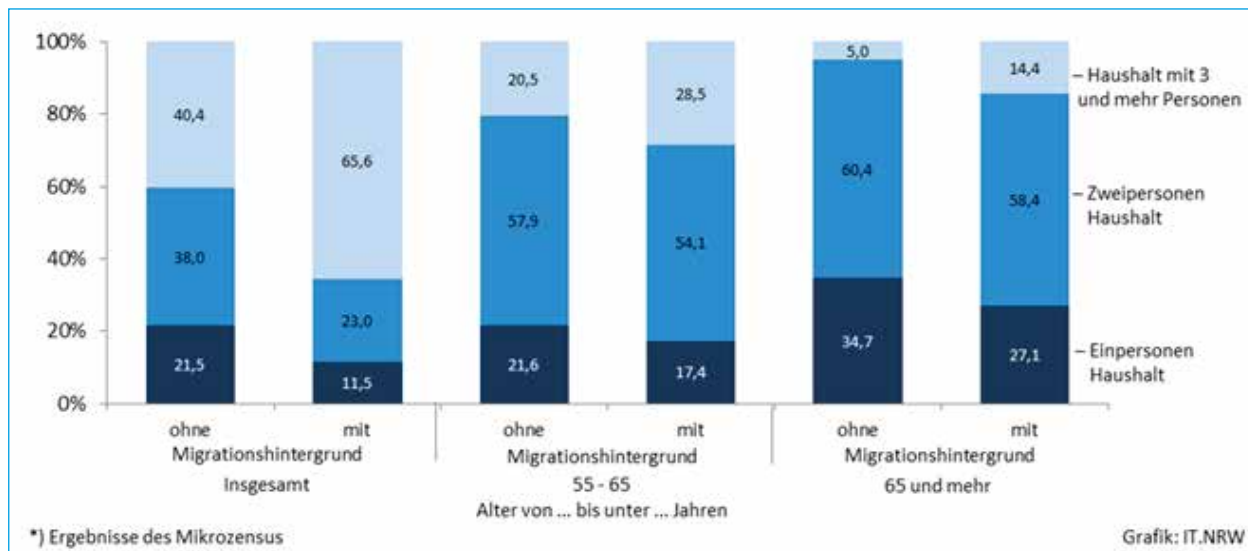


Haushaltsgröße

Personen mit Migrationshintergrund wohnen häufiger in Haushalten mit drei und mehr Personen als solche ohne Migrationshintergrund. Dies gilt für alle Altersgruppen. Bei den 65-Jährigen und Älteren leben 14,4 % derer mit und rund 5 % derer ohne Migrationshintergrund in einem Drei- und Mehrpersonenhaushalt. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen sind es 28,5 % derer mit und 20,5 % derer ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund, die in einem Dreipersonenhaushalt leben, zurückgegangen.

In Einpersonenhaushalten leben Personen mit Migrationshintergrund hingegen seltener. Von den 65-Jährigen und Älteren leben 27,1 % mit und 34,7 % ohne Migrationshintergrund in einem Einpersonenhaushalt. Dennoch fallen diese Unterschiede weniger deutlich aus als bei der Bevölkerung insgesamt. Hier leben 11,5 % mit und 21,5 % ohne Migrationshintergrund in einem Einpersonenhaushalt. Der Anteil der Personen in Einpersonenhaushalten ist – unabhängig vom Migrationsstatus – bei der Bevölkerung insgesamt sowie bei den 55- bis unter 65-Jährigen gestiegen, während sich bei den 65-Jährigen und Älteren kaum Veränderungen abzeichnen.

151 Bevölkerung in Privathaushalten 2014 nach Haushaltsgröße, Altersgruppen und Migrationshintergrund^{*)}



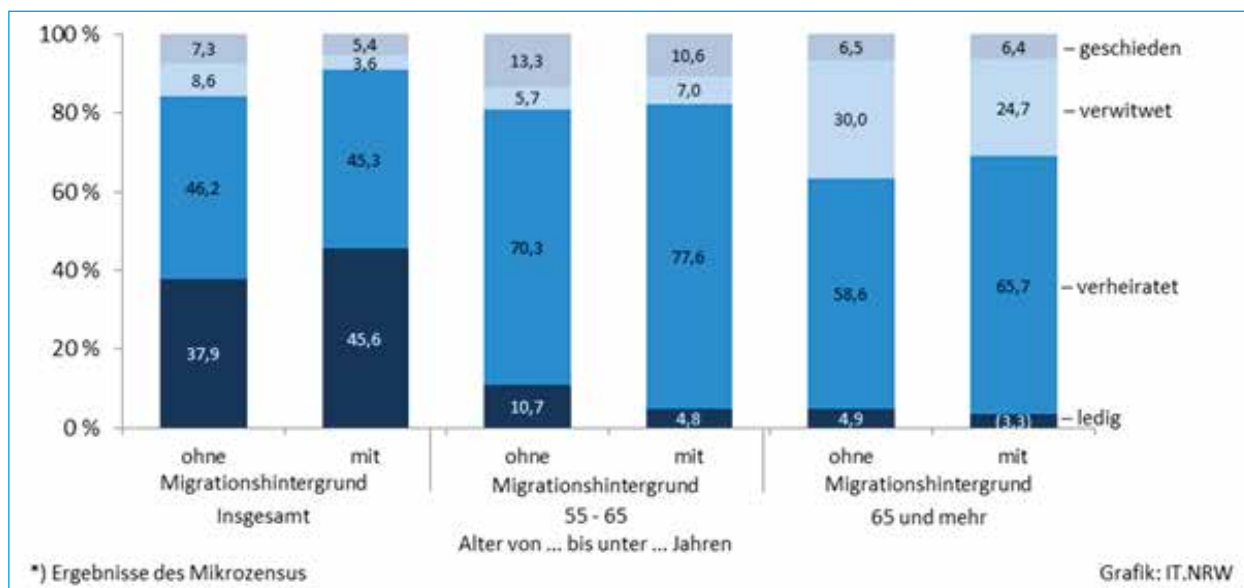
Familienstand

Bei den 65-Jährigen und Älteren sind Personen mit Migrationshintergrund mit einem Anteil von 24,7 % seltener verwitwet als Personen ohne Migrationshintergrund (30,0 %). Entsprechend sind Personen mit Migrationshintergrund häufiger verheiratet (65,7 %) als solche ohne (58,6 %). Diese Unterschiede dürften aus dem geringeren Anteil an Hochaltrigen bei den Personen mit Migrationshintergrund resultieren. Bei den 55- bis unter 65-Jährigen zeigt sich bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ein geringerer Anteil an Geschiedenen (10,6 %) als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (13,3 %). Der Anteil der Verheirateten liegt bei der Gruppe mit Migrationshintergrund höher (77,6 %) als bei der ohne (70,3 %). Im Vergleich zum Jahr 2005 ist bei dieser Altersgruppe unabhängig vom Migrationsstatus der Anteil der Geschiedenen gestiegen und der der Verheirateten zurückgegangen. Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt ist der Anteil der Ledigen mit 45,6 % höher¹²³⁸ als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (37,9 %).

Dies ist wiederum auf das jüngere Durchschnittsalter zurückzuführen.

1238 Bezogen auf die Bevölkerung ab null Jahren.

152 Bevölkerung 2014 nach Familienstand, Altersgruppen und Migrationshintergrund^{*)}

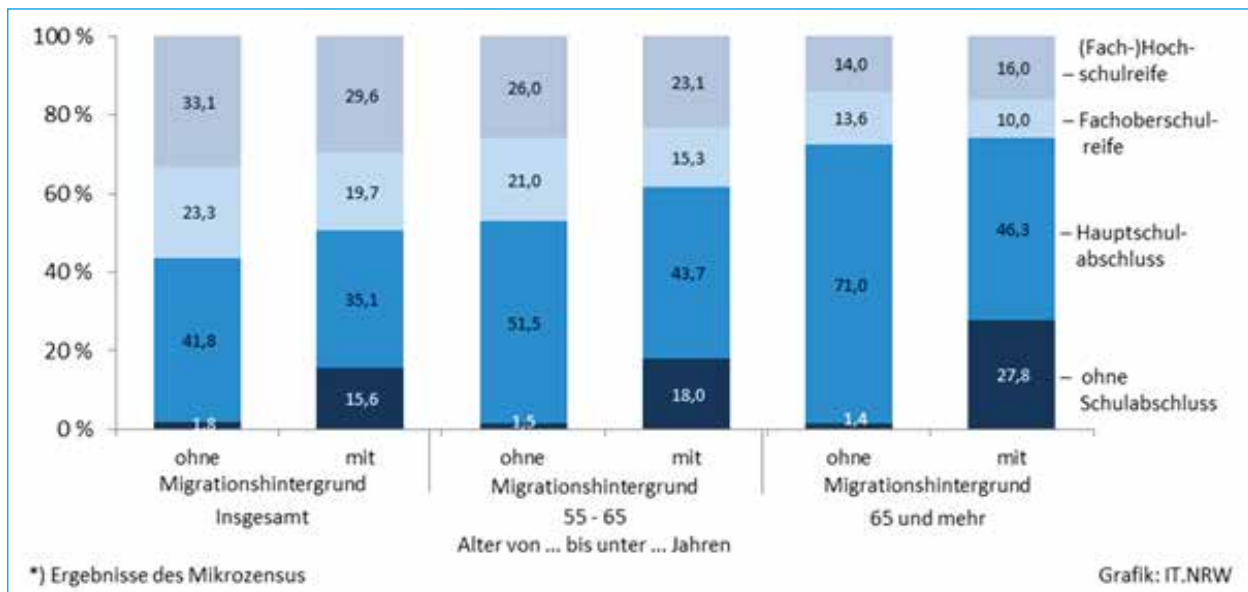


Allgemeinbildende Abschlüsse

Bei den 65-Jährigen und Älteren fällt auf, dass bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ein größerer Teil über die (Fach-)Hochschulreife verfügt (16,0 %), als das bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund der Fall ist (14,0 %). Allerdings ist auch mehr als ein Viertel (27,8 %) der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund ohne allgemeinbildenden Abschluss, während dies bei Älteren ohne Migrationshintergrund lediglich auf 1,4 % zutrifft. Im Vergleich zum Jahr 2005 hat sich der Anteil derer mit (Fach-)Hochschulreife – unabhängig vom Migrationsstatus – erhöht. Der Anteil derer ohne allgemeinbildenden Abschluss ging bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nur wenig zurück.

Bei den 55- bis unter 65-Jährigen verfügen Personen mit Migrationshintergrund seltener über die Hochschulreife (23,1 %) als Personen ohne Migrationshintergrund (26,0 %). Ohne allgemeinbildenden Abschluss sind 18,0 % der Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu 1,5 % bei der Gruppe ohne Migrationshintergrund. Ältere mit Migrationshintergrund sind häufiger ohne allgemeinbildenden Abschluss als die Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt (15,6 %). Auch der Anteil derer mit (Fach-)Hochschulreife liegt bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt mit 29,6 % höher als bei den Älteren mit Migrationshintergrund.

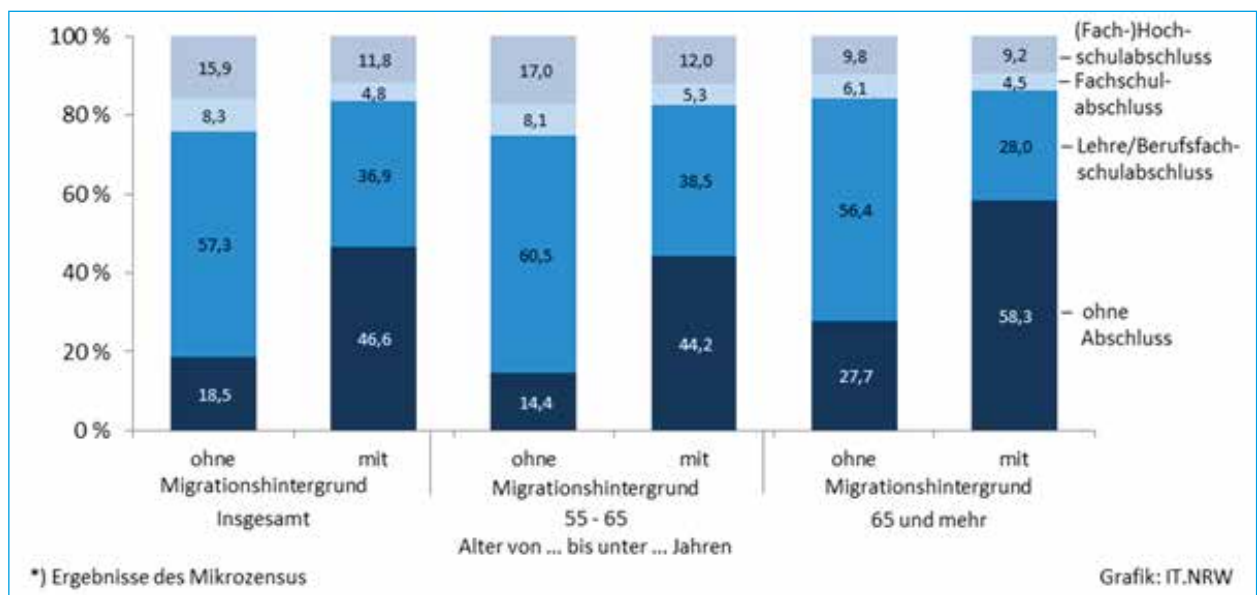
153 Bevölkerung 2014 nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss, Altersgruppen und Migrationshintergrund^{*)}



Berufsbildende Abschlüsse

Die 65-Jährigen und Älteren mit Migrationshintergrund verfügen häufiger über einen (Fach-)Hochschulabschluss (9,2 %) als die ohne Migrationshintergrund (9,8 %). Personen mit Migrationshintergrund in dieser Altersgruppe sind mit einem Anteil von 58,3 % besonders oft ohne beruflichen Abschluss im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, bei der 27,7 % keine Berufsausbildung abgeschlossen haben. Im Vergleich zum Jahr 2005 hat sich der Anteil derer ohne berufsbildenden Abschluss bei den Personen mit Migrationshintergrund nur wenig verringert (-3,8 Prozentpunkte), während er bei Personen ohne Migrationshintergrund um 12,6 Prozentpunkte deutlich zurückging. Eine Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung haben rund ein Viertel der Personen im Rentenalter mit (28, %) und mehr als die Hälfte (56,4 %) ohne Migrationshintergrund abgeschlossen. Bezogen auf den Abschluss einer Lehre zeigt sich ein Anstieg bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, während dieser Wert bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nahezu unverändert blieb.

154 Bevölkerung 2014 nach höchstem beruflichen Abschluss, Altersgruppen und Migrationshintergrund^{*)}



Bei den 55- bis unter 65-Jährigen liegt der Anteil derer ohne beruflichen Bildungsabschluss bei Personen mit Migrationshintergrund mit 44,2 % niedriger als bei Personen im Rentenalter, aber dennoch beträchtlich höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund (14,4 %). Der Anteil derer, die eine Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung abgeschlossen haben, liegt bei Personen mit Migrationshintergrund in etwa halb so hoch (38,5 %) wie bei Personen ohne Migrationshintergrund (60,5 %).

Einen (Fach-)Hochschulabschluss haben 12,0 % der Personen mit und 17,0 % derer ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil derer mit (Fach-)Hochschulreife gestiegen. Bei den Personen mit Migrationshintergrund fiel der Anstieg etwas schwächer aus (+3,6 Prozentpunkte) als bei solchen ohne Migrationshintergrund (+4,2 Prozentpunkte).

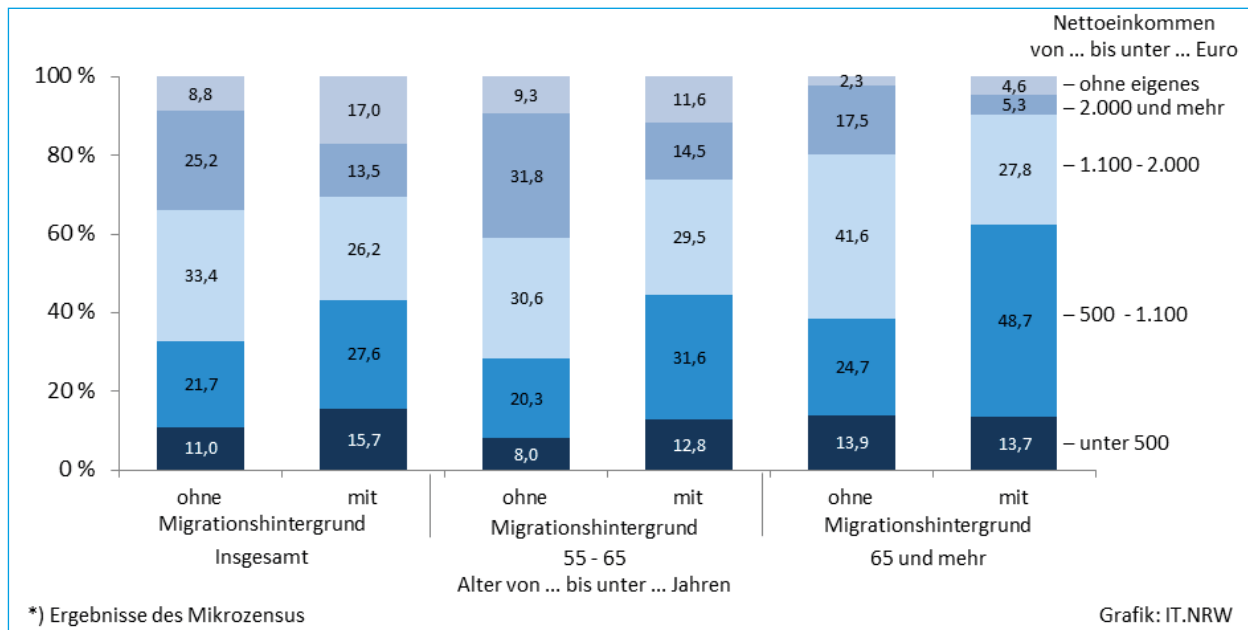
Somit weisen Ältere mit Migrationshintergrund einen niedrigeren Qualifikationsgrad auf als die Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt, von der 46,6 % ohne berufsbildenden Abschluss sind und 11,8 % einen (Fach-)Hochschulabschluss haben.

Einkommen

Personen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 und mehr Jahren sind deutlich häufiger auf kleinere Nettoeinkommen angewiesen als Personen ohne Migrationshintergrund. Knapp die Hälfte (48,7 %) bezieht ein Einkommen zwischen 500 und unter 1.100 Euro, während dies bei den Personen ohne Migrationshintergrund auf etwas mehr als ein Viertel (24,7 %) zutrifft.

Ein Einkommen zwischen 1.100 Euro und unter 2.000 Euro beziehen 27,8 % der Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu 41,6 % derer ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist das durchschnittliche Einkommen der Personen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 und mehr Jahren geringer gestiegen (+9,7 %) als das der Personen ohne Migrationshintergrund (+13,8 %).

155 Bevölkerung 2014 nach Nettoeinkommen, Altersgruppen und Migrationshintergrund^{*)}



Auch bei den 55- bis unter 65-Jährigen sind die Einkommensunterschiede deutlich. 31,6 % der Personen mit Migrationshintergrund müssen mit einem Einkommen von 500 bis unter 1.100 Euro auskommen, während es bei jenen ohne Migrationshintergrund 20,3 % sind. Über ein Einkommen von 1.100 bis unter 2.000 Euro verfügen Personen mit Migrationshintergrund etwas seltener (29,5 %) als solche ohne (30,6 %). Die Gruppe derer, die 2.000 Euro und mehr beziehen, ist bei Personen mit Migrationshintergrund mit einem Anteil von 14,5 % deutlich dünner besetzt als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (31,8 %).

Allerdings ist bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund der Anteil derer, die ein Einkommen von mehr als 2.000 Euro netto beziehen, von 6,5 % im Jahr 2005 auf 14,5 % im Jahr 2012 deutlich gestiegen. Das durchschnittliche Nettoeinkommen ist bei Personen mit Migrationshintergrund stärker gestiegen (+19,9 %) als bei Personen ohne (+13,8 %).

8.2.5.2 Integrationspolitische Rahmenbedingungen und Maßnahmen

Durch das Gesetz zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Integration (Teilhabe- und Integrationsgesetz), das der Landtag von Nordrhein-Westfalen am 14. Februar 2012 beschlossen hat, ist die Integrationspolitik in Nordrhein-Westfalen auf eine stabile gesetzliche Grundlage gestellt worden. Mit dem Gesetz soll eine vorausschauende, aktivierende und unterstützende Integrationspolitik für alle Generationen ermöglicht werden. Das Gesetz ist in einem gemeinsamen Prozess von Landesregierung und Landtag erarbeitet worden. In § 1 werden die Ziele formuliert, „jede Form von Rassismus und Diskriminierung einzelner Bevölkerungsgruppen zu bekämpfen“ und „eine Kultur der Anerkennung und des gleichberechtigten Miteinanders auf der Basis der freiheitlichen demokratischen Grundordnung zu prägen“. Integrationspezifische Entscheidungen und konzeptionelle Entwicklungen sollen „den verschiedenen Lebenssituationen der Menschen mit Migrationshintergrund Rechnung tragen“. Ausdrücklich formuliert das Gesetz,

dass Integration „die kulturellen Identitäten von Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen“ hat. Auch an anderer Stelle, etwa im Hinblick auf die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung und die Stärkung der interkulturellen Kompetenz, formuliert das Teilhabe- und Integrationsgesetz Maßstäbe, die für den Umgang mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund grundlegend sind.

Zur Lebenslage von älteren Menschen mit Migrationshintergrund gibt es nur wenige empirische Studien. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge hat 2012 die Situation älterer Migrantinnen und Migranten in den Blick genommen.¹²³⁹ Die Lebenslage ist durch die Gleichzeitigkeit von migrationsspezifischen und alterstypischen Belastungsfaktoren gekennzeichnet. Die Studie kommt zu den folgenden Ergebnissen:

- Ältere Migrantinnen und Migranten sind deutlich schlechter am Arbeitsmarkt positioniert als gleichaltrige Einheimische. Migrantinnen und Migranten sind in einem geringeren Ausmaß am Erwerbsleben beteiligt, und sie sind seltener sozialversicherungspflichtig beschäftigt.
- Befunde zu Ruhestand und Alterssicherung weisen darauf hin, dass Personen mit Migrationshintergrund größere Probleme mit der finanziellen Absicherung im Alter haben als Personen ohne Migrationshintergrund.
- Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen. Es ist aber nicht die Migration an sich, die krank macht, sondern es sind die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Zielland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können.
- Angesichts der Ausdünnung sozialer Netzwerke, größerer räumlicher Distanzen zwischen den familialen Generationen und steigender Frauenerwerbsquoten wird es zukünftig schwieriger werden, bisherige familiäre Unterstützungsleistungen aufrechtzuerhalten.

Dieser Realität müssen sich die Integrationspolitik und die integrationspolitischen Akteure und Akteurinnen auf allen Handlungsfeldern stellen.

Ältere Migrantinnen und Migranten und integrationspolitische Infrastruktur

Nordrhein-Westfalen verfügt über eine ausgebaute integrationspolitische Infrastruktur. Sie ist durch das Teilhabe- und Integrationsgesetz noch einmal deutlich ausgebaut worden. In immer stärkerem Maße gewinnen Fragen der Integration und Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund an Bedeutung. Die wichtigste programmatische und institutionelle Weichenstellung des Teilhabe- und Integrationsgesetzes ist die nachhaltige Stärkung der Integrationskraft der nordrhein-westfälischen Kommunen durch die Schaffung von Kommunalen Integrationszentren und die Einrichtung der Landeskoordinierungsstelle mit Sitz in Dortmund. Die Kommunalen Integrationszentren nehmen umfangreiche Aufgaben wahr. Sie sind der zentrale (Ansprech-)Partner für Integrationsfragen und arbeiten mit den integrationsrelevanten Akteuren und Akteurinnen bzw. Institutionen in den Städten und Gemeinden – innerhalb und außerhalb der Verwaltung – verbindlich zusammen, z. B. in den Handlungsfeldern „Gesundheit“, „Bildung“ und „Arbeit“.

Sie unterstützen die Städte und Gemeinden insbesondere bei der Herausforderung,

¹²³⁹ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven, Forschungsbericht 18.

neu zugewanderte Kinder und Jugendliche und ihre Eltern systematisch bei der Integration ins Bildungssystem zu beraten und zu begleiten (sogenannte Seiteneinsteigerberatung und -beschulung). Sie bieten zudem Qualifizierungsmöglichkeiten, z. B. für Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte, kommunale Bedienstete oder Fachkräfte des Gesundheitswesens an. Bei der konkreten Ausgestaltung ihrer Arbeit haben die Kreise und kreisfreien Städte erhebliche Gestaltungsspielräume, die es ihnen erlauben, den jeweils spezifischen Bedingungen vor Ort Rechnung zu tragen.

In den vergangenen Jahren wurde im Rahmen des Förderprogramms „KOMM-IN“ die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten in der Seniorenarbeit in den Mittelpunkt gestellt – in der Stadt Hamm im Jahr 2009 mit einer „Bestandsaufnahme und Entwicklung eines Handlungskonzeptes zur Integration älterer Migrantinnen und Migranten in das Netz der Altenhilfe“ und in der Stadt Mettmann im Jahr 2008 mit einer „Bestands- und Bedarfsanalyse sowie Vernetzung der bestehenden Tageseinrichtungen“.

Daneben ging es in einigen Projekten primär um die Entwicklung und/oder Optimierung von Angeboten für den Adressatenkreis zugewanderter älterer Migranten und Migrantinnen. So widmete sich Lüdenscheid im Jahr 2010 der „Optimierung und Neuentwicklung von Angeboten zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten“ in den Bereichen ambulanter und stationärer Pflege, Wohnraumgestaltung, hauswirtschaftlicher Versorgung und Freizeitangebote. Monheim zielte auf „Verbesserungen des Zuganges und der Nutzung von Angeboten und Dienstleistungen der Altenhilfe“ mittels eines Netzwerkes zwischen Schlüsselpersonen mit Zuwanderungsgeschichte und den offenen, ambulanten und stationären Angeboten der Altenhilfe sowie der Erprobung eines Konzeptes zur interkulturellen Öffnung der einschlägigen Einrichtungen. Die Stadt Paderborn arbeitete an „Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes zur Verbesserung der Angebote und Prozesse in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“, wozu auch die Planungen zum Aufbau eines Sprach- und Kulturmittlerdienstes und ein Konzept zur interkulturellen Orientierung von Einrichtungen der Altenhilfe gehörte. Die Stadt Voerde verfolgte 2009 im Rahmen ihrer „KOMM-IN“-Projektreihe „Runder Tisch Integration-Zusammenwachsen in Voerde“ im Erfahrungsaustausch mit der Stadt Kamp-Lintfort die „Schaffung von Strukturen zur interkulturellen Seniorenarbeit“, konkret u. a. die Erstellung eines Gesundheitsführers und den Aufbau eines Seniorennetzwerkes. Das in 2011 realisierte Solinger Projekt schließlich beabsichtigte zum einen eine „interkulturelle Ausrichtung der Altenhilfe“, indem insbesondere das bestehende Netzwerk der Altenhilfe durch Mitwirkung entsprechender Akteure hinsichtlich migrationsrelevanter Aspekte „aktualisiert“ wurde. Außerdem ging es um die Anwendung den Bereich Altenhilfe betreffender Aspekte des Solinger Integrationskonzeptes auf ausgewählte Sozialräume zwecks Entwicklung sozialraumorientierter Integrationskonzepte im gesamtstädtischen Kontext.

Dem Programm nachfolgend wurde in verschiedenen Kommunalen Integrationszentren in wachsendem Maße ein Schwerpunkt auf das Handlungsfeld „Seniorenarbeit“ gelegt. Nachfolgend wird eine kurze Übersicht über die Aktivitäten vor Ort in Nordrhein-Westfalen gegeben. Zu nennen sind

- der Kreis Mettmann mit einem Konzept zur kultursensiblen Seniorenarbeit und themenbezogenen Informationen von Seniorenbegegnungsstätten und haushaltsnahen Dienstleistungen;
- die Stadt Hamm mit der Förderung des bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Engagements, der Entwicklung eines Besuchs- und Begleitdienstes, einer Umfrage mit

Auswertung und Erstellung von Handlungsempfehlungen für das Leben in Hamm im Jahr 2030;

- die Stadt Aachen mit Bedarfsermittlung und passgenauer Konzeptentwicklung und -umsetzung zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten;
- der Kreis Wesel mit dem Aufbau einer kreisweiten Integrationsstruktur unter besonderer Berücksichtigung von zugewanderten älteren und alten Menschen sowie Menschen mit Behinderungen und dem Aufbau einer Angebotsdatenbank und Erstellung eines kreisweiten Beratungskonzeptes;
- die Städteregion Aachen, die in 16 Unterzielen einen umfangreichen Katalog von Maßnahmen schildert: vom Erfahrungsaustausch mit allen relevanten Akteurinnen und Akteure über verschiedene Trainingsmaßnahmen in der Altenpflege, die interkulturelle Ausrichtung des Altenpflege-Curriculums, die Produktion einschlägiger Info-Materialien, die Durchführung von Veranstaltungen zu verschiedenen Themenstellungen bis zur Bereitstellung von passgenauen Sportangeboten und die Entwicklung einer Schulung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu „Kultursensibler Trauerbegleitung“;
- sowie Remscheid, wo als untergeordnete Zielsetzungen „konkrete Maßnahmen zur Einbeziehung von Senioren mit Migrationshintergrund“ aufgeführt wurden, die in das Integrationskonzept eingearbeitet werden. Transparenz zu den Angeboten der Altenhilfe, Pflege, Wohnformen und Ehrenamt (im Stadtteil Honsberg) ist hergestellt.

Darüber hinaus findet sich das Handlungsfeld „Seniorenarbeit“ als weitere Themenstellung bzw. weiterer Planungspunkt in den Kommunen Bochum, Bonn, Bottrop, Düsseldorf, Duisburg, Köln, Mönchengladbach und Remscheid sowie in den Kreisen Düren und Gütersloh.

Viele weitere konkrete Informationen zur Arbeit der Kommunalen Integrationszentren sind abrufbar unter: www.kommunale-integrationszentren.nrw.de.

Das Teilhabe- und Integrationsgesetz setzt neben der Stärkung der kommunalen Integrationsarbeit Maßstäbe für mehr Partizipation und Teilhabe. Im Hinblick auf die fachlich qualifizierte soziale Integrationsarbeit kommt den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und den von ihnen getragenen Integrationsagenturen eine große Bedeutung zu. Durch ihr Engagement in den Bereichen „Bürgerschaftliches Engagement für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“, „Interkulturelle Öffnung“, „Sozialraumorientierte Arbeit“ und „Antidiskriminierung“ sind die heute 163 Integrationsagenturen mit ihren rd. 230 Fachkräften eine tragende Säule der Integrationsförderung in unserem Land. Die kontinuierliche Weiterentwicklung ihres Integrationsangebots ist ein wichtiges Handlungsziel bei der Umsetzung des Teilhabe- und Integrationsgesetzes.

Eine besondere Herausforderung im Bereich „Ältere Migrantinnen und Migranten“ ist, dass – anders als z. B. im Elementar- oder Jugendbereich – hier nicht nur die gesellschaftlichen Dimensionen in Deutschland von Interesse sind, sondern in besonderem Maße auch die Bedingungen während der ersten Sozialisation in den Herkunftsländern. Kultur- bzw. religionspezifisches Wissen kann hier dazu verhelfen, Chancengerechtigkeit im Sinne eines Alterns in Würde zu ermöglichen. Kultursensibler Umgang heißt in diesem Bereich, die individuellen Lebenserfahrungen, -erwartungen und -bedingungen der älteren Menschen mit Migrationshintergrund auch im Herkunftsland, in das Arbeitsfeld einzubeziehen und bei allen Aktivitäten mit zu denken.

Die hier zusammengefassten Berichte von Maßnahmen und Projekten zum Thema

„Ältere Menschen mit Einwanderungsgeschichte“ wurden eingereicht von den Caritasverbänden Köln, Neuss, Paderborn, Düsseldorf, Wuppertal/Solingen, Warendorf und Remscheid, von den Standorten des Deutschen Roten Kreuzes in Gronau, Bochum und Olpe, von der Diakonie RWL in Solingen und von der Arbeiterwohlfahrt in Bonn, Köln, Düsseldorf, Duisburg, Essen und Mönchengladbach.

Die Aktivitäten zeigen eine große Bandbreite von Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in den Sozialräumen. Sie richten sich nach den Bedarfen der Zielgruppe, die von Vielfalt im Hinblick auf Herkunft, soziale Schichtzugehörigkeit, Religion, Gesundheitszustand geprägt ist. Im Mittelpunkt stehen Aktivitäten, die darauf abzielen, ältere und alte Menschen mit Migrationshintergrund in den Bereichen „Gesundheit“, „Sprache“, „Kultursensible Pflege“ und „Vernetzung bzw. Integration“ zu unterstützen. Sie lassen sich grob einteilen in:

- niedrigschwellige Zugänge zur Zielgruppe der älteren Migrantinnen und Migranten,
- Ausbildung von Ehrenamtlichen zur Unterstützung älterer Migrantinnen und Migranten und ihrer Angehörigen,
- (interkulturelle) Trainings, Coaching und Begleitung von Einrichtungen der Seniorenarbeit,
- Vernetzung bzw. Kooperation mit Migrantinnenorganisationen und Beratungsangebote.

Niedrigschwellige Maßnahmen

Die Umsetzung der von den Integrationsagenturen initiierten niedrigschwelligen Maßnahmen findet oft in den interkulturellen Zentren der Verbände statt. Die niedrigschwelligen Angebote, die von den Integrationsagenturen begleitet werden, sind auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtet, d. h. geschlechtsspezifisch, nationalitätenspezifisch, interkulturell oder für Teilgruppen angelegt.

Die Organisationsform sind verschiedene Foren für interkulturelle Begegnungen wie Gesprächskreise, Kurse, Informationsveranstaltungen, Internet-Cafés, gemeinsame Reisen, Exkursionen. Inhaltlich umfassen sie Angebote zur künstlerischen Betätigung für Menschen mit Behinderung, Förderung von Bewegung/körperlicher und geistiger Fitness, Sport, Sprache, Religion(en), Medien/Internet sowie vielfältige Informationen für ältere Migrantinnen und Migranten sowie ihre Angehörigen zu Gesundheitsthemen (z. B. Demenz).

Ausbildung und Begleitung Ehrenamtlicher

Die Aktivitäten in diesem Bereich dienen der Ausbildung, Vermittlung und Begleitung von älteren Migrantinnen und Migranten unterschiedlicher Nationalität im Ehrenamt. Sie sind aktiv in den Bereichen „Alltags- und Seniorenbegleitung“, „Beratung“, „Betreuung in einem Internet-Café“ und „Häuslicher Betreuungsdienst für demenziell Erkrankte“. Kooperationen, z. B. mit Polizei oder dem Demenz-Service-Zentrum Region Düsseldorf, werden auch in diesem Bereich gepflegt. Ebenso werden Ehrenamtliche jeden Alters ausgebildet und eingesetzt, die sich in Einrichtungen der Seniorenarbeit engagieren. Hervorzuheben sind auch Lotsenschulungen z. B. zur kultursensiblen Sprachvermittlung oder Begleitung zu Ämtern und Behörden, auch speziell für die Zielgruppe demenziell erkrankter älterer Menschen, sowie zur Aufklärung hinsichtlich existierender Pflegeangebote für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.

(Interkulturelle) Trainings, Coaching und Begleitung von Einrichtungen der Seniorenarbeit

Ausgeprägt sind auch die im Rahmen der Integrationsagenturen stattfindenden Aktivitäten im Eckpunkt „Interkulturelle Öffnung“. Dazu gehören sowohl das Coaching und die Prozessbegleitung von verbandsinternen und -externen Einrichtungen (in geringerem Maß auch von stationären) und kommunalen Behörden sowie eine große Bandbreite von Projekten und Trainingsmaßnahmen. Sie werden als mehrjährige Begleitung/Beratung, Vorträge, Workshops, Fachveranstaltungen, Fortbildungsreihen oder Tagesveranstaltungen durchgeführt. Mit den Inhalten „Interkulturelle Öffnung/Kultursensible Pflege“, „Gesundheit“, „Demenz“ und „Kulturspezifisches Wissen“ sind sie aktiv in:

- Ausbildung / Pflegeschulen, kommunalen Behörden, Ehrenamt,
- offener Seniorenarbeit/Seniorenbegegnungsstätten,
- verbandsinternen Abteilungen der Alten- und Pflegedienste,
- Einrichtungen der Beratung und Pflege anderer Verbände und des eigenen,
- Krankenhäusern und stationären und ambulanten Einrichtungen.

Auch Information über und Werbung für Altenhilfeberufe bei Migrantinnen und Migranten und Mitarbeitenden/Auszubildenden des Gesundheitswesens sind Bestandteil der Maßnahmen.

Des Weiteren haben im Rahmen des „Xenos“-Projekts „Die Zukunft der Pflege ist bunt“¹²⁴⁰ (2012 bis 2104) Caritas-Verbände verschiedene Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung ihrer Pflegestationen und Altenhilfeeinrichtungen umgesetzt. Das Seminarangebot richtet sich an Pflege- und Leitungskräfte und zielt auf Kompetenzerweiterung für einen kultursensiblen Pflegeprozess, auf Abbau von Barrieren und die Werbung für die Pflegeberufe. Die Förderung interkultureller Kompetenz setzt auch bei Einzelfragen wie Teamentwicklung, interkulturelle Außerdarstellung von Altenzentren oder kultursensibler Pflege an.

Vernetzung bzw. Kooperation mit Migrantenorganisationen, Beratungsangebote

Renten-, Krisen- oder Rückkehrberatungsangebote für ältere Migrantinnen und Migranten werden meist nationalitäten- bzw. ethnien-spezifisch, z.T. auch in Kooperation mit Migrantenorganisationen bzw. Konsulaten durchgeführt. Vernetzungen zur Verbesserung der Situation/Integration werden auf kommunaler Ebene auch mit den Gemeinden Andersgläubiger durchgeführt und zielen allgemein auf den Abbau von Zugangsbarrieren zu Einrichtungen und auf andere Hilfen zur Integration älterer Migrantinnen und Migranten ab. Ebenso werden auf kommunaler Ebene die Herausgabe eines Newsletters und die Vernetzung aller Akteurinnen und Akteure in dem Themenfeld entwickelt.

Unverzichtbar für gelingende Integration ist insbesondere auch die Arbeit der vielen engagierten Organisationen von Menschen mit Migrationshintergrund. Ausdrückliches Ziel des Teilhabe- und Integrationsgesetzes ist es, sie zu fördern. Migrantenselbstorganisationen sind ein Potenzial für aktive Partizipation, von dem unsere Gesellschaft nur profitieren kann. Nordrhein-Westfalen war das erste Bundesland, das ein eigenes Förderprogramm für Migrantenselbstorganisationen aufgelegt hat.

¹²⁴⁰ http://caritas.erzbistum-koeln.de/dicv-koeln/hilfe_beratung/arbeitsmarktpolitik/projekte/die_zukunft_der_pflege_ist_bunt/

8.2.6 Entwicklungsbedarfe und Perspektiven

Die Landesregierung unterstützt Maßnahmen und Projekte der Kommunen in NRW zur zukunftsfesten (Um-)Gestaltung ihrer Quartiere und Sozialräume durch passgenaue Angebote aller Fachministerien, die im Bereich Stadtentwicklung/Sozialraumgestaltung tätig sind oder hierauf Einfluss nehmen und bündelt diese in einer Landesinitiative mit dem Titel „Heimat im Quartier“. Diese Initiative umfasst die quartiersrelevanten Aktivitäten der Fachressorts insbesondere zur integrierten Stadtentwicklung, zur inklusiven Sozialraumplanung, zur altengerechten Quartiersentwicklung, zur Wohnraumversorgung für breite Schichten der Bevölkerung, zur Entwicklung von Quartieren im ländlichen Raum, zur Gestaltung von Bildungslandschaften, zur präventiven kinder- und familienfreundlichen Kommunalplanung, zur Sicherung der Nahmobilität, zur klimaschonenden Quartiersentwicklung, zur Verbesserung der ökologischen Vielfalt in den Quartieren, zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements, zur Kriminalprävention und zur Förderung der Integration.

Im Rahmen der Initiative werden die Aktivitäten der Landesregierung, die sich auf den Sozialraum beziehen, abgestimmt, als gemeinsames Angebot der Landesregierung in der Außendarstellung koordiniert und die Ressort übergreifende Kommunikation über die quartiersrelevanten Aktivitäten organisiert und verstetigt. Die Umsetzung der einzelnen Förderprogramme, Beratungs- und Qualifizierungsinitiativen etc. obliegt weiterhin den jeweils verantwortlichen Ressorts.

Viele Kommunen, Wohlfahrtsverbände sowie Bürgerinnen und Bürger und andere Akteurinnen und Akteure haben sich mit großem ideellen und finanziellen Einsatz bereits auf den Weg gemacht, Quartiere in Nordrhein-Westfalen inklusiv und damit auch alten- bzw. generationengerecht zu gestalten. Der „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ trägt dieser Entwicklung Rechnung. Mit ihm verfolgt die Landesregierung das Ziel, die Lebensbedingungen älterer und hochaltriger Menschen landesweit zu verbessern. Daher sollen alle lokalen Akteurinnen und Akteure in NRW in die Lage versetzt werden, ihre Quartiere unter Beteiligung der Einwohnerinnen und Einwohner altengerecht zu entwickeln.

Verschiedene Herausforderungen sind auf diesem Weg besonders zu betrachten:

- die noch unzureichende Kenntnis über die Lebenslagen älterer Menschen in den nordrhein-westfälischen Quartieren,
- die Finanzierung insbesondere der nicht-rentierlichen Kosten (z. B. Personalkosten) bei der Durchführung von Quartiersentwicklungsprojekten,
- die zugehende Beratung von Quartieren mit Einwohnerinnen und Einwohnern, die ihre Bedarfe aus verschiedenen Gründen nicht ausreichend artikulieren können sowie schließlich
- die Anpassung des Konzepts altengerechter Quartiere an die spezifischen Rahmenbedingungen und Bedarfe im ländlichen Raum.

Systematische Kenntnisse über die NRW-Quartiere gewinnen

Noch liegen zu wenig systematische Kenntnisse über die Lebensbedingungen von älteren Frauen und Männern in den nordrhein-westfälischen Quartieren vor. Dies gilt beispielsweise auch für die Gruppe der Hochaltrigen, für die ein Zuwachs prognostiziert ist, über deren Lebenssituation bisher aber kaum fundierte Kenntnisse vorhanden sind. Hier heißt es die bereits existierenden Daten systematisch zu sammeln, aufzubereiten und bei Lücken gezielt neue Kenntnisse zu erwerben. Mit vertiefendem Blick auf

unterschiedliche soziale Milieus, sich wandelnder Familienstrukturen und bestehender Quartierspolitiken sollten Genderaspekte zudem umfassend besonders berücksichtigt werden, da gerade in diesem Bereich ein erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Innovative Finanzierungskonzepte entwickeln

Insbesondere für die nicht-rentierlichen Kosten wie Sach- und Personalkosten gibt es kaum zugängliche und systematisch strukturierte Finanzierungsquellen. Die existierenden Fördermittel aus der öffentlichen Hand sowie Stiftungen reichen nicht aus, um sämtliche Quartiere mit der notwendigen Ausstattung zu versehen.

Hier ist auch die finanzielle Ausstattung vieler Kommunen von Bedeutung, von denen nicht wenige einem Haushaltssicherungskonzept unterliegen und somit in Bezug auf die Gewährung freiwilliger Leistungen stark eingeschränkt sind. Die nordrhein-westfälischen Quartiere sind daher auf innovative Finanzierungskonzepte und flexible Finanzierungsquellen angewiesen.

Als erster Schritt hat das Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW auf seiner Homepage www.aq-nrw.de eine Zusammenstellung der verfügbaren Finanzierungsquellen für altengerechte Quartiersprojekte bereitgestellt, um möglichst viele Akteurinnen und Akteure in die Lage zu versetzen, eine Finanzierung für ihre Quartiersprojekte zu organisieren.

Auf herausfordernde Quartiere zugehen

Die Landesregierung setzt auf die Kraft von sogenannten „Bottom-Up-Prozessen“, in denen die Bürgerinnen und Bürger ihre Belange selbst in die Hand nehmen und die Entwicklung ihrer Lebensräume (mit Unterstützung, sofern gewünscht) selbst gestalten. Dennoch gibt es Quartiere, in denen die Einwohnerinnen und Einwohner aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Bedarfe zu artikulieren und Quartiersprojekte selbst zu organisieren.

Dies sind häufig Quartiere mit erheblichen Bedarfen bezüglich ihrer altengerechten Gestaltung. Damit sich Quartiere landesweit altengerecht entwickeln, ist es von entscheidender Bedeutung, gezielt auch diese Quartiere in den Blick zu nehmen und mit aktivierenden und unterstützenden Methoden ihre Einwohnerinnen und Einwohner in die Lage zu versetzen, die Entwicklung ihrer Quartiere voranzubringen.

Die besonderen Bedarfe des ländlichen Raumes

Auch wenn Nordrhein-Westfalen in weiten Teilen urban ist, gibt es weite Flächen, die stark bis sehr stark ländlich geprägt sind. Gerade in diesen Regionen schreitet die demografische Entwicklung oft schneller als im NRW-Durchschnitt voran und die Aufrechterhaltung der notwendigen Infrastruktur stellt die kreisangehörigen Städte und Gemeinde sowie die Kreisebene vor große Herausforderungen.

Während Nachbarschaft und Gemeinwesen im ländlichen Raum oft noch sehr gut funktionieren und somit auch für ältere Menschen einen großen Mehrwert darstellen, werden Versorgung und Infrastruktur gerade auch bei steigendem Unterstützungsbedarf der Einwohnerinnen und Einwohner zu einem bisweilen unlösbaren Problem.

Auch wenn im ländlichen Raum der Anteil der Wohnungs- oder Hauseigentümerinnen und -eigentümer vergleichsweise hoch ist, nützt ihnen dieser vermeintliche Eigentumsvorteil oft nicht viel, wenn sie selbst bei vorhandener Umzugsbereitschaft mit ihrer ländlich gelegenen Immobilie nicht die für einen Neuanfang in der Stadt nötigen Mittel

erzielen können, sodass auch sie auf Veränderungen vor Ort angewiesen sind. Außerdem kann die Lösung nicht in einer verbreiteten Abwanderungsbewegung liegen. Aufgabe ist es, den „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ und seine praxisorientierten Unterstützungsangebote stärker als bisher an die spezifischen Rahmenbedingungen des ländlichen Raumes anzupassen.

Um altengerechte und nachhaltige Quartiere zu schaffen, müssen alle gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure Verantwortung übernehmen und das heißt nicht zuletzt Kooperationen eingehen.

Alle müssen lernen, fachbereichsübergreifend zu denken, zu handeln und zu finanzieren. Eine Quartiersentwicklung, wie die Landesregierung sie mit dem „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ anstößt und „vor Ort“ unterstützen möchte, erfordert neues Denken und eine neue innere Haltung.

Gelingende Integration

Schon allein aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Frage des Umgangs mit der wachsenden Zahl von älteren Menschen mit Migrationshintergrund an Bedeutung zunehmen. Die große Mehrheit ist fest in Deutschland verwurzelt. Anders als in den 1950er- bis 1980er-Jahren, als viele ältere Migrantinnen und Migranten in ihre Herkunftsländer zurückkehrten, wird die große Mehrheit in Deutschland bleiben. Viele Zugewanderte blicken auf Erwerbsbiografien mit harter, körperlich anstrengender Arbeit zurück. Das hat Auswirkungen auf ihre gesundheitliche Lage im Alter. Wegen ihrer insgesamt schlechteren Verankerung auf dem Arbeitsmarkt und vergleichsweise längerer Zeiten von Arbeitslosigkeit, sind die zu erwartenden Renten geringer als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Das erhöht das Risiko der Altersarmut insbesondere von älteren Migrantinnen.

Die wachsende Zahl von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und die einwanderungsbedingte kulturelle Heterogenität stellen die Gesellschaft im Allgemeinen, die Sozial- und Gesundheitspolitik (Stichwort: Kultursensibilität) im Besonderen und auch die integrationspolitische Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen vor vielfältige Herausforderungen. Viele Organisationen der Integrationsförderung haben sich in den zurückliegenden Jahren engagiert und Initiativen gestartet, um sich weiter interkulturell zu öffnen und sich noch besser auf die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten einzustellen.



9 Kommunale Altenberichterstattung

Zunehmend wird im Diskurs um den demografischen Wandel thematisiert, dass sich Entwicklungen der Alterung, Schrumpfung und zunehmenden Heterogenität der Bevölkerung hinsichtlich Ausmaß und Geschwindigkeit regional und lokal unterscheiden.¹²⁴¹

¹²⁴² Dies verweist auf den hohen Stellenwert einer frühzeitigen und kleinräumigen Analyse der bereits eingetretenen und der zu erwartenden Veränderungen und Alterungsprozesse sowie der Entwicklung jeweils angemessener demografiesensibler Handlungsstrategien.^{1243 1244} Regional unterschiedliche Wandlungsprozesse beziehen sich dabei nicht nur auf die örtlichen Altersstrukturen und -dynamiken, sondern u. a. auch auf das Einkommen, die Erwerbsbeteiligung, die Mortalität und Morbidität der Bevölkerung.¹²⁴⁵

¹²⁴⁶

Eine differenzierte Betrachtung von Alterungsprozessen auf kommunaler Ebene kann nicht losgelöst von sozialräumlichen Kontexten erfolgen. „Der Ort an dem ein Mensch altert, trägt entscheidend dazu bei, wie er altert. (...), die nahräumliche Umwelt bildet ein sehr komplexes und vielschichtiges Bedingungsgefüge von Lebensbedingungen und -chancen nicht nur für ältere Menschen.“¹²⁴⁷ Dies erfordert eine differenzierte Betrachtung und stellt die kommunale Planung und Politik vor besondere Herausforderungen.

Bund und Länder können zwar Rahmenbedingungen schaffen und Leitlinien für die Gestaltung des demografischen Wandels bereitstellen.

Die Zuständigkeit und Kompetenz für die Entwicklung und Umsetzung von Lösungsansätzen für eine generationengerechte und inklusive sozialräumliche Gestaltung des demografischen Wandels liegt jedoch auf der kommunalen Ebene.^{1248 1249}

Die Bereitstellung einer aussagekräftigen Daten- und Informationsbasis zu den jeweiligen örtlichen Bedingungen ist eine wesentliche Voraussetzung für zukunftsorientierte Planungs- und Gestaltungsprozesse. Ein Teilbereich der kommunalen Steuerung ist

1241 Vgl. Neu, M. (2012): Regionale Disparitäten. In: Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.), Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien. S. 185-200.

1242 Vgl. Menning, S./Nowossadeck, E./Maretzke, S. (2010): Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Online verfügbar unter www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1_2_2010.pdf (Stand: 3.11.2010)

1243 Vgl. Naegele, G. (2010): Kommunen im demografischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2, 98-102.

1244 Vgl. Rehling, B./Klein, L./Stallmann, L. (2011): Kommunale Planung und Entwicklung in der alternden Gesellschaft. Der demografische Wandel als Herausforderung und Chance. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 4, S. 268-277.

1245 Vgl. Dahlbeck, E./Neu, M. (2014): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Nordrhein-Westfalen. Institut für Arbeit und Technik, Forschung Aktuell, 3. Online verfügbar unter www.iat.eu/forschung-aktuell/2014/fa2014-03.pdf (Stand: 22.4.2014)

1246 Vgl. Beetz, S./Müller B./Beckmann K.J./Hüttl, R.F. (2009): Altern in Gemeinde und Region. Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (5).

1247 Naegele, G. (2010): Kommunen im demografischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2, S. 98-102.

1248 Vgl. Klie, T. (2010): Alter und Kommune. Gestaltung des demografischen Wandels auf kommunaler Ebene. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2, S. 75

1249 Vgl. Rohden, K. S./Villard H. J. (2010): Kommunale Alten(hilfe-)planung – Rahmung und Standards. In Aner, K./Karl, U. (Hrsg.), Handbuch soziale Arbeit und Alter (S. 51-57). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

die Planung für die alten Menschen.^{1250 1251} In diesem Prozess ist die kommunale Altenberichterstattung als grundlegendes Instrument anzusehen, das die kommunale Ausgangssituation sowie Entwicklungsbedarfe beschreibt.

9.1 Grundlagen kommunaler Altenplanung und Altenberichterstattung

Ein Bezugspunkt für die kommunale Altenberichterstattung ist der verfassungsrechtliche Auftrag der Kommunen¹²⁵² zur Daseinsvorsorge. Gemäß Art. 28 Abs. 2 Grundgesetz sind die Kommunen zuständig für die „Daseinsvorsorge“ der Bürgerinnen und Bürger und die darauf bezogene soziale Infrastrukturversorgung der Bevölkerung. Die Umsetzung dieses Gestaltungsauftrages wird durch eine Altenberichterstattung, die zur Fundierung von Planungs- und Strukturentwicklungsprozessen beiträgt, unterstützt.^{1253, 1254} Die kommunale Altenberichterstattung zählt zu den freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben (Art 28 Abs. 2 GG). Kennzeichnend dafür ist, dass die Kommunen über das „Ob“ und „Wie“ der Durchführung entscheiden.^{1255 1256} Es bestehen große Handlungsspielräume bei der Art der Gestaltung der Altenberichterstattung und Altenplanung. Es gibt zwar diverse Empfehlungen hierzu¹²⁵⁷, aber keine klare Regelung von Aufgaben und Zuständigkeiten.

In diesem Zusammenhang ist auch das Verhältnis zwischen Kreisen und kreisangehörigen Städten und Gemeinden näher zu betrachten. Gemäß Gemeindeordnung NRW (GO NRW § 1) agieren Gemeinden „in freier Selbstverwaltung“ zum Wohle ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Die Kreise „verwalten ihr Gebiet zum Besten der kreisangehörigen Kommunen und ihrer Einwohner nach den Grundsätzen der gemeindlichen Selbstverwaltung.“¹²⁵⁸ Der Wirkungsbereich der Kreise bezieht sich dabei auf die überörtlichen Angelegenheiten in ihrem Gebiet;¹²⁵⁹ die örtlichen Aufgaben der Gemeinden bleiben davon unberührt. Der Einfluss der Kreise auf Angelegenheiten der kreisangehörigen Städte und Gemeinden unterliegt somit Begrenzungen. Ungeachtet dessen können Kreise im Rahmen der Wahrnehmung überörtlicher Aufgaben Themen aufgreifen,

1250 Vgl. DV – Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2011a). Eckpunkte für eine integrierte Sozial- und Finanzplanung in Kommunen.

1251 Polutta, A. (2011): Wirkungsorientierte Steuerung sozialer Dienste. In Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (Hrsg.), Handbuch kommunale Sozialpolitik (S. 372-382). Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

1252 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text darauf verzichtet, durchgängig eine jeweils alle Kommumentypen, d. h. kreisfreie Städte, kreisangehörige Städte und Gemeinden sowie Kreise, ausweisende Formulierung zu verwenden. Sofern Aussagen über alle Kommumentypen hinweg getroffen werden, wird dafür der Sammelbegriff „Kommune“ verwendet.

1253 Blaumeiser, H./Klie, T. (2002): Handbuch kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

1254 Asam, W. (2010): Kommunale Alten(hilfe-)planung und SGB XI. In Aner, K./Karl, U. (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit und Alter (S. 59-66). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

1255 Hofmann, H./Theisen, R.-D./Bätge, F. (2010): Kommunalrecht in Nordrhein-Westfalen. Fachbuch mit Übungsaufgaben und Lösungen. 14. Aufl. Witten: Bernhardt-Witten.

1256 Rohden, K. S./Villard H. J. (2010). Kommunale Alten(hilfe-)planung – Rahmung und Standards. In Aner, K./Karl, U. (Hrsg.), Handbuch soziale Arbeit und Alter (S. 51-57). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

1257 Reichert, M./Stratmann, J. (1993). Altenberichterstattung: Aufgaben, Probleme und Forderungen. In Kühnert, S./Naegele, G. (Hrsg.), Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit S. 217 – 234. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie Bd. 1. Hannover: Vincentz Verlag.

1258 Vgl. KrO NRW § 1 Wesen der Kreise.

1259 Vgl. KrO NRW § 2 Wirkungsbereich.

die auch für die jeweiligen kreisangehörigen Städte und Gemeinden relevant sein können. Ein Beispiel dafür ist die Auseinandersetzung mit demografischen Veränderungen, deren Auswirkungen Kreise und kreisangehörige Städte und Gemeinden gleichermaßen betreffen. Kreise können sich als initiiierende und unterstützende Instanz verstehen und entsprechende Impulse, z. B. in der kommunalen Altenberichterstattung, setzen.¹²⁶⁰

Kommunale Altenplanung sollte gesellschaftlichen Veränderungsprozessen Rechnung tragen und auf der Grundlage aktueller gerontologischer Erkenntnisse erfolgen. Dabei gilt es, insbesondere die Vielfalt von Lebenslagen im Alter zu berücksichtigen und ältere Menschen nicht einseitig als zu versorgendes Klientel zu betrachten, sondern auch die Ressourcen und Potenziale älterer Menschen wahrzunehmen und zu aktivieren. Dies erfordert einen Paradigmenwechsel hinsichtlich des Verständnisses von Altenpolitik dahingehend, dass diese nicht mehr ausschließlich als Altenhilfepolitik verstanden wird, sondern ganzheitlich eine „alle Lebenslagen im Alter einbeziehende kommunalpolitische Gesamtverantwortung“ übernimmt, die über die klassischen Risikoabsicherungs- und Schutzfunktionen hinausgeht.¹²⁶¹

Ausgangspunkt von kommunaler Altenplanung und Altenberichterstattung sollte das Bestreben sein, zum einen strukturelle Rahmenbedingungen für Teilhabe und Engagement älterer Menschen zu stärken, damit sie Politik mitgestalten und sich in ihrem Wohnumfeld aktiv einbringen können. Zum anderen gilt es Versorgungsstrukturen bedarfsorientiert und wohnortnah weiterzuentwickeln, um ein selbstbestimmtes Leben auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen.

9.2 Ziele und Aufgaben kommunaler Altenplanung und Altenberichterstattung

In der Diskussion zum Umgang mit demografisch bedingter Herausforderungen werden grundlegende Strategien und Anforderungen an kommunale Politik formuliert, die auch für die Altenplanung und Altenberichterstattung relevant sind.¹²⁶² Hierzu gehören

- eine ressortübergreifende Zusammenarbeit,
- die Formulierung von Handlungsempfehlungen mit konkreten Zielen und Maßnahmen einschließlich der Festlegung von Zeiträumen zur Umsetzung und der verantwortlichen Akteure und Akteurinnen,
- die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern an Analyse-, Planungs- und Gestaltungsprozessen,
- eine interkommunale Zusammenarbeit und Kooperation,

Im Rahmen des Auftrages einer kommunalen Altenberichterstattung sollte eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Angebote und Strukturen wie auch der auftretenden Bedarfe in Kommunen umgesetzt werden. Daraufhin ist ein Maßnahmenprogramm zu entwickeln und durchzuführen, das eine dezidierte Planung der Abläufe und Evaluation der Planungsschritte und Maßnahmen beinhaltet. Es geht dabei darum, alle Lebensla-

¹²⁶⁰ Gloddek, P./Schmidt, W./Zimmer, B./Olbermann, E./Schönberg, F. (2010): Demografiekonzept für den Kreis Kleve. Untersuchungsbericht und Handlungsempfehlungen. Bearbeitung: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. (S. 120ff).

¹²⁶¹ Naegele, G. (2010): Kommunen im demografischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2, 98-102. S. 99

¹²⁶² Vgl. Bogumil, J. et al. (2013): Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demografiepolitik. In Hüther, M./Naegele, G. (Hrsg.), Demografiepolitik - Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer Verlag S. 259-282.

gen der Bürgerinnen und Bürger in der Kommune in einem ausgewogenen Verhältnis zu beachten und die Planung dementsprechend zu erarbeiten und umzusetzen. Dies bedeutet, bei der Bestands- und Bedarfsanalyse alle in der Kommune vorhandenen Strukturen und Angebote für ältere Menschen zu berücksichtigen. Neben Versorgungsstrukturen, die adäquat auf auftretende Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarfe reagieren, sind auch Angebote und Möglichkeiten zu erfassen, die dazu beitragen, dass sich ältere Bürgerinnen und Bürger engagieren und beteiligen und so ihre Ressourcen und Potenziale einbringen können.

Die kommunale Altenplanung umfasst ein weites Spektrum von Handlungsfeldern, wie insbesondere Gesundheit und Gesundheitsförderung, Pflege, Wohnen, haushaltsnahe Dienste, alltägliche Versorgung, Mobilität, Freizeit, Partizipation und Engagement, soziale Kontakte und solidarische Beziehungen der Generationen, Wirtschaft, Technik, Bildung und Kultur.

Alter(n) ist vielschichtig und bedingt fachübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Planung und Umsetzung. Dies bedeutet, dass nicht nur innerhalb der Verwaltung Vernetzung stattfinden sollte, sondern Kooperationen mit allen relevanten Akteuren vor Ort anzustreben sind. Die Kommunen haben dabei die Aufgabe, zu organisieren, zu moderieren und die gesamte Sozialplanung auf integrierte und wirkungsorientierte Weise zu steuern. Diese Planung beinhaltet „nicht nur die aktuell notwendige Bereitstellung von sozialen Diensten und Einrichtungen. Sie ist auch zielgerichtete Planung im Spannungsfeld der mittel- und langfristigen Auswirkungen des demografischen Wandels auf das soziale Miteinander, der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft und der sozialen Sicherungssysteme“.¹²⁶³

Das wird erreicht durch die Verknüpfung von personenzentrierter Unterstützung im Einzelfall mit dem Ziel, durch soziale Infrastrukturplanung für alle Bürgerinnen und Bürger in der Kommune individuell Selbstständigkeit zu erhalten und gesellschaftliche Teilhabe zu sichern. Zugleich sollen Potenziale der Selbsthilfe sowie persönliche und umweltbezogene Ressourcen nutzbar gemacht und integrierte Beratungsstrukturen vor Ort aufgebaut werden. Es gilt, bei den Angeboten Niedrigschwelligkeit und Barrierefreiheit zu gewährleisten sowie umfassende Transparenz über die vorhandenen Angebote herzustellen. So können die Fragmentierung der Versorgungsstrukturen wie auch Schnittstellenproblematiken zwischen Einrichtungen, Diensten und informellen Strukturen der Unterstützung (durch Selbsthilfe, Nachbarschaften etc.) überwunden bzw. vermieden werden.

Diese Herausforderung kann besser bewältigt werden, wenn (neue) soziale und politische Partizipationsprozesse für ältere Menschen zum Zwecke des „Empowerments“ und der Übernahme von Eigenverantwortung wie auch die Legitimation der Planungen durch die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger realisiert werden. In enger Verbindung dazu steht die Aktivierung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen. Entsprechend ist kommunale Altenplanung letztendlich als gemeinsamer Lern- und Optimierungsprozess aller Akteure vor Ort zu verstehen.

Eine fundierte und kontinuierliche kommunale Altenplanung und Altenberichterstattung wird in der Praxis bislang nicht flächendeckend und nachhaltig umgesetzt.

¹²⁶³ Vgl. DV – Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2011a). Eckpunkte für eine integrierte Sozial- und Finanzplanung in Kommunen.

Die Relevanz einer zukunftsorientierten Altenberichterstattung wird – laut einer bundesweiten Bürgermeisterbefragung von 2005 – zwar gesehen, jedoch halten nur etwa ein Drittel der antwortenden Kommunen¹²⁶⁴ eine Altenplanung vor. Auffallend ist dabei, dass eine Altenberichterstattung eher in größeren Kommunen durchgeführt wird.¹²⁶⁵

9.3 Dialogorientierter Arbeitsprozess zur Förderung kommunaler Altenberichterstattung in NRW

Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. bzw. das Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (FfG) hat im September 2011 damit begonnen, die Praxis der kommunalen Altenberichterstattung in Nordrhein-Westfalen systematisch in den Blick zu nehmen und auszuwerten (Bestandsaufnahme und Analyse guter Praxis; Phase I). Gefördert durch das MGEPA NRW wurde dieser Prozess ab Mai 2013 fortgesetzt (Projekt zur Entwicklung einer Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung; Phase II).

Die FfG hat die Aufgabe übernommen, die Aktivitäten zum Aufbau und zur Weiterentwicklung einer Altenberichterstattung auf kommunaler Ebene zu untersuchen, bekanntzumachen und den Dialog mit den Kommunen anzuregen. Die kommunalen Spitzenverbände, die Landessenorenvertretung und die Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros begleiten diesen dialogorientierten Prozess.

In den zwei Erhebungen haben insgesamt 267 der angefragten 427 Kommunen und Kreise geantwortet. Mehr als die Hälfte der antwortenden Kommunen gab an, keine kommunale Altenberichterstattung durchzuführen (n=155 bzw. 58 %). Als Erläuterung zur fehlenden Altenberichterstattung wurde angeführt, dass die Gemeinde dafür zu klein sei,¹²⁶⁶ oder es wurde auf Aktivitäten bzw. Materialien verwiesen, die unter anderem für eine kommunale Altenplanung verwendet werden können, wie z. B. Daten zur Bevölkerungsentwicklung, Befragungen von älteren Menschen oder Informationen zu einzelnen Themen wie z. B. „Wohnen“. Teilweise verwiesen kleinere kreisangehörige Gemeinden und Städte auch auf die Altenberichterstattung auf Kreisebene. In kreisfreien Städten wurden hingegen häufig andere Berichtsformen gewählt (z. B. wurden in Düsseldorf Teilberichte zu Schwerpunktthemen mit dem Ziel der (Weiter-)Entwicklung von Rahmenkonzepten oder in Bielefeld und Köln Demografie-Berichte erstellt).

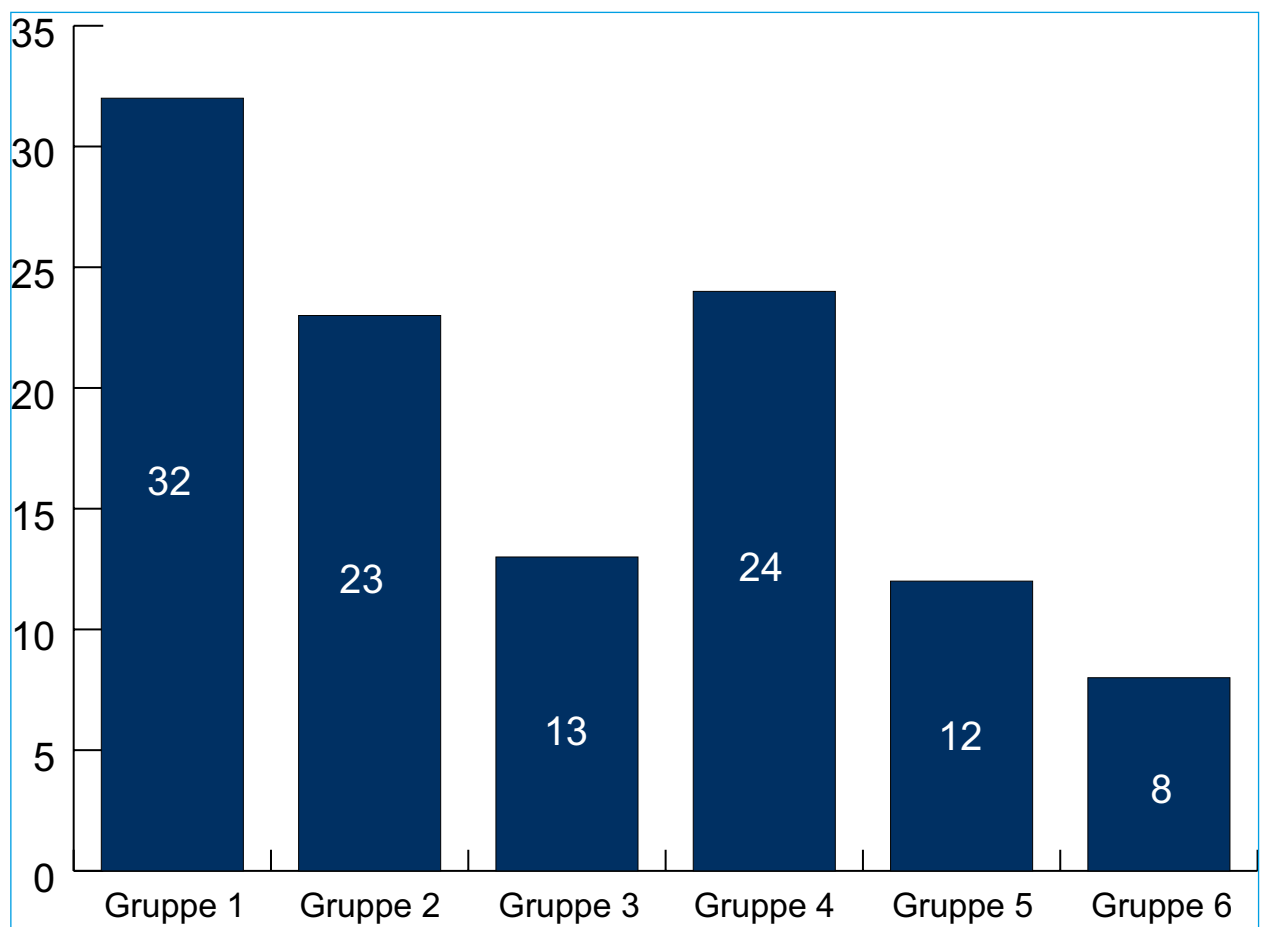
Die von den Kommunen eingereichten Dokumente, die sie nach eigener Einschätzung im weitesten Sinne der Altenberichterstattung zuordneten, wurden in einem ersten Analyseschritt sechs Gruppen zugeordnet. Die meisten Dokumente (n=32 bzw. 28,6 %) entfielen auf die Gruppe „Altenberichte/Altenpläne“, gefolgt von Dokumenten der Gruppe „Pflegebedarfs-/entwicklungsanalysen, Pflegeplanung“ (n=24 bzw. 21,4 %) und der Gruppe „Demografie-, Familien-, Sozialberichte/-pläne, Strategiepläne, Zukunftsberichte/-pläne“ (n=23 bzw. 20,5%).

1264 Es wurden 1.436 Bürgermeister und Bürgermeisterinnen von Kommunen mit mehr als 10.000 Einwohnern angeschrieben. Von diesen antworteten 648 Personen, was einer Rücklaufquote von 45 % entspricht.

1265 Esche, A./Große-Starmann, C./Müller, B./Petersen, T./Ritter, M./Schmidt, K. (2005). Aktion Demografischer Wandel. Kommunen und Regionen im Demografischen Wandel – Bürgermeisterbefragung 2005. Online verfügbar unter www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_20164_20165_2.pdf (S. 16) (Stand: 2/2012)

1266 Vereinzelt haben auch kleinere Kommunen (< 25.000 Einwohner) im Rahmen der Bestandsaufnahme geantwortet und ihren Bericht zur Verfügung gestellt. Beispielsweise wurden in einer kreisangehörigen Gemeinde (ca. 23.000 Einwohner und Einwohnerinnen) die Prozesse zur Erstellung eines „Seniorenplans“ dokumentiert (Berichtsumfang: zehn Seiten).

156 Kategorisierung der Dokumente zur kommunalen Altenberichterstattung (n=112)

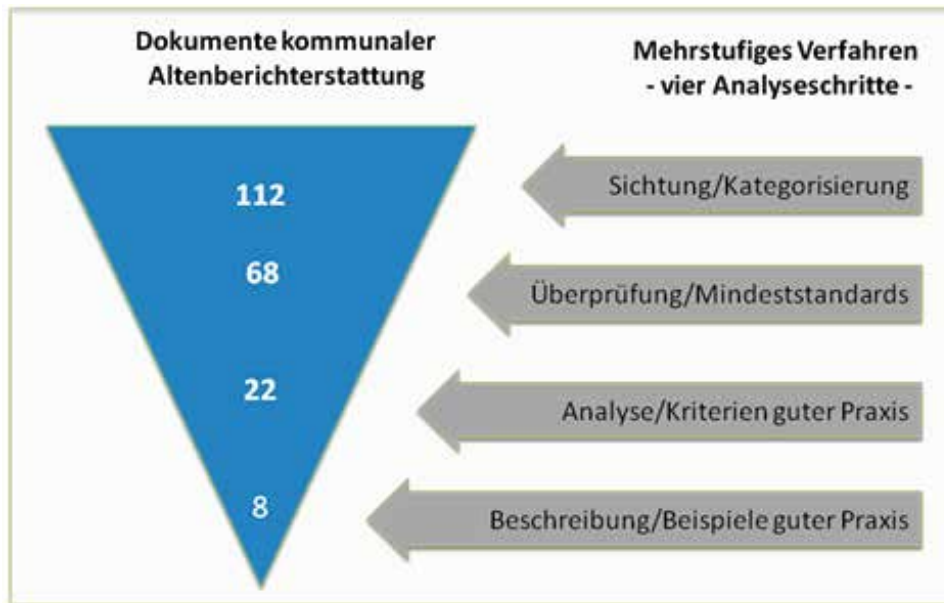


Quelle: FfG 2013, eigene Erhebung

Dokumentenanalyse

112 Dokumente zum Thema kommunale Altenberichterstattung wurden in einem mehrstufigen Verfahren analysiert (vgl. Abb. 157).

157 Dokumentenanalyse – Vorgehensweise



Quelle: FfG 2013, eigene Erhebung

Im ersten Analyseschritt erfolgte eine grobe Sichtung der Dokumente (n= 112), im Anschluss die Sortierung danach, ob ein umfassendes Verständnis von Altenberichterstattung (z. B. keine Reduzierung auf Einzelaspekte wie Pflege und Versorgung, demografische Aspekte oder Infrastruktur) eingelöst wurde. Dieses Basiskriterium erfüllten 68 Berichte,¹²⁶⁷ die daraufhin im Hinblick auf folgende Grundanforderungen überprüft wurden:

- Methoden/Datenquellen (eigene Erhebung, Sekundäranalysen etc.),
- Inhalte und Umfang der Analysen zum Themenfeld „Alter“,
- Schlussfolgerungen und alters- bzw. seniorenbezogene Handlungsempfehlungen,
- Hinweise auf Partizipation.

22 Berichte¹²⁶⁸ entsprachen diesen Grundanforderungen und wurden anhand eines differenzierten Kriterien- und Indikatorenkataloges detaillierter analysiert.

¹²⁶⁷ Dabei handelte es sich im Einzelnen um 32 Dokumente der Gruppe 1 („Altenberichte/Altenpläne“), 23 Berichte der Gruppe 2 („Demografieberichte/-konzepte, Familienberichte/Sozialberichte/-pläne, Strategiepläne, Zukunftsberichte/-pläne“) und 13 Dokumente der Gruppe 3 („Seniorenpolitische Leitbilder, Rahmenkonzepte“).

¹²⁶⁸ Ausgewählt wurden hier 17 Dokumente der Gruppe 1 („Altenberichte/Altenpläne“) und fünf Dokumente der Gruppe 2 („Demografieberichte/-konzepte, Familienberichte/Sozialberichte/-pläne, Strategiepläne, Zukunftsberichte/-pläne“).

158 Kriterien guter Praxis zur kommunalen Altenberichterstattung

Kriterium	Fragestellung
1. Konzeptionelle Orientierung und Grundausrichtung	<ul style="list-style-type: none"> a) Werden ältere Personen als mündige Bürgerinnen und Bürger angesehen und behandelt? b) Wird Prävention als wichtige Ressource „mitgedacht“? c) Orientiert sich die Altenberichterstattung an den Potenzialen und Kompetenzen älterer Bürgerinnen und Bürger? d) Werden ausgeschlossene Bürgerinnen und Bürger oder Menschen mit komplexen Bedarfen genügend berücksichtigt? e) Wird kulturelle Vielfalt beachtet und wertgeschätzt?
2. Formal-organisatorische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> a) Besteht ein verbindlicher kommunalpolitischer Auftrag? b) Handelt es sich um eine fachübergreifende Berichterstattung? c) Gibt es klare Zuständigkeiten und Ansprechpersonen für die Altenberichterstattung? d) Wurden Begleitgremien eingerichtet? e) Ist eine Fortschreibung geplant?
3. Struktur und Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> a) Beinhaltet der Bericht eine soziodemografische Analyse? b) Beinhaltet der Bericht eine Bestandsanalyse zur Erfassung und Beschreibung vorhandener Angebote und Strukturen mit Relevanz für die älteren Bürgerinnen und Bürger? c) Beinhaltet der Bericht eine Bedarfsanalyse, die von den Lebenslagen der älteren Bürgerinnen und Bürger ausgeht? d) Beinhaltet der Bericht Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen auf der Grundlage der vorgenannten Analyseschritte?
4. Qualität der zugrundeliegenden Daten- und Informationsbasis	<ul style="list-style-type: none"> a) Werden aktuelle Daten verwendet? b) Werden vorhandene Datenquellen umfassend einbezogen? (z. B. kommunale Bestandsdaten, Landesdatenbank NRW) c) Werden eigene Datenerhebungen durchgeführt? (z. B. Befragungen von Einrichtungen und Diensten sowie der älteren Bürgerinnen und Bürger) d) Werden wesentliche Differenzierungsmerkmale berücksichtigt? (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand und Nationalität/Herkunftsland) e) Werden kommunale Entwicklungen aufgezeigt? (z. B. Zu-/ Abnahme im Zeitvergleich) f) Ermöglichen die Daten eine räumlich differenzierte Analyse? g) Werden quantitative und qualitative Daten erhoben?
5. Teilhabemöglichkeiten und Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> a) Handelt es sich um ein dialogorientiertes Vorgehen? b) Werden unterschiedliche Beteiligungsformen umgesetzt und verschiedene Zielgruppen einbezogen? c) Wird an vorhandene Beteiligungsstrukturen angeknüpft?
6. Transparenz und Zugänglichkeit	<ul style="list-style-type: none"> a) Besteht ein niedrighschwelliger Zugang zu Informationen zur Altenberichterstattung? b) Wird die Altenberichterstattung ausreichend über Medien, Gremien, Veranstaltungen und Multiplikatoren bekannt gemacht? c) Gibt es Publikationen und eine Internetpräsenz zur Altenberichterstattung?
7. Schlussfolgerungen und Handlungs-empehlungen	<ul style="list-style-type: none"> a) Werden aus den Analyseergebnissen differenzierte Handlungsempfehlungen abgeleitet? b) Werden mit den Handlungsempfehlungen konkrete Maßnahmen verknüpft? c) Werden für die Umsetzung benötigte Ressourcen berücksichtigt? d) Werden klare Ziele und Zielindikatoren zur Überprüfung der Umsetzung angegeben? e) Werden Ziele mit Zeiträumen hinterlegt?

Quelle: FfG 2014¹²⁶⁹

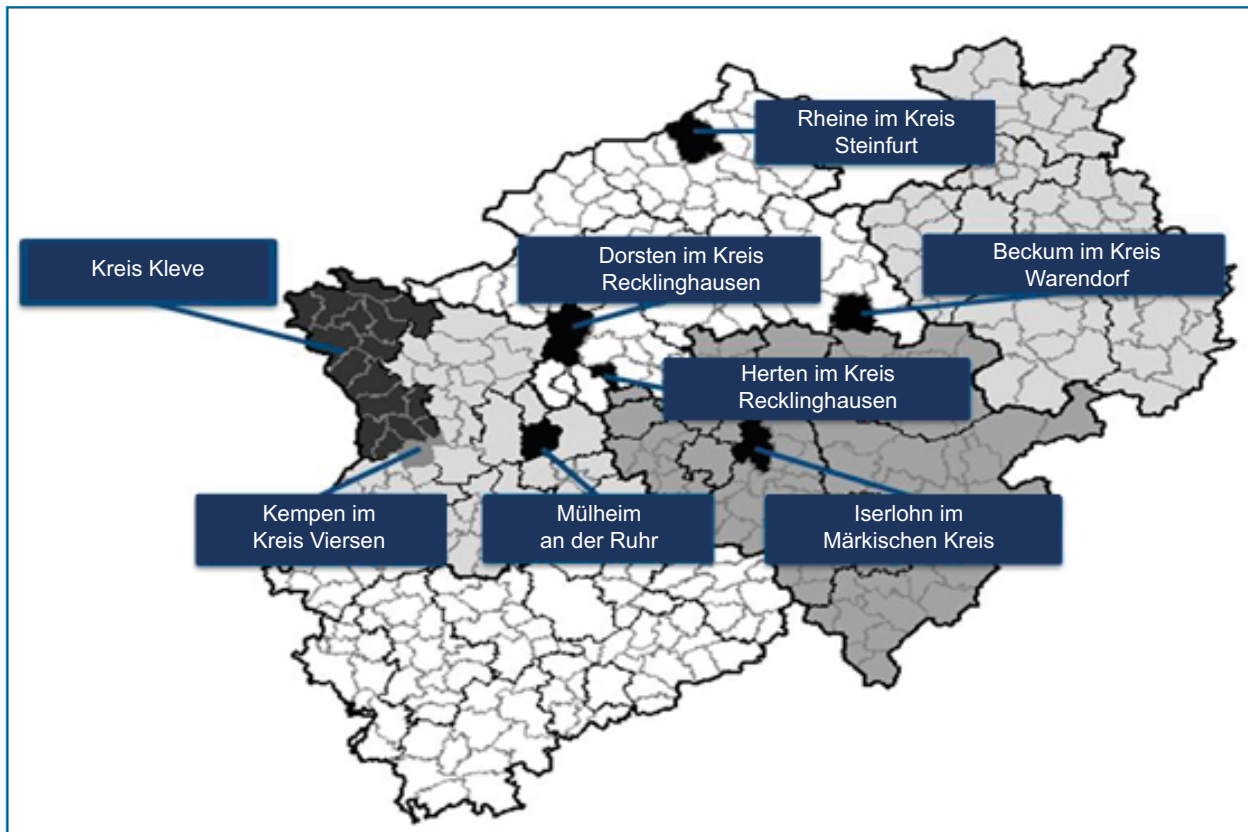
1269 Olbermann, E./Kuhlmann, A./Linnenschmidt, K./Kühnel, M. (2014). Kommunale Altenberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Eine Arbeitshilfe für Kommunen. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund, Dortmund.

9.3.1 Analyse guter Praxis – Zusammenfassung der Ergebnisse

Auf der Grundlage des oben dargestellten Analyserasters wurden acht Berichte als Beispiele guter Praxis kommunaler Altenberichterstattung ausgewählt. Anzumerken ist, dass die hier betrachteten Beispiele guter Praxis keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Somit ist nicht ausgeschlossen, dass weitere Beispiele guter Praxis in anderen Kommunen in NRW vorhanden sind, die jedoch im Rahmen der zuvor beschriebenen Erhebungen (noch) nicht ermittelt wurden.

159 Gute-Praxis-Beispiele zur kommunalen Altenberichterstattung

Quelle: Online verfügbar unter www.statlas.nrw.de/Statlas/viewer.htm (Stand: 6/2012) eigene Bearbeitung



Bei den Kommunen, deren Berichte für die Beschreibung guter Praxis ausgewählt wurden, handelt es sich um sechs kreisangehörige Städte (zwischen ca. 35.000 und ca. 93.000 Einwohnerinnen und Einwohner), einen Kreis (ca. 300.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und eine kreisfreie Stadt (ca. 167.000 Einwohnerinnen und Einwohner). Die Kommunen befinden sich in den Regierungsbezirken Düsseldorf, Münster und Arnsberg und können darüber hinaus wie in Abbildung 160 charakterisiert werden.

160 Strukturmerkmale der ausgewählten Gute-Praxis-Beispiele kommunaler Altenberichterstattung

Kommune	Einwohner Stand 31.12.2013	Fläche km ²	Einwohnerdichte je km ²	Anteil 65-jährige und Ältere 2012
Kempen	34.618	68,8	503	21,4 %
Beckum	35.909	111,5	322	21,2 %
Herten	60.582	37,3	1.622	23,2 %
Rheine	73.484	144,9	507	19,6 %
Dorsten	75.547	171,2	441	21,0 %
Iserlohn	93.119	125,5	742	21,5 %
Mülheim a. d. Ruhr	166.640	91,3	1.825	24,1 %
Kreis Kleve	302.698	1.233,0	245,5	19,3 %
NRW	17.571.856	34.097,7	515	20,4 %

Quelle: IT.NRW – Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen

Einzelne Indikatoren guter Praxis (vgl. Abbildung 158) wurden in allen Berichten erfüllt. So war die zugrunde gelegte Datenbasis in der Regel nicht älter als drei Jahre. In allen Berichten wurde eine räumliche Differenzierung nach Stadtteilen vorgenommen bzw. wurde auf Kreisebene auf die Situation in den einzelnen kreisangehörigen Städten und Gemeinden eingegangen. Auch dem Kriterium „Konzeptionelle Orientierung und Grundausrichtung“ wurde in allen Berichten weitgehend entsprochen. Berichtsaufbau und Gliederung, Schwerpunkte und verwendete Methoden stellen sich hingegen – je nach kommunaler Ausgangssituation und Interessenlage – unterschiedlich dar.

Auffallend ist, dass fünf der acht Gute-Praxis-Beispiele mit wissenschaftlicher Beratung und Begleitung entstanden sind. Zwei Berichte wurden vor dem Hintergrund der Leitbildentwicklung des Kreises, die ebenfalls wissenschaftlich begleitet wurde, von den kreisangehörigen Kommunen erstellt.

Kennzeichnend für die analysierten Berichte ist, dass für die Beschreibung der demografischen und sozialstrukturellen Situation kommunale Daten und Sekundäranalysen herangezogen werden. Mit dem Rückgriff auf kommunale Datenbestände besteht die Möglichkeit, kleinräumige Analysen der Bevölkerungs- und Sozialstruktur vorzunehmen. Die Differenzierung der bevölkerungsbezogenen Daten nach Alter, Geschlecht, Migrationsstatus, Haushaltsgröße und Familienstand wurde meist durch die Betrachtung weiterer Angaben (z. B. Anzahl und Anteil pflege- und hilfebedürftiger älterer Menschen, älterer Beschäftigter, älterer Grundsicherungsempfänger/innen oder älterer Arbeitsloser) ergänzt.

Für die Bestands- und Bedarfsanalyse wurde in den ausgewählten Berichten vor allem folgende Handlungsfelder einbezogen:

- „Gesundheit und Pflege“,
- „Bildung, Kultur, Freizeit“,
- „Partizipation und bürgerschaftliches Engagement“,

- „Wohnen und Lebensführung“ (einschließlich Angebote des täglichen Bedarfs). Außerdem wurden zusätzlich spezifische bzw. ergänzende Themen explizit aufgegriffen, z. B. „Sicherheit“, „Öffentlichkeitsarbeit/Information“ (ggf. stadtteilbezogen), „Informations-Bring-Struktur“, „Muttersprachliche Information für Migrantinnen und Migranten“, „ÖPNV“, „Parkmöglichkeiten“, „Ausstattung der Fußwege für Mobilitätseingeschränkte“, „Sauberkeit/Straßenreinigung“, „Barrierefreie Ampelübergänge“, „Seniorenwirtschaft“, „Ältere Menschen als Kundinnen und Kunden“ sowie „Rechtliche Betreuung und Altersbilder“.

Für die Bestands- und Bedarfsanalyse wurden verschiedene Methoden eingesetzt; im Einzelnen handelte es sich um schriftliche Befragungen (der lokalen Anbieter, Einrichtungen und Dienste sowie der älteren Bevölkerung), einmalige oder begleitende Arbeitsgruppen, Experten-/Fachgespräche oder Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern lokaler Dienste und Einrichtungen, kommunaler Interessenvertretungen sowie des politisch-administrativen Systems, Stadtteilgespräche oder Bürgerforen unter Einbezug der älteren Bevölkerung.

In den untersuchten Berichten erfolgte die Ableitung von Handlungsempfehlungen stringent auf der Grundlage der vorausgegangenen Analyse; die Handlungsempfehlungen spiegelten dabei in der Regel die Komplexität der Analyse und die Vielfalt der Themenbereiche wider. Hervorzuheben ist zum einen, dass in allen Berichten der Auf- und Ausbau sowie die Förderung von Partizipation und Engagement als bedeutsames Handlungsfeld angesehen werden. Zum anderen kommt den Themen Pflege sowie Beratung und Information wesentliche Bedeutung zu. In vier Berichten werden Handlungsempfehlungen mit Bezug zur Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung im Alter sowie zu den Themen „Bildung“, „Kultur und Freizeit“ und „Beratung und Information“ formuliert und diesen Bereichen ein eigenständiger Stellenwert zugeschrieben.

Handlungsempfehlungen zur Vernetzung richteten sich gleichermaßen auf lokale Akteurinnen und Akteure der Seniorenarbeit und die Vernetzung innerhalb der Zielgruppe der älteren und alten Menschen. Weitere Handlungsempfehlungen adressierten folgende Themen:

- „Ausbau von Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung“,
- „Durchführung einer Bedarfserfassung bei älteren Migrantinnen und Migranten“: kultursensible Angebotsentwicklung/-anpassung, einschließlich muttersprachlicher Beratungs- und Dienstleistungsangebote und entsprechender Qualifizierung haupt- und nebenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- „Seniorenwirtschaft“: Erarbeitung eines Konzeptes der Öffentlichkeits- und Beratungsarbeit gegen diskriminierende und kundenunfreundliche Praktiken,
- „Stadtteilorientierung“: Umsetzung von Sozialraumorientierung in der Seniorenarbeit, Quartierskonferenzen, Sozialraumbegehungen, Infrastrukturerhalt, kleinteiliger, partizipativer Planungsprozess,
- „Rahmenbedingungen“: Vielfalt des Alters (Bedarfe unterschiedlicher Altersgruppen berücksichtigen), Unterstützung von Potenzialen, solidarische Beziehung der Generationen.

In den Berichten einzelner Kommunen wurden zudem konkrete Vorschläge für die nächsten Arbeitsschritte und Vorgehensweisen gemacht.

Die jeweiligen verwaltungsinternen Entscheidungsstrukturen und -zuständigkeiten für die Altenberichterstattung wurden von den kommunalen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern positiv bewertet. Hervorgehoben wurden dabei insbesondere die

Verabschiedung kommunalpolitischer Beschlüsse und die daran anschließende Beauftragung der Verwaltung. Federführend oblag die Berichterstattung meist dem Fachbereich Soziales bzw. dem Sozialamt; innerhalb dieser Fachbereiche waren entweder unmittelbar die Leitungsebene oder untergeordnete Organisationseinheiten zuständig (z. B. Koordinierungsstelle Planung, Steuerung und Controlling; Seniorenbüro). Grundsätzlich erfolgte eine verwaltungsinterne Zusammenarbeit mit dem Planungsamt, dem Einwohnermeldeamt, dem kommunalen Rechenzentrum und dem Fachbereich Statistik. Darüber hinaus wurde häufig mit den Fachbereichen bzw. Ämtern für Gesundheit und für Kultur sowie mit kommunalen (Tochter-) Unternehmen (z. B. Sportbetriebe, Gesellschaft für soziale Stadtentwicklung) zusammengearbeitet. Für den Zeitraum der Berichterstellung – und teilweise darüber hinaus – wurden in einzelnen Kommunen begleitende Strukturen eingerichtet (z. B. „Runder Tisch“, Lenkungsgruppe), die den Prozess der Altenberichterstattung steuerten, begleiteten und reflektierten. Darüber hinaus fand in der Regel eine Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Institutionen und Einrichtungen aus den Arbeitsbereichen der Altenarbeit, -hilfe und -pflege statt.

Die in die Untersuchung einbezogenen Berichte wurden zwischen 2003 und 2010 erstellt. In vier Fällen handelte es sich um eine Fortschreibung vorheriger Berichte, die in den 1980er- bis zu den 1990er-Jahren erstellt wurden.

In den untersuchten Berichten und im Rahmen der Fachgespräche zeigte sich für die Fortschreibung der Altenberichterstattung kein einheitliches Bild. In einzelnen Kommunen war diese beispielsweise nur unter bestimmten Bedingungen (wie Bedarf, haushaltsrechtliche Möglichkeiten) vorgesehen, aber nicht terminiert.

In einem Fall konnte eine grundsätzlich geplante Fortschreibung aufgrund fehlender personeller Ressourcen für einen längeren Zeitraum nicht realisiert werden; zukünftig ist aber ein Fortschreibungsrhythmus von fünf Jahren geplant. In einer anderen Kommune stand nicht die Fortschreibung des Berichtes, sondern vielmehr eine kontinuierliche Strategiefortentwicklung im Mittelpunkt. Letztgenannte bezog sich dabei auf die Fortentwicklung der im Bericht genannten und empfohlenen Handlungsstrategien und eine regelmäßige Berichterstattung in relevanten Ausschüssen.

Im Hinblick auf für die kommunale Altenberichterstattung bedeutsame interkommunale Bezüge und Wechselwirkungen wurde von den lokalen Fachkräften zum einen auf interkommunale Kontakte und Austauschmöglichkeiten zur Sozialberichterstattung und -planung durch die Mitwirkung in entsprechenden Vereinen und Netzwerken hingewiesen – z. B. regionale Arbeitskreise kommunaler Sozialplaner (Altenhilfe und Pflege) in Westfalen-Lippe und im Rheinland oder der „Verein für Sozialplanung“ e.V. (VSOP), der bundesweit tätig ist. Zum anderen zeigte sich in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden, dass im Kontakt mit der Kreisebene Synergieeffekte unter anderem durch den Rückgriff auf Daten der Kreispflegeplanung entstanden sind. Aktivitäten für ältere und alte Menschen auf Kreisebene (z. B. Leitbildentwicklung „Älter werden“) konnten in einzelnen kreisangehörigen Städten und Gemeinden zudem vergleichbare Prozesse anregen, an die sich wiederum weiterführende Aktivitäten der kreisangehörigen Städte und Gemeinden, wie z. B. die Altenberichterstattung und -planung anschlossen.

Ebenfalls positiv wurden die Beteiligungsmöglichkeiten bewertet, die älteren Bürgerinnen und Bürger sowie lokalen Akteurinnen und Akteure im Rahmen der Bestands- und Bedarfsermittlung sowie bei der Diskussion der Ergebnisse angeboten wurden. Neben schriftlichen Befragungen kamen dafür insbesondere auch dialogorientierte Verfahren (z. B. Bürgerforen, Workshops, Expertengespräche, Arbeitsgruppen) zum Einsatz, die

einmalig oder prozessbegleitend durchgeführt wurden. Vereinzelt wurden die Beteiligungsmöglichkeiten für Bürgerinnen und Bürger und lokale Akteurinnen und Akteure auch über die Phase der Berichterstattung hinaus verstetigt. Letztgenanntes erfordert eine kontinuierliche und systematische Begleitung der (Arbeits-)Gruppen, die beispielsweise über eine dauerhafte Netzwerkkoordination gewährleistet werden kann. Einmal geschaffene Zugänge zu Bürgerinnen und Bürgern und die Etablierung von Beteiligungsmöglichkeiten können auch zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen der Fortschreibung reaktiviert werden; grundlegend dafür ist, dass beispielsweise in jedem Stadt-/Ortsteil Multiplikatoren (evtl. Vertreterinnen und Vertreter des Seniorenbeirates) zur Verfügung stehen, die zukünftige Stadt- /Ortsteiltreffen unterstützen können.

Für die Beteiligung der lokalen Dienste und Einrichtungen ist hervorzuheben, dass gute Erfahrungen damit gemacht wurden, dass das Sozialamt als Impulsgeber und Kooperationspartner agiert, die „Schirmherrschaft“ jedoch den jeweiligen Akteurinnen und Akteuren überlässt.

Außerdem ist hervorzuheben, dass auch bei zeitlich begrenzten Partizipationsmöglichkeiten für Dienste und Einrichtung die Kontakte zu den lokalen Akteurinnen und Akteuren nach der Beendigung entsprechender Gremien nicht abreißen; vielmehr entstehen gerade dadurch vielfältige Formen der Zusammenarbeit.

Eine Einschätzung zur Niedrigschwelligkeit der Beteiligungsverfahren kann an dieser Stelle nicht eindeutig getroffen werden, da diese nur aus Sicht der Beteiligten selbst erfasst werden kann. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Beteiligung an einer schriftlichen Befragung ebenso hoch- oder niedrigschwellig erlebt werden kann wie Teilhabemöglichkeiten in Form von lokalen Gesprächsrunden. Als begünstigende Faktoren für die Erhöhung der Teilnahmebereitschaft und „Türöffner“ können aus den Erfahrungen der acht Beispiele guter Praxis folgende Vorgehensweisen benannt werden, die zur Niedrigschwelligkeit beitragen können: Bereitstellung eines telefonischen Ansprechpartners der Kommune, der im Erhebungszeitraum der schriftlichen Befragung den Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung steht; schriftliche Einladung ausgewählter Bürgerinnen und Bürger zu lokalen Gesprächsrunden, persönliche Einladung der Bürgerinnen und Bürger zu lokalen Gesprächsrunden im Rahmen bestehender seniorenbezogener Gruppen.

Für die Präsentation und Verbreitung der Ergebnisse der kommunalen Altenberichterstattung besteht in den befragten Kommunen in der Regel eine festgelegte Beratungsfolge, wobei die Vorstellung der Ergebnisse in den kommunalen Ausschüssen für die weitere Planung und vor allem den weiteren Umgang (z. B. Umsetzung von Handlungsempfehlungen) von Bedeutung ist. Mit der Diskussion in den Ausschüssen ist meist auch die Berichterstattung in der Lokalpresse und somit eine Information der (Fach-) Öffentlichkeit verbunden. Darüber hinaus kann eine Verbreitung in weiteren lokalen Gremien erfolgen. Bestehen kleinräumige Beteiligungs- und Beratungszusammenhänge auch über den Berichtszeitraum hinaus fort, ist eine Aufbereitung der Ergebnisse als Grundlage für die Arbeit in den Stadtteilen empfehlenswert. Grundsätzlich sollte für interessierte Bürgerinnen und Bürger und Interessenvertretungen die Möglichkeit zur Einsichtnahme der kommunalen Berichterstattung bestehen.

In den befragten Kommunen wurde die jeweils gewählte Vorgehensweise für die Erstellung des kommunalen Altenberichtes im Allgemeinen positiv bewertet. Folgende Aspekte wurden in Bezug auf die Altenberichterstattung insbesondere hervorgehoben:

Chancen und Nutzen

- fundierte Ermittlung der Bedarfslagen und Bedürfnisse der älteren Bevölkerung und Einbezug der Ergebnisse im Rahmen der lokalen Planungen,
- fundierte Grundlage für die bedarfsorientierte Anpassung der Versorgungsstrukturen,
- kommunale Altenberichterstattung respektive die Befragung der älteren Bevölkerung als Korrektiv zu verallgemeinernden Annahmen und stereotypen Vorstellungen,
- Bürgerbeteiligung im Rahmen von Planungsprozessen ist ein wichtiges Potenzial, das u. a. auch einen Ansatzpunkt dafür bieten kann, freiwilliges Engagement für die spätere Umsetzung von Lösungsstrategien zu aktivieren,
- die an den Bericht anschließende Arbeit kann – je nach Engagement der ausführenden Akteure und Akteurinnen - eine hohe Dynamik erfahren.

Bewährtes

- Kontinuität der (Ausschuss-)Arbeit,
- kommunale Altenberichterstattung bietet eine solide und differenzierte Datengrundlage für die Begründung und Ableitung von Maßnahmenempfehlungen und ihre Umsetzung,
- Erstellung themenorientierter, aktueller Informationen mit kleinräumigen Bezug zur Information der politischen Vertreterinnen und Vertreter,
- eine enge Zusammenarbeit mit kommunalen Datenhaltern (z. B. Fachbereich Stadtentwicklung/-planung und Statistik) und der schnelle Rückgriff auf kleinräumige, lokale Daten (GIS)¹²⁷⁰.

Wichtige Rahmenbedingungen

- Bereitstellung von Ressourcen für die Berichterstattung und weitere Umsetzung (z. B. finanzielle Ressourcen für die externe Vergabe der Berichterstellung oder eigene personelle und fachliche Ressourcen),
- nachhaltige Bürgerbeteiligung im Rahmen von Planungsprozessen und der weiteren Umsetzung erfordert hauptamtlich Tätige (Stärkung des Bürgerengagements) und den Aufbau entsprechender lokaler Kooperationen,
- Formulierung eines politischen Auftrags zur Durchführung von Altenberichterstattung, Planung und Gestaltung an die Verwaltung, einschließlich Formulierung und Fortschreibung eines Handlungsauftrags für die Berichterstellung und die daran anschließenden Arbeiten,
- gute kommunale Datenlage,
- aus der Berichterstattung sollte ein Arbeitsauftrag resultieren: der Bericht sollte nicht nur den Status quo abbilden, sondern auch eine Handlungsempfehlung beinhalten,
- personelle Kontinuität der für die Altenberichterstattung und die daran anschließenden Arbeiten zuständigen (Verwaltungs-)Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- kleinräumig angelegte Arbeitsgruppen (z. B. Stadt-/Ortsteilgruppen) müssen kontinuierlich begleitet werden und auf eine durch die Kommunalverwaltung bereitgestellte Beteiligungsstruktur zurückgreifen können (z. B. Durchführung regelmäßiger Netzwerktreffen in standardisierter Form),

¹²⁷⁰ Mit Hilfe von Geoinformationssystemen (GIS) können räumliche Daten erfasst, organisiert und analysiert werden.

- Schaffung und Förderung langfristig wirkender Vertrauensbeziehungen zu den ehrenamtlich und professionell engagierten Bürgerinnen und Bürgern durch Verwaltungsleitung und Sozialverwaltung.

Grenzen und Schwächen

- Feststellung von Bedarfslagen älterer Menschen, auf die unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen (z. B. rechtliche Vorgaben, finanzielle Möglichkeiten) nicht oder nur in geringem Maß reagiert werden kann,
- begrenzte Umsetzungsmöglichkeiten (z. B. begrenzte Ressourcen; unbekannte Lebenslagen älterer Menschen z. B. isoliert lebende ältere Menschen),
- Umgang mit den Ergebnissen der Berichte: Ergebnisse und Handlungsempfehlungen eines Berichtes werden teilweise nicht bzw. nicht umgehend in der (politischen) Arbeit aufgegriffen. Der Bericht kann sogar als Legitimation für Nichthandeln herangezogen und in diesem Sinne kontraproduktiv wirken. Andererseits darf man diejenigen Akteure, die bereits aktiv sind, mit Hinweisen auf weitere drohende „Missstände“ nicht überfordern.

9.3.2 Entwicklung einer Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung

Um die konzeptionelle Weiterentwicklung und Umsetzung kommunaler Altenberichterstattung zu befördern, wurden Möglichkeiten und Grenzen der Altenberichterstattung auf kommunaler Ebene sowie diesbezügliche Beratungs- und Unterstützungsbedarfe im weiteren Verlauf des dialogorientierten Arbeitsprozesses mit den Kommunen gemeinsam diskutiert. Im Mittelpunkt standen dabei folgende Fragen:

- Wie kann eine Grundqualifikation der Kommunen erfolgen und dauerhaft sichergestellt werden?
- Wie kann der Weg zur Erstellung eines ersten kommunalen Altenberichtes geebnet und erleichtert bzw. unterstützt werden?
- Welche Rahmenbedingungen sind für eine Institutionalisierung eines entsprechenden kommunalen Berichtswesens erforderlich?
- Welche Mindestanforderungen können bezüglich Form, Inhalt und methodischer Vorgehensweise für ein entsprechendes Berichtswesen formuliert werden? Wie können diese von den Kommunen regelmäßig erfüllt werden?
- Welcher Nutzen, welche Möglichkeiten und Grenzen sind mit einer regelmäßigen Fortschreibung der Berichterstattung verbunden?
- Können einheitliche Mindestanforderungen für die Fortschreibung formuliert werden?
- Welche Möglichkeiten bestehen, um eine kommunale Altenberichterstattung innerhalb des kommunalen Berichtswesens dauerhaft zu etablieren?
- Welche Möglichkeiten bietet eine demografie- und generationensensible integrierte Berichterstattung?
- Welche Erfahrungen und Einstellungen liegen dazu in den Kommunen vor?

Die Forschungsgesellschaft für Gerontologie hat hierzu im Auftrag des MGEPA NRW¹²⁷¹ einen breit angelegten Austausch zwischen kommunaler Praxis, Politik und Wissenschaft initiiert. Ziel dieses Prozesses war es, Ansätze und Strategien aufzuzeigen, wie kommunale Altenberichterstattung nachhaltig umgesetzt werden kann. Um diese Zielsetzung zu erreichen, wurden folgende Arbeitsschritte realisiert:

- anwendungsorientierte Aufbereitung von Beispielen guter Praxis,
- Durchführung einer Fachtagung zur kommunalen Altenberichterstattung,
- Erstellung einer Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung,
- Verbreitung und Unterstützung der Anwendung der Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung in fünf regionalen Workshops.

Anwendungsorientierte Aufbereitung von Beispielen guter Praxis

Für eine möglichst differenzierte und anschauliche Darstellung der Beispiele guter Praxis wurden die Fachgespräche mit den in den Kommunen für die Altenberichterstattung zuständigen Ansprechpersonen fortgesetzt und Detailfragen geklärt.

Dabei wurden insbesondere weiterführende Informationen, die für den Transfer in andere Kommunen von großer Relevanz sind, erfasst (u. a. seniorenpolitische Rahmenbedingungen, Nutzen und Wirkungen kommunaler Altenberichterstattung). Die im Rahmen der Bestandsaufnahme ermittelten Beispiele guter Praxis wurden zudem für die Erstellung der Arbeitshilfe anwendungsorientiert aufbereitet. Im Hinblick auf die einzelnen Phasen und Schritte der kommunalen Altenberichterstattung wurden jeweils beispielhaft die Prozesse, wie sie in den Beispielkommunen im Kontext der Vorbereitung oder Erstellung des Berichtes realisiert wurden, beschrieben.

Durchführung einer Fachtagung zur kommunalen Altenberichterstattung

Im Dezember 2013 wurde die erste landesweite Fachtagung zum Thema kommunale Altenberichterstattung durchgeführt. Ziel der Veranstaltung war es unter anderem, auch den Kommunen, die sich an den bisherigen Erhebungen im Rahmen der Bestandsaufnahme nicht beteiligt hatten, Gelegenheit zu geben, ihre Erfahrungen einzubringen und konkrete Bedarfe bezüglich der Umsetzung einer kommunalen Altenberichterstattung zu formulieren. Weitere Ziele der Tagung bestanden darin,

- die Ergebnisse der Voruntersuchung zu präsentieren und auf dieser Grundlage
- einen interkommunalen Austausch mit interessierten Kommunen zum Thema kommunale Altenberichterstattung zu initiieren;
- weitere Beispiele guter Praxis zur kommunalen Altenberichterstattung zu eruieren und deren Erfahrungen zu ermitteln;
- weitere Perspektiven, insbesondere der kommunalen Seniorenvertretungen und -beiräte sowie sonstiger kommunaler Seniorengremien, einzubeziehen und
- Eckpunkte für eine Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung zu formulieren.

Mit über 140 Teilnehmenden stieß die Veranstaltung auf große Resonanz. Der Kreis der Teilnehmenden bestand aus Vertreterinnen und Vertretern aus Kommunalpolitik und

¹²⁷¹ Das Projekt „Entwicklung einer Arbeitshilfe zur Kommunalen Altenberichterstattung in Nordrhein-Westfalen“ (Laufzeit Mai 2013 bis November 2014) wurde von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) durchgeführt.

-verwaltung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Bereichen Sozialplanung und Altenhilfe/Altenarbeit, Demografiebeauftragten sowie Interessenvertretungen von ältere und alte Menschen.

Die Möglichkeit zu einem interkommunalen Austausch wurde von den Teilnehmenden sehr begrüßt und intensiv genutzt. Als wesentliches Ergebnis der Fachbeiträge und der Diskussionen in den fünf Workshops lässt sich festhalten, dass das Thema „Alter“ in der kommunalen Sozialberichterstattung nicht ausreichend berücksichtigt wird. Es wurde daher angeregt, Verantwortliche in den Kommunen stärker für das Thema zu sensibilisieren und den Nutzen eines kommunalen Altenberichts als Planungsgrundlage gegenüber der Politik deutlich zu machen.

Klare Zuständigkeiten wurden als wesentliche Voraussetzung für die Berichterstattung betrachtet, insbesondere gilt es hier, die Rollen der einzelnen Beteiligten im Rahmen der intrakommunalen Zusammenarbeit zu konkretisieren und festzulegen.

Auch die Partizipation der älteren Bürgerinnen und Bürger wurde von den Teilnehmenden als sehr wichtiges Thema eingeschätzt. Die tatsächliche Einbindung und die anschließende Umsetzung von Maßnahmen wurden als zentrale Herausforderungen gesehen.

Da es aufgrund von begrenzten Ressourcen in den Kommunen oftmals nicht möglich ist, alle Aspekte gleichzeitig zu bearbeiten, wurde unter anderem angeregt, für die inhaltliche Bearbeitung (thematisch) und für die Maßnahmenplanung (auf Quartiersebene) Prioritäten festzulegen. Eine mögliche Strategie, um auch bei knappen Ressourcen einen kommunalen Altenbericht erstellen zu können, wurde zudem darin gesehen, verschiedene Akteure vor Ort zur Mitwirkung zu mobilisieren.¹²⁷²

Erstellung einer Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung

Ausgehend von den Ergebnissen der Bestandsaufnahme und des dialogorientierten Arbeitsprozesses mit den Kommunen wurde eine Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung erarbeitet. Diese ist ein Angebot für Kommunen, die eine Altenberichterstattung initiieren oder eine vorhandene Berichterstattung fortschreiben und weiterentwickeln möchten. Sie bietet eine Orientierung für den Aufbau und die Umsetzung kommunaler Altenberichterstattung. Dabei wird grundlegend darauf geachtet, dass

- die Altenberichterstattung als zielführender und umsetzungsorientierter Prozess anzulegen ist;
- die Perspektive der Bürgerinnen und Bürger und der lokalen Akteure einbezogen wird und
- die jeweiligen lokalen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Ziel der Arbeitshilfe ist es vor allem, Kommunen beim Einstieg in die Altenberichterstattung zu unterstützen. Die Arbeitshilfe beschreibt deshalb (Mindest-) Standards für eine qualifizierte Altenberichterstattung und zeigt an den Beispielen guter Praxis verschiedene Umsetzungswege auf. Dabei werden insbesondere Lösungsansätze für kleine Kommunen und Kommunen mit geringen Ressourcen vorgestellt. Die anwendungsorientierte Arbeitshilfe enthält zahlreiche Hinweise und praktische Beispiele, wie kommunale

¹²⁷² Eine Kurzdokumentation der Fachtagung, die die Präsentation des Einführungsvortrages und der Workshopimpulse sowie Zusammenfassungen der Workshopergebnisse enthält, steht auf der Website des Instituts für Gerontologie unter www.ffg.tu-dortmund.de/fachtagung zum Download zur Verfügung.

Altenberichterstattung initiiert, umgesetzt und fortgeführt werden kann.

Im Mittelpunkt steht die Erörterung folgender Fragestellungen:

- Was geschieht im Vorfeld der kommunalen Altenberichterstattung?
- Wie kann eine kommunale Altenberichterstattung ins Leben gerufen werden?
- Welche Rahmenbedingungen müssen für eine kommunale Altenberichterstattung geschaffen werden?
- Wie kann eine umfassende Beteiligung erreicht werden?
- Wie sollte ein kommunaler Altenbericht aufgebaut sein?
- Welche Daten werden benötigt und wie können sie erhoben werden?
- Wie können Handlungsempfehlungen generiert werden?
- Was braucht es, um Nachhaltigkeit zu erreichen?

Die Entwicklung der Arbeitshilfe wurde durch ein Begleitgremium unterstützt, an dem Vertreterinnen und Vertreter einzelner Kommunen, der Kommunalen Spitzenverbände, der Landesseniorenvertretung, der Landesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros sowie des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen beteiligt waren. Die Mitwirkenden des Begleitgremiums haben die Erstellung der Arbeitshilfe vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen kontinuierlich reflektiert und praxisnahe Hinweise für die Gestaltung gegeben. In diesen Prozess wurden unterschiedliche Kommumentypen involviert (groß/klein urban/ländlich, in der Altenberichterstattung erfahrene Kommunen (KV) sowie Kommunen, die erstmals einen Altenbericht erstellen möchten).

Verbreitung und Unterstützung der Anwendung der Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung in fünf regionalen Workshops

Die Arbeitshilfe zur kommunalen Altenberichterstattung wurde im November 2014 im Rahmen von fünf dialogorientierten Regional-Workshops in den fünf Regierungsbezirken in NRW vorgestellt. Dabei ging es insbesondere darum, die Arbeitshilfe zu verbreiten und Möglichkeiten der Anwendung entsprechend der spezifischen Bedarfe von Kommunen aufzuzeigen. Außerdem wurden in den Workshops Themen diskutiert, die – nach vorheriger Anfrage – für Kommunen von besonderem Interesse waren. Abschließend wurde in den Workshops jeweils erörtert, ob es gewünscht und inwieweit es möglich ist, regionale Netzwerke im Sinne einer gegenseitigen kollegialen Beratung zu bilden und ggf. dauerhafte regionale Arbeitszusammenhänge zur Unterstützung kommunaler Altenberichterstattung anzubahnen.

9.4 Entwicklungsbedarfe und Entwicklungsperspektiven

Die erste Bestandsaufnahme zur Praxis der kommunalen Altenberichterstattung in NRW verdeutlicht, dass in den Kommunen ein breites Spektrum unterschiedlicher Berichtsformen existiert. Vor dem Hintergrund, dass keine verbindliche Vorgabe für eine kommunale Altenberichterstattung besteht und die Rahmenbedingungen in den Kommunen sehr unterschiedlich sind, verwundert es nicht, dass Umfang, Inhalt und methodische Vorgehensweise variieren.

Neben der Erfüllung der Grundanforderungen ist für die Beispiele guter Praxis kennzeichnend, dass der Berichterstattung ein umfassendes Planungsverständnis zugrunde liegt, das die vielfältigen Lebenslagen und unterschiedlichen Bedarfe der älteren Bevölkerung berücksichtigt. Dieses geht deutlich über die pflegebezogenen Planungen hinaus.

Die Beispiele guter Praxis verdeutlichen zum einen, dass es unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten für die kommunale Altenberichterstattung gibt und in jeder Kommune verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden. Zum anderen unterstreichen insbesondere die Erfahrungsberichte, dass eine umfassende und fundierte, beteiligungsorientierte kommunale Altenberichterstattung voraussetzungsreich ist und nicht im Selbstlauf erfolgt. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil die Analyse der Ausgangssituation lediglich einen, wenn auch bedeutsamen, Teilschritt innerhalb der kommunalen Altenplanung darstellt. Neben finanziellen, personellen und fachlichen Ressourcen ist eine unabdingbare Voraussetzung darin zu sehen, dass die kommunale Altenberichterstattung und -planung sowie die daran anschließende Umsetzung politisch gewollt und unterstützt und als fester Bestandteil der kommunalen Senioren- bzw. Sozialpolitik kontinuierlich betrachtet werden.

Den Kreisen kommt in der Auseinandersetzung mit demografischen Veränderungen durchaus eine initiiierende und Impuls setzende Funktion zu. Im Hinblick auf die Gestaltung von Lebensbedingungen für ältere Menschen in kreisangehörigen Städten und Gemeinden können Kreise beratend tätig werden und inhaltlich-thematische Anregungen geben. An Aktivitäten des Kreises, die einen mittelbaren Bezug zur kommunalen Altenberichterstattung aufweisen (z. B. Leitbildentwicklung zum Thema „Älter werden“) und die gemeinsam mit kreisangehörigen Städten und Gemeinden erarbeitet werden, können sich „vor Ort“ – also in kreisangehörigen Städten und Gemeinden – weiterführende Aktivitäten, wie beispielsweise eine Altenberichterstattung und -planung, anschließen. Grundsätzlich stellt die kommunale Altenberichterstattung einen bedeutsamen Teilbereich der Sozialberichterstattung dar, dem eine eigenständige Berechtigung zukommt, wenn man die Bedarfe der älteren Bevölkerung auf kommunaler Ebene fundiert erfassen und bewerten will. Ein kommunaler Altenbericht fokussiert die Zielgruppe der älteren Menschen und kann darauf hinwirken, dass ältere Menschen innerhalb der kommunalen Sozialpolitik stärkere Beachtung erfahren.

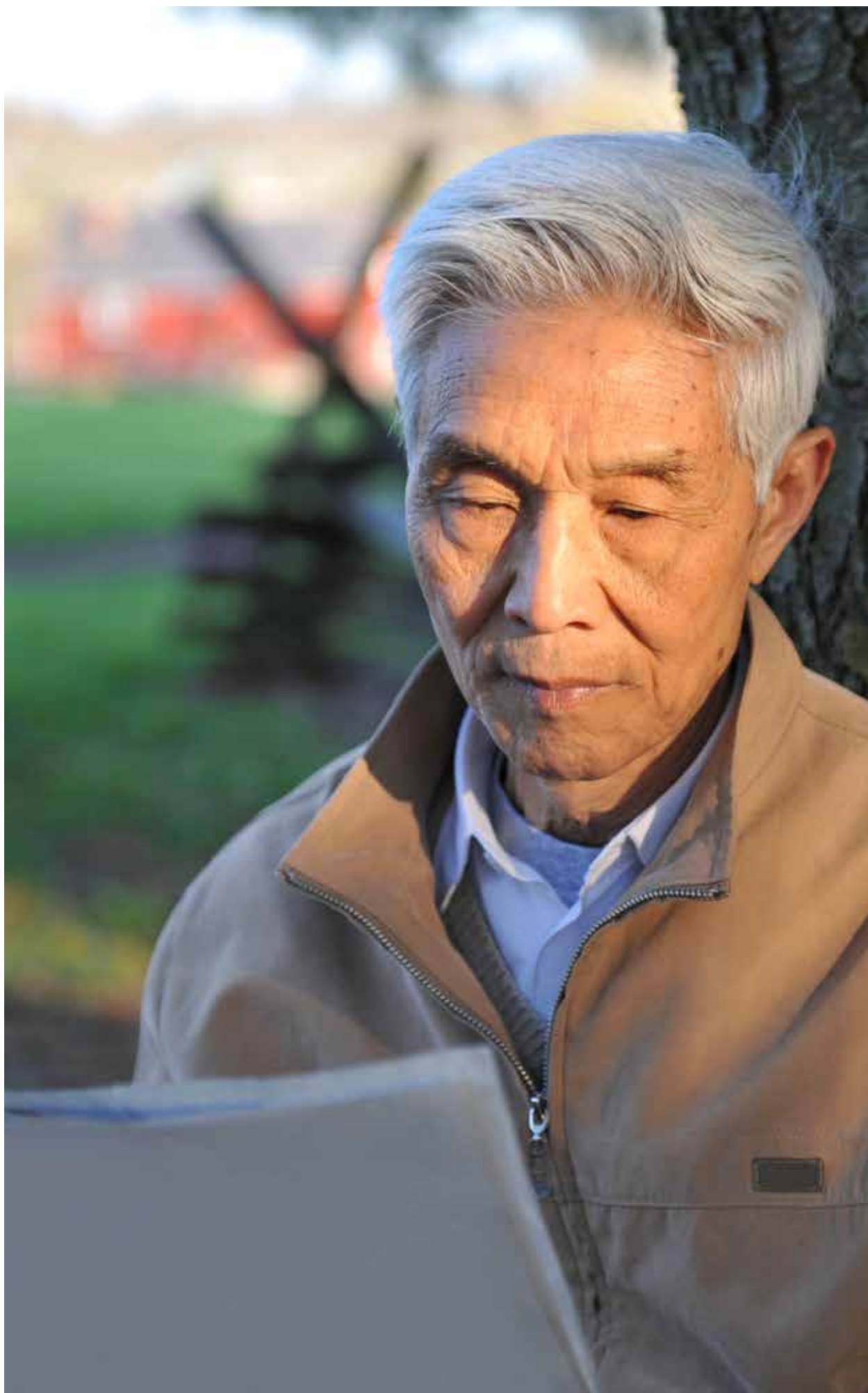
Im Sinne einer querschnittlichen Betrachtung kommunaler Sozialpolitik und -planung kann eine Integration kommunaler Berichte mit Bezug zur Zielgruppe ältere Menschen sinnvoll sein (z. B. kommunale Pflege-, Demografie- oder Gesundheitsberichterstattung). Mit einer integrierten Sozialberichterstattung können verschiedene Synergieeffekte verknüpft sein wie z. B. eine differenzierte bereichsübergreifende Adressierung von Bedarfen (einschließlich frühzeitiger präventiver Interventionen), eine ämterübergreifende Datenerhebung sowie eine passgenaue Planung und Steuerung bei geringen finanziellen Handlungsspielräumen.¹²⁷³ Deshalb sollte jeweils geprüft werden, inwieweit ein integrierter Ansatz im kommunalen Berichtswesen realisiert werden kann.

Die kommunale Demografieberichterstattung stellt dabei eine mögliche Integrationsperspektive dar, sofern darunter eine generationensensible Bedarfserfassung und Planung verstanden wird, bei der die Bedarfe aller Generationen – also auch der älteren Bevölkerung – gleichermaßen erfasst, analysiert und bei der Umsetzung von Maßnahmen beachtet werden. Aus gerontologischer Sicht ist bei einer integrierten Sozialberichterstattung grundsätzlich darauf zu achten, die Zielgruppe ältere Menschen unter Berücksichtigung eines differenzierten Altersbildes umfassend in den Blick zu nehmen. Im Vergleich zu anderen Zielgruppen besteht aufgrund der geringen Verbindlichkeit die Gefahr, dass ältere Menschen „ausgeblendet“ oder aber stark verkürzt ausschließlich defizitorientiert (z. B. im Kontext von Pflegebedürftigkeit) betrachtet werden.

In Nordrhein-Westfalen gibt es unterschiedliche kommunale Demografie-Konzepte, die in unterschiedlicher Art und Weise darauf zielen, den demografischen Wandel vor Ort zu gestalten. In der Forschung werden die lokale Ebene und die Erfassung von Erfahrungen bei der Umsetzung von Demografiepolitischen Handlungsansätzen bislang jedoch vernachlässigt. Eine systematische Bestandsaufnahme zum Thema „Kommunale Demografie-Konzepte“ sowie eine Evaluation kommunaler Instrumente (wie z. B. die Demografieberichterstattung), Maßnahmen und politisch-administrativer Handlungs- und Gestaltungsoptionen liegen für Nordrhein-Westfalen gegenwärtig nicht vor. Erste Erkenntnisse dazu liefert eine Untersuchung,¹²⁷⁴ in der eine Beschreibung und Analyse der „Demografie-Konzepte der Kommunen in NRW“ vorgenommen wurde. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die kommunale Berichterstattung und Bedarfsplanung zukünftig neben der Infrastrukturplanung auch Fragen des örtlichen Fachkräftebedarfs aufgreifen sollte.

1273 Reichwein, A./Berg, A./Glaser, D./Junker, A./Rottler-Nourbakhsch, J./Vogel, S./Trauth-Koschnick, M. (2011). *Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen*. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

1274 Die Kurzstudie „Demografie-Konzepte der Kommunen in NRW“ wird von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund im Auftrag des Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e.V. durchgeführt (Laufzeit Juli 2014 bis Dezember 2014).



Glossar

Adult Worker Model (AWM): Das AWM sieht vor, dass alle Erwachsenen unabhängig von ihrem Geschlecht ihren Lebensunterhalt durch Erwerbsarbeit sichern sollen und können. Die traditionelle Rollenverteilung zwischen Mann und Frau, insbesondere die Rolle des Mannes als Alleinversorger der Familie, kommt in diesem Modell nicht mehr zum Tragen. Im Deutschen wird weitgehend synonym der Begriff „Doppelversorgermodell“ benutzt.

Äquivalenzeinkommen: Einkommen, das jedem Mitglied eines Haushalts, wenn es erwachsen wäre und alleine leben würde, den gleichen (äquivalenten) Lebensstandard ermöglichen würde, wie es ihn innerhalb der Haushaltsgemeinschaft hat. Dazu wird das Einkommen des gesamten Haushalts addiert und anschließend aufgrund einer Äquivalenzskala gewichtet. Die Gewichtung richtet sich nach Anzahl und Alter der Personen der Haushaltsgemeinschaft.

Altenquotient: Der Altenquotient bildet die Anzahl der älteren und alten Menschen im Verhältnis zur Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter ab. Ein Wert von 33 sagt zum Beispiel aus, dass 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 33 ältere und alte Menschen gegenüberstehen. Ab welchem Alter Personen zu den älteren und alten Menschen gezählt werden, ist abhängig von der gewählten Altersgrenze.

Altersklasse: Werden bestimmte Alter in bestimmten Kategorien zusammengefasst (etwa 50- bis 60-Jährige), so spricht man von Altersklassen. —> Generation —> Kohorte

Anteil Hochbetagter: Der Anteil Hochbetagter zeigt an, wie viel Prozent der Bevölkerung 80 Jahre und älter sind. In der Literatur finden teilweise auch andere Altersgrenzen Anwendung.

Anzahl der Lebendgeborenen: Lebendgeborene sind Kinder, bei denen entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat und/ oder die ein Gewicht von mehr als 500 g haben.

Armutsrisikoquote: Die Armutsrisikoquote gibt an, wie hoch der Anteil der Personen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle an der Bevölkerung ist. Zahl der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen (berechnet auf Grundlage der neuen OECD-Skala) von weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der nordrhein-westfälischen Bevölkerung je 100 Personen der entsprechenden Bevölkerungsgruppe.

Assimilation: Minderheiten werden an die als „normal“ geltenden Werte, Normen, Traditionen und Weltanschauungen einer Gesellschaft angepasst und so möglichst vollständig integriert.

Care-Management: (Versorgungsmanagement) zielt darauf ab, abgestimmte Versorgungsstrukturen zu implementieren, um insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemen sektoren- und disziplinübergreifend Versorgungsabläufe zu rationalisieren.

Case-Management: „Case-Management ist ein kooperativer Prozess, durch den die Versorgungsmöglichkeiten eines Patienten sektorenübergreifend geplant, bewertet, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden. Die Qualität und die Kosten- Effektivität der Versorgung soll durch Kommunikationsprozesse und die optimale Nutzung der verfügbaren Ressourcen gefördert werden.“ (Amelung 2007)

Demografischer Wandel/Umbruch: Mit „demografischer Wandel“ wird die Veränderung der Zusammensetzung der Altersstruktur einer Gesellschaft bezeichnet. Die sogenannte „Alterung der Gesellschaft“, hervorgerufen durch schwindende Geburtenziffern und einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung in einer Gesellschaft, wird häufig auch als „demografischer Umbruch“ mit vielfältigen Folgen für die Gesellschaftsstruktur im Allgemeinen und soziale Sicherungssysteme, Generationenverhältnisse und Generationenbeziehungen im Besonderen verstanden.

Deprivation: Deprivation bezeichnet einen Mangel bzw. Entzug von sozialen Interaktionen, die dazu führen, dass grundlegende soziale, menschliche Fähigkeiten nicht erworben werden. Besonders nachhaltig sind diese Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern, bei denen diese Entwicklungsrückstände oft nicht wieder aufgeholt werden können (Hospitalismus). Sie können aber auch in späteren Lebensphasen bei Einschränkungen der sozialen Beziehungen auftreten, z. B. bei Einsamkeit im Alter.

Disziplinierung: Disziplinierung ist das Gewöhnen an Disziplin bzw. das Erziehen dazu, sodass der- oder diejenige sich auf Ordnung bedacht verhält, sich bewusst ein- bzw. unterordnet sowie korrekt und zurückhaltend ist.

Durchschnittsalter: Das Durchschnittsalter zeigt an, wie alt eine Bevölkerung im Durchschnitt ist. Bei der Berechnung des Durchschnittsalters werden alle Altersklassen berücksichtigt. Aus diesem Grund ist es zur Einschätzung der demografischen Alterung geeignet. Das Durchschnittsalter weist allerdings auch Nachteile auf. Neben der aufwändigen Berechnung kann die Interpretation der Ergebnisse schwierig sein. Eine hohe Konzentration an Personen im mittleren Alter kann zu einem ähnlichen Durchschnittsalter führen wie eine große Anzahl an Personen in den hohen und niedrigen Altersklassen. Weiterhin werden beim Durchschnittsalter Abweichungen vom Mittelwert nach oben oder unten gleich bewertet. Dies führt dazu, dass Ausreißer das Ergebnis verzerren. Alternativ zum Durchschnittsalter kann das Medianalter berechnet werden. Das Medianalter wird durch Ausreißer nicht verzerrt.

Empirische Sozialforschung: Es werden Daten zur Analyse und Erklärung sozialer Phänomene erhoben. Die Erhebung folgt einem System methodischer Regeln. Die Ergebnisse der Analyse sollten eine Allgemeingültigkeit besitzen oder – bei qualitativer Forschung – es ermöglichen, die Besonderheiten spezifischer Individuen/ Gruppen in der Gesellschaft zu verstehen.

Fertilität, Fertilitätsniveau: In der Demografie versteht man darunter die Fruchtbarkeit (Gebärfähigkeit) von Frauen. Das Fertilitätsniveau bezieht sich meist auf die sogenannte totale Fertilitätsrate (TFR) als rechnerische Durchschnittsgröße, welche die Zahl der Kinder angibt, die eine (Durchschnitts-) Frau im Laufe ihres Lebens – meist zwischen ihrem 15. und 45. Lebensjahr – zur Welt bringt.

Gender Mainstreaming (GM): Das Konzept des „Gender Mainstreaming“ beinhaltet, dass die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern bei allen gesellschaftlichen Vorhaben gleichermaßen berücksichtigt werden. Ein ergänzendes Verfahren ist das sogenannte „Disability Mainstreaming“, das sich unter gleichen Zielsetzungen der besonderen Lage behinderter und chronisch kranker (älterer) Menschen annimmt.

Generation: Soziologisch umfasst eine Generation alle etwa gleichaltrigen Personen, die wegen der gemeinsam erlebten Gesellschaftssituationen bzw. historischen Ereignissen ähnliche Einstellungen, Werte, Orientierungen und Verhaltensformen teilen. Es werden familiäre, politische und pädagogische Generationen unterschieden. —> Kohorte —> Altersklasse

Gesellschaft: Form des menschlichen Zusammenlebens, das nicht nur bürgerliches Zusammenwirken (Vereinigung zur Befriedigung und Sicherstellung gemeinsamer Bedürfnisse) umfasst. Es existieren zudem ein vom Individuum losgelöster Handlungsrahmen (z. B. das Rechtssystem, Ökonomie, Politik, Institutionen, Kommunikationsstrukturen).

Greying-Index: Der Greying-Index ist eine Maßzahl, die zur Beschreibung des Alterungsprozesses in den älteren Bevölkerungsgruppen verwendet wird. Die Anzahl Hochaltriger ab 80 Jahre wird der Zahl der älteren und alten Menschen im Alter ab 60 Jahren bis unter 80 Jahren gegenübergestellt.

ILO-Konzept: Die ILO-Arbeitsmarktstatistik folgt dem Labour-Force-Konzept der International Labour Organization (ILO). Dieses international etablierte Konzept ermöglicht zum einen den Vergleich der deutschen Arbeitsmarktzahlen mit denen anderer Staaten. Zum anderen stellt die Unabhängigkeit der Definitionen von nationalen sozialgesetzlichen Regelungen weitestgehend sicher, dass Zeitreihen ohne Einschränkungen durch Brüche, die sich aus Gesetzesänderungen ergeben, interpretiert werden können. Erwerbstätig im Sinne der ILO ist jede Person ab 15 Jahren, die in einem einwöchigen Berichtszeitraum mindestens eine Stunde lang gegen Entgelt oder im Rahmen einer selbstständigen oder mithelfenden Tätigkeit gearbeitet hat. Auch wer sich in einem formalen Arbeitsverhältnis befindet, das er im Berichtszeitraum nur vorübergehend nicht ausgeübt hat, gilt als erwerbstätig. Die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Erwerbstätigenquote bezieht die Zahl der Erwerbstätigen zwischen 15 und 64 Jahren auf die entsprechende Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung.

Indikatoren: Statistische Maßzahlen, die gesellschaftlich relevante Sachverhalte/ Merkmale quantitativ messbar machen und so willkürliche Interpretationen verhindern. Beispiel: Lebenserwartung. Oft werden ganze Indikatorensysteme angestrebt, um mehrere Dimensionen zu erfassen, z. B. objektive Lebensbedingungen und subjektiv empfundene Lebensqualität.

Institutionalisierung/soziale Institution: Institutionen sind soziale Einrichtungen, die eine normative Wirkung in sofern ausüben, als dass sie das soziale Handeln formen und beschränken. Sie geben Struktur und definieren Pflichten (z. B. Schulpflicht) und gesellschaftliche Erwartungen. Sie sichern sowohl die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse, als auch Erfordernisse der Gesellschaft. Institutionen können sein: Familie, Kirche, Einrichtungen der Erziehung und Ausbildung, Wirtschaft u. a.

Interaktion: Wechselseitig aneinander orientierendes und interpretiertes Verhalten, das das jeweilige Handeln und jeweilige Einstellungen beeinflusst

Kohorte: Eine Kohorte ist die Gesamtheit von Menschen, die zum gleichen Zeitpunkt (oder zu derselben definierten Zeitspanne) vom gleichen Ereignis betroffen sind. Solche Ereignisse können sein: Geburt, Einschulung, Abitur, Heirat, Verrentung etc.
-> Generation, -> Altersklasse

Konstrukt: Ein Konstrukt ist eine Arbeitshypothese oder gedankliche Hilfskonstruktion für die Beschreibung erschlossener Phänomene.

Lebenserwartung bei Geburt: Die Lebenserwartung ist ein Maß zur Bestimmung der Sterblichkeitsverhältnisse einer Bevölkerung in einem Kalenderjahr. Sie gibt an, wie viele Jahre eine Person in einem bestimmten Alter durchschnittlich noch zu leben vor sich hätte, wenn die Sterblichkeitsverhältnisse konstant blieben. Die Lebenserwartung wird also unter der Annahme berechnet, dass eine Person in allen Lebensphasen den altersspezifischen Sterberaten der zugrunde gelegten Periode ausgesetzt ist. Es wird zwischen der Lebenserwartung bei Geburt (die hier angegeben ist) oder der ferneren Lebenserwartung (Zahl der in einem bestimmten Lebensjahr noch zu erwartenden Lebensjahre) unterschieden.

Legitimation: Berechtigung, allgemeine Anerkennung, Begründung.

Modal-Split: Modal Split wird in der Verkehrsstatistik die **Verteilung des Transportaufkommens auf verschiedene Verkehrsmittel** (Modi) genannt. Eine andere gebräuchliche Bezeichnung im Personenverkehr ist Verkehrsmittelwahl. Der Modal Split beschreibt das Mobilitätsverhalten von Personen, er hängt unter anderem vom Verkehrsangebot und wirtschaftlichen Entscheidungen von Unternehmen ab.

Nahmobilität: Unter dem Begriff Nahmobilität werden in erster Linie mit dem Fuß- und Radverkehr die nichtmotorisierte, körperlich aktiven Verkehrsarten zusammengefasst. Nahmobilität ist nicht nur unter verkehrlichen Gesichtspunkten zu verstehen. Die Stärkung der Nähe und der kurzen Wege bei der Erreichbarkeit und Verbindung von wichtigen Funktionen, wie Wohnen, Arbeit, Freizeit und Versorgung stehen dabei im Vordergrund. Nahmobilität ist Basismobilität und reduziert die privaten und gesellschaftlichen Kosten der Mobilität und fördert die Lebens- und Bewegungsqualität.

Normativ: Als Norm geltend, maßgebend, als Richtschnur dienend; aufgrund von Erfahrung gewonnene, besonderen Erfordernissen entsprechende Regel, Anweisung, Vorschrift.

OECD-Skala: (benannt nach ihrem Urheber, der Organisation for Economic Co-operation and Development) Die OECD-Skala ist ein Wichtungsfaktor zur internationalen Vergleichbarkeit von Einkommensberechnungen.

Partizipation: Partizipation ist die Teilnahme bzw. Teilhabe an sozialen und politischen Entscheidungsprozessen. (Partizipation einer Person gibt es z. B. bei der Erstellung eines Dienstplanes oder etwa bei politischen Wahlen).

Pedal Electric Cycles/Pedelec: Fahrräder mit elektrischer Treithilfe.

Person-Umwelt/-Passung oder -Beziehung: Die Person-Umwelt-Passung beschreibt das Verhältnis zwischen einem Individuum, seinen persönlichen, individuellen Bedürfnissen und der jeweiligen gegebenen Umwelt. Dem Konzept nach erlebt eine Person seine Umwelt umso negativer, je weniger sie seinen persönlichen Bedürfnissen entspricht. ->Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell

Pluralisierung (der Lebensformen): Zunehmende Differenzierung der Lebensformen, weniger einheitliche bzw. alterstypische Lebensformen.

Prozess des Alter(n)s: Der Prozess des Alterns beinhaltet nicht nur die Veränderung der Ressourcen und Kompetenzen (z. B. körperliche Abbauprozesse, langsamere Verarbeitungsgeschwindigkeit, Reduzierung des Wortschatzes und der Gedächtnisfunktionen, Verringerung der Problemlösungskompetenzen), sondern auch, wie der gegebene Kontext den Prozess beeinflusst (z. B. bei der Selbstständigkeit) sowie die eingesetzten Ressourcen, um Verluste zu regulieren.

Selbstwirksamkeit: Selbstwirksamkeit ist das wahrgenommene Maß an Autonomie-Erleben und Einflussnahme am Umweltgeschehen. Die Handlungsmacht wird durch die Umwelt kontrolliert. Die Wahrnehmung und das Bedürfnis, Einfluss zu nehmen, ist stark biografie- und selbstkonzeptabhängig (das eigene Bild des Selbst, „wie nehme ich mich wahr“).

Seniorenanteil: Der Seniorenanteil gibt den Anteil der Personen an der Gesamtbevölkerung wieder, die mindestens 65 Jahre alt sind. In der Literatur finden teilweise auch andere Altersgrenzen Anwendung.

Soziale Klasse: Eine Klasse besteht aus einer Gruppe innerhalb der Bevölkerung, deren Mitglieder im strukturellen Sinne wirtschaftlich gleichgestellt sind (z. B. ähnliche Berufsgruppe), sich in einer ähnlichen sozialen Lage befinden und durch gemeinsame Interessen verbunden sind. —> Soziale Schicht

Soziale Lage: In Analysen der modernen Gesellschaften werden neuere Konzepte verwandt. An die Stelle der Begriffe der Sozialen Klasse/Schicht tritt z. B. der Begriff der sozialen Lage. Er beschreibt mehr Dimensionen der sozialen Ungleichheit als die anderen Konzepte. Die Dimensionen werden voneinander unabhängig betrachtet, stehen nicht hierarchisch geordnet und können je nach Gewicht eine verschieden große Dominanz auf die Lebenslage ausüben (z. B. soziale Absicherung, Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen, Diskriminierungen/Privilegien). --> Soziale Klasse, --> Soziale Schicht

Soziale Rolle: Bestimmte soziale Position, die eine Menge von normativen Verhaltenserwartungen seitens einer oder mehrerer Bezugsgruppen, Einstellungen, Verpflichtungen und Vorteilen mit sich bringt, z. B. die Rolle der Mutter, des Kollegen, des Enkels etc. -> Sozialisation, -> Interaktion

Soziale Schicht: Mitglieder einer Gesellschaft werden aufgrund von Statusmerkmalen wie z. B. Einkommen, Besitz, Bildung oder Beruf in Schichten eingeteilt. Eine Schicht besteht aus Mitgliedern mit ähnlich hohem Status. Es gibt Schichtgrenzen, die Schichten voneinander abgrenzen (höhere/niedrigere Schicht) und das Verhalten ihrer Mitglieder gegenüber denen einer anderen Schicht beeinflussen. Gegenüber Klassenansätzen wird eine größere soziale (vertikale) Mobilität unterstellt. --> Soziale Klasse

Soziale Ungleichheit: Das Konzept der sozialen Ungleichheit beschreibt durch verschiedene Merkmale unterschiedliche Lebensbedingungen und Chancen von Individuen. Dies sind auf der einen Seite vertikale Merkmale wie Alter, Herkunft, Einkommen, Beruf, und auf der anderen Seite horizontale Merkmale wie Kontakt- und Unterstützungschancen, Wohn(-umwelt)Bedingungen und kulturelle Partizipation. Soziale Ungleichheit ist biografieabhängig (z. B. Bildungschancen, Geschlecht) und prozessual.

Sozialisation: Prozess des Hineinwachsens in eine Gesellschaft durch Formung des eigenen sozialen Handelns, von Normen und Werten durch gesellschaftliche Einflüsse/kulturelle Gegebenheiten, Erziehung, die eigene Persönlichkeit (z. B. Bemühen um Fortbildung) etc.
--> Soziale Rolle, --> Interaktion

Sozialstrukturanalyse: Die Sozialstruktur setzt aus Teilelementen zusammen, die aus relativ dauerhaften Grundlagen und Wirkungszusammenhängen sozialer Beziehungen und sozialer Gebilde (Gruppen, Institutionen) in einer Gesellschaft bestehen. Die Analyse versucht die wichtigsten, prägenden Elemente zu erfassen und sie auf ihren Einfluss und Wechselwirkungen hin zu untersuchen.

Sozialwissenschaften: Die Sozialwissenschaften beschäftigen sich mit dem Menschen und seiner Gesellschaft in vielerlei Formen. Hierzu gehören z. B. folgende Disziplinen: Soziologie, Volkswirtschaftslehre, politische Wissenschaft, Ethnologie und Psychologie. —> Soziologie

Soziologie: Die Soziologie gehört zu den Gesellschafts-/Sozialwissenschaften. Sie erforscht die vielfältigen Strukturen der Gesellschaften), des sozialen Handelns und der sozialen Gebilde und untersucht, welchem sozialen Wandel sie unterliegen. Dabei sind die Gegenstände der Forschung die Vergemeinschaftung (Familie, Nachbarschaftsbeziehungen, soziale Gruppen) und die Vergesellschaftung (Organisationen, Institutionen, Staat) der Menschen.

Sterbefälle: Unter Sterbefällen werden sowohl die natürlich als auch die nicht-natürlich Verstorbenen zusammengefasst.

Stereotyp: Ein Stereotyp entsteht bei einer vereinfachenden, selektiven Selbst- und Fremdwahrnehmung, bei der einzelne Eigenschaften einer Gruppe generalisiert werden, und ist schließlich ein eingebürgertes Vorurteil. Ein Beispiel für einen Altersstereotyp ist etwa „Alle alten Menschen sind langsam.“

Struktur: Beschreibt den inneren Aufbau, Zusammenhang und Wechselbeziehungen einzelner Elemente eines komplexen (Beziehungs-)Gefüges. In der Gesellschaftsanalyse geht es vornehmlich darum, die „soziale Wirklichkeit“ in ihrer Struktur zu fassen.

Strukturwandel: Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur oder von einzelnen Teilbereichen der Gesellschaft (z. B. „Strukturwandel des Alters“), die mit der allgemeinen Struktur der Gesellschaft in Beziehung steht und die beeinflusst.

System, soziales: Statisch: Einheit von in einem Sinnzusammenhang stehenden Elementen (Individuen, Gruppen, Organisationen, Institutionen), die gegenüber einer Umwelt abgrenzbar sind. Prozessual: Zusammenhang von wiederholbaren und sich wiederholenden Vorgängen. Geht es bei dem zu analysierenden Objektbereich um soziale Elemente oder Prozesse (Normen, Rollen, Institutionen oder Handlungen, Intentionen), ist deren Zusammenhang/Einheit als soziales System zu betrachten.

Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell: Wie auch der Ansatz der Person-Umwelt-Passung, versucht das Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell zu erklären, welche sozial-räumliche Umgebung für das Alter optimal ist. Bei diesem Ansatz erklärt man die Passung zwischen individuellen Ressourcen und der Umwelt mit altersbedingtem Rückgang von Ressourcen, der Einfluss der Umwelt auf das Erleben und Verhalten steigt, und Personen im Alter agieren zunehmend reaktiv agieren. -> Person-Umwelt-Passung

Vergesellschaftung/Vergesellschaftungsmodelle: Unter Vergesellschaftung versteht man die Einbindung von Menschen in gesellschaftliche Bezüge, vermittelt über Institutionen wie Familie, Bildung und Erwerbsarbeit, unter Vergesellschaftungsmodelle verschiedene gedankliche Möglichkeiten/Träger/Institutionen des Einbezugs von Individuen in die Gesellschaft.

Viktimisierung ist ein Fachbegriff vor allem in der Kriminologie. Das Verb viktimisieren bedeutet „zum Opfer machen“ (lat. victima, „Opfer“), was auf den Vorgang der kriminellen Schädigung einer Person abstellt.

Abbildungsverzeichnis

1	Wissenschaftliche Disziplinen mit Bezug zur Gerontologie	54
2	Bevölkerungspyramide 2014.	70
3	Entwicklung der Bevölkerung 1975 bis 2014 nach Altersgruppen	71
4	Altenquotient der Bevölkerung 1975 bis 2014 nach Geschlecht.	72
5	Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren an der Gesamtbevölkerung am 31. Dezember 2014	73
6	Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren 1975 bis 2014 nach Altersgruppen	74
7	Frauenanteil in der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren 1975 bis 2014 nach Altersgruppen	75
8	„Greying-Index“ ^(*) der Bevölkerung 1975 bis 2014 nach Geschlecht	76
9	Frauenanteil der Bevölkerung 1975 bis 2014 nach Altersgruppen	77
10	Verheiratete und verwitwete Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren 2002 bis 2014 nach Altersgruppen.	78
11	Armutrisikoquoten ^(*) 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht	79
12	Altenquotient der Bevölkerung 2014 - 2060 nach Geschlecht	81
13	Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren 2014 bis 2060 nach Altersgruppen	81
14	Relative Zunahme der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren in NRW 2040 gegenüber 2014	83
15	Lebenserwartung von Neugeborenen nach den Sterbetafeln 1970/72 bis 2012/14	85
16	Fernere Lebenserwartung der 65-Jährigen nach den Sterbetafeln 1970/72 - 2012/14.	86
17	Haushalte 2014 nach Generationenzusammensetzung und Altersgruppen.	88
18	Bevölkerung 2014 nach ausgewählten Lebensformen und Altersgruppen.	89
19	Bevölkerung 2014 nach ausgewählten Lebensformen, Geschlecht und Altersgruppen	90
20	Bevölkerung 2014 nach Familienstand und Altersgruppen.	91
21	Bevölkerung 2014 nach Familienstand, Geschlecht und Altersgruppen.	92
22	Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Altersgruppen	93
23	Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Herkunftsregionen und Altersgruppen	94
24	Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Aufenthaltsdauer und Altersgruppen	95
25	Bevölkerung in Privathaushalten 2014 nach Haushaltsgröße, Altersgruppen und Migrationshintergrund	96
26	Bevölkerung 2014 nach Familienstand, Altersgruppen und Migrationshintergrund	97
27	Bevölkerung 2014 nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss, Altersgruppen und Migrationshintergrund.	98
28	Bevölkerung 2014 nach höchstem beruflichen Abschluss, Altersgruppen und Migrationshintergrund	99
29	Bevölkerung 2014 nach Nettoeinkommen, Altersgruppen und Migrationshintergrund	100

30	DEAS-NRW: Die Stichprobe 2008	103
31	DEAS-NRW: Die regionale Gliederung Nordrhein-Westfalens	105
32	DEAS-NRW: Erwerbstätigenquote bei Personen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren	106
33	DEAS-NRW: Pro-Kopf-Einkommen im regionalen Vergleich	107
34	DEAS-NRW: Umfang und Verbreitung des Geldvermögens	107
35	DEAS-NRW: Engagementpotenzial im regionalen Vergleich	109
36	DEAS-NRW: Durchschnittlicher Anteil der sozialen Aktivitäten nach Alter und Bildung	110
37	DEAS-NRW: Personen mit zwei oder mehr Erkrankungen nach Alter im regionalen Vergleich	111
38	DEAS-NRW: Sportliche Aktivitäten nach Alter im regionalen Vergleich	112
39	DEAS-NRW: Bewertung der derzeitigen Wohnsituation nach Altersgruppen in NRW	113
40	DEAS-NRW: Fehlen von Ärztinnen und Ärzten sowie Apotheken im regionalen Vergleich	113
41	DEAS-NRW: Partnerschaftsstatus nach Alter im regionalen Vergleich	115
42	DEAS-NRW: Mittlere Netzwerkgröße nach Alter in NRW	116
43	Ältere Menschen*) in NRW 2012 nach Geschlecht und überwiegendem Lebensunterhalt	138
44	Steuerfälle in NRW 2007 nach soziodemografischen Merkmalen und Reichtumsschwellen	140
45	Vermögende und Nichtvermögende 2008 in NRW nach sozialer Stellung	141
46	Altersrenten in NRW, Rentenzugänge 2011	142
47	Grund des Rentenbezugs, Bezugsjahr 2012	143
48	Durchschnittliches Zugangsalter bei Versichertenrenten in NRW	145
49	Armutrisikoquoten von älteren Menschen in NRW 2014 nach Geschlecht und Altersgruppen	151
50	Armutrisikoquoten*) von älteren Menschen in NRW 2002 und 2012 nach Geschlecht	152
51	Armutgefährdung gemessen am Landesmedian	153
52	Entwicklung der Zahlbeträge von Erwerbsminderungsrenten	156
53	Entwicklung der Rentenhöhe (Zugang) zum Durchschnittslohn und Verbraucherpreisanstieg von 1995 bis 2012	157
54	Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter in NRW 2005 bis 2012 jeweils am Jahresende nach Geschlecht	160
55	Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Jahr 2012 im Alter von 55 bis unter 65 Jahren nach Geschlecht	170
56	Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung im Alter von 55 bis unter 65 Jahren 2012 nach Qualifikation	170
57	Erwerbstätigenquote der Bevölkerung im Alter von 55 bis unter 75 Jahren 2002 bis 2012 nach Altersgruppen	171
58	Erwerbstätige 2012 nach Stellung im Beruf und Altersgruppen	173
59	Erwerbstätige 2012 nach Art des Beschäftigungsverhältnis und Altersgruppen	175
60	Erwerbstätige 2012 nach Betriebsgröße und Altersgruppen	176
61	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in NRW nach Altersgruppen	180

62	Belastungseinschätzungen und Alter	181
63	Gesundheitliche Auswirkungen der Arbeit und Alter	182
64	Erholungsaktivitäten nach Alter	183
65	Wichtigkeit der Erholungsaktivitäten nach Alter	184
66	Erholungshemmnisse nach Alter	185
67	Sektoren der Seniorenwirtschaft	192
68	Gesamtbeschäftigte in der Gesundheitswirtschaft	194
69	Erreichtes Alter 2009/2011 und fernere Lebenserwartung	209
70	Mittlere und gesunde Lebenserwartung von 2000/2002 bis 2009/ 2011	210
71	Lebenserwartung der Frauen in Nordrhein-Westfalen 2009/2011 (Drei-Jahres-Mittelwert)	212
72	Lebenserwartung der Männer in Nordrhein-Westfalen 2009/2011 (Drei-Jahres-Mittelwerte)	213
73	Multimorbidität – Verbreitung der zehn häufigsten Dreier- Krankheitskombinationen 2011	215
74	Verbreitung chronischer Krankheiten 2010	216
75	Herz-Kreislauf-Erkrankungen – stationäre Behandlungshäufigkeiten 2011 . . .	218
76	Diabetes Typ 1 und Typ 2, ambulante Behandlungshäufigkeit 2011	219
77	Stütz- und Bewegungsapparat – stationäre Behandlungshäufigkeit	220
78	Krebsneuerkrankungen – mittleres Erkrankungsalter	222
79	Krebserkrankungen – stationäre Behandlungshäufigkeit 2011	223
80	Depressionen – ambulante Behandlungshäufigkeit 2011	225
81	Suizidraten 1980 und 2011	226
82	Entwicklung der Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in der Altersgruppe 65plus aufgrund von Alkoholabhängigkeit	228
83	Entwicklung der Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in der Altersgruppe 65plus aufgrund von Beruhigungs- und Schlafmitteln	230
84	Demenz – ambulante Behandlungshäufigkeit	231
85	Veränderung der Anzahl Demenzkranker in Kreisen	233
86	Veränderung der Anzahl Demenzkranker in kreisfreien Städten	233
87	Veränderung der Anzahl Demenzkranker in Kreisen und kreisfreien Städten	234
88	Neumeldungen von meldepflichtigen Infektionserkrankungen 2012	236
89	Subjektives gesundheitliches Befinden 2010	238
90	Schwierigkeiten mit dem Hören und Sehen	240
91	Chronische Krankheiten und Einschränkungen im Alltag 2010	241
92	Subjektiver Hilfebedarf nach Häufigkeit 2003	242
93	Schwierigkeiten nachbarschaftliche Hilfe zu bekommen 2009	243
94	Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustandes der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems	243
95	Darstellung der WHO-Bewegungsempfehlungen in Anlehnung an die Bewegungspyramide nach Löllgen	254
96	Körperliche Aktivität nach Geschlecht und Altersgruppen	257
97	Sportliche Aktivität bei Frauen nach Altersgruppen	258
98	Sportliche Aktivität bei Männern nach Altersgruppen	258
99	Einwohnerzahl, Vereinsmitglieder und Organisationsgrad in NRW	259
100	Regionstypen (Cluster) nach Strukturdaten 2008	263

101	Bevölkerung im Alter von 55 und mehr Jahren 2011 nach Art der Krankenversicherung, Geschlecht und Altersgruppen	264
102	Einschätzung der Bedeutung hausärztlicher Betreuung 2002 bis 2009	265
103	Hausärztliche Versorgung 2011	266
104	Pflegebedürftige Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen nach Versorgungsart (Daten aus 2013)	285
105	Pflegebedürftige Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen nach Pflegestufen und Versorgungsart in % (Daten aus 2013)	287
106	Entwicklung pflegebedürftiger Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen in absoluten Zahlen (Daten aus 2013)	288
107	Vergleich zwischen stationärer Versorgung und Pflegegeld, ambulante Pflege und/oder Kombinationsleistungen in absoluten Zahlen (Daten aus 2013)	289
108	Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen in Deutschland in absoluten Zahlen (Daten aus 2013)	292
109	Eckdaten der Pflegestatistik 2013 für NRW	307
110	Häusliche Pflege durch Angehörige, alleine und mit Pflegediensten im Vergleich zur Pflegestufe	308
111	Entwicklung der neu belegten Ausbildungsplätze 1999 bis 2012	332
112	Entwicklung der landesgeförderten Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler in NRW	335
113	Landesförderung der Fachseminare für Altenpflege	335
114	Übersicht der Modellstandorte und Modellstudiengänge	337
115	Modal-Split-Anteile von ÖPV und NMIV für Männer und Frauen nach Altersgruppen	341
116	Verkehrstote je 1.000 Verkehrsunfälle mit Personenschaden der jeweiligen Hauptunfallursache	349
117	Ältere Menschen (ab 65 Jahre)	352
118	Ältere Frauen (ab 65 Jahre) 2009 bis 2013	353
119	Ältere Männer (ab 65 Jahre) 2009 bis 2013	354
120	PKS-Daten zu Opferdelikten – ausgewählte Polizeibezirke	359
121	Ausgewählte Opferdelikte (Anzahl der Opfer)	360
122	Anzahl der Opfer mit Opfer-Tatverdächtigenbeziehung „Verwandtschaft“	361
123	Anzahl der Opfer im gemeinsamen Haushalt mit dem Tatverdächtigen lebend	362
124	Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung: „Erziehungs-/ Betreuungsverhältnis im Gesundheitswesen ohne gemeinsamen Haushalt“ (Anzahl der Opfer)	363
125	Anzahl der Opfer bei Tatörtlichkeit „Alten- und/oder Pflegeeinrichtung“	364
126	Anzahl der Opfer bei Tatörtlichkeit „Krankenhaus, Sanatorium“	365
127	Anzahl der Opfer insgesamt NRW	366
128	Anzahl der Opfer insgesamt NRW	367
129	Gewaltkriminalität, leichte Körperverletzung und Bedrohung	367
130	Fallzahlen SÄM-ÜT	370
131	SÄM-ÜT: Alters- und Geschlechterverteilung der Geschädigten	371
132	Cybercrime im engeren Sinne mit Geschädigten ab 65 Jahren	373
133	Altersdiskriminierung	403
134	Bevölkerung von 55 Jahren und mehr 2002, 2005, 2012 nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss und Altersgruppen in NRW	407

135	Bevölkerung im Alter von 55 und mehr Jahren 2012 nach Geschlecht und Altersgruppen in NRW	409
136	Bevölkerung im Alter von 55 und mehr Jahren 2002, 2005, 2012 nach höchstem beruflichen Abschluss und Altersgruppen in NRW	410
137	Bevölkerung ab 15 Jahren 2012 mit Beteiligung an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung nach Altersgruppen in NRW	416
138	Schwerbehindertenquote der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren am 31. Dezember 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen in NRW	440
139	Schwerbehinderte Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren in NRW 2001 – 2011 nach Geschlecht.	441
140	Schwerbehinderte Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren am 31. Dezember 2011 nach Geschlecht und Art der Behinderung.	442
141	Sich überschneidende Personenkreise: Menschen im Alter, mit Schwerbehinderung, mit lebenslanger Behinderung in NRW zum Stichtag 31. Dezember 2011.	449
142	Anteil von Menschen mit Schwerbehinderung getrennt nach Behinderungsarten an der Gesamtbevölkerung von NRW in vergleichbaren Altersstufen	450
143	Eingliederungshilfen für Menschen mit geistiger Behinderung	452
144	Bedingungsfaktoren erfolgreichen Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung	458
145	Gängige Wohn- und Unterstützungsarrangements für Erwachsene mit geistiger Behinderung	469
146	Schwerbehinderte Menschen am 31. Dezember 2011 nach Grad der Behinderung, Geschlecht und Regierungsbezirk	492
147	Schwerbehinderte Menschen und Schwerbehindertenquote am 31. Dezember 2011 nach Altersgruppen und Geschlecht.	493
148	Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Altersgruppen	519
149	Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Herkunftsregionen und Altersgruppen	520
150	Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2014 nach Aufenthaltsdauer und Altersgruppen	521
151	Bevölkerung in Privathaushalten 2014 nach Haushaltgröße, Altersgruppen und Migrationshintergrund	522
152	Bevölkerung 2014 nach Familienstand, Altersgruppen und Migrationshintergrund	523
153	Bevölkerung 2014 nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss, Altersgruppen und Migrationshintergrund.	524
154	Bevölkerung 2014 nach höchstem beruflichen Abschluss, Altersgruppen und Migrationshintergrund	525
155	Bevölkerung 2014 nach Nettoeinkommen, Altersgruppen und Migrationshintergrund	526
156	Kategorisierung der Dokumente zur kommunalen Altenberichterstattung	541
157	Dokumentenanalyse – Vorgehensweise.	542
158	Kriterien guter Praxis zur kommunalen Altenberichterstattung.	543
159	Gute-Praxis-Beispiele zur kommunalen Altenberichterstattung	544
160	Strukturmerkmale der ausgewählten Gute-Praxis-Beispiele kommunaler Altenberichterstattung	545

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living (auf Deutsch: Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben)
AGE (Platform Europe)	Europäisches Netzwerk von Organisationen für Menschen ab 50plus
AGFS	Arbeitsgemeinschaft fahrradfreundliche Städte, Gemeinden und Kreise in NRW e.V.
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
ALPHA	Ansprechstellen im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung
AltPflG	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) AltPflG NRW Gesetz zur Durchführung des Altenpflegegesetzes und zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe (Landesaltenpflegegesetz - AltPflG NRW)
AltPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPflAPrV)
AltPflSchulkoVO	Verordnung über die Gewährung der Pauschale zur Beteiligung an den Schulkosten für die Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung
APG NRW	Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW)
ARR	Deutsches Assessmentinstrument zur Erfassung physischer und psychischer Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger.
AWM	Adult Worker Model (auf Deutsch: Doppelversorgermodell)
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen
BAG LSV	Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesseniorenvertretungen
BaS	Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros
BGBI	Bundesgesetzblatt
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG(S)	Bundesministerium für Gesundheit (und soziale Sicherung)
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CECAD	Cluster of Excellence in Cellular Stress Responses in Ageing-associated Diseases Exzellenzcluster zur zellulären Stressantwort bei altersassoziierten Erkrankungen
CERES	Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social sciences of health

DDZ	Deutsches Zentrum für Diabetesforschung
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DEAS NRW	spezifische Auswertung des DEAS für NRW
DEGS 1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKTK	Deutsches Zentrum für Translationale Krebsforschung
DLR	Institut für Luft- und Raumfahrtmedizin des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
(G-)DRG	diagnosebezogene Fallpauschalen/diagnosebezogene Fallgruppen
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
DZIF	Deutsches Zentrum für Infektionsforschung
DZNE	Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen
EDe (I & II)	Entlastungsprogramm bei Demenz
EFI	Erfahrungswissen für Initiativen
EUROFAMCARE	Europäische Vergleichsstudie zur Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige älterer Menschen
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
FfG	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.
FGSV	Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen
FINDUS	Fallinformation durchsuchen mit System – Datenbankanwendung zur Auswertung und Analyse strafbarer Handlungen
FoGera	Forschungsinstitut für Geragogik
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GdB	Grad der Behinderung
GEDA	Robert Koch-Institut zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
GEPA NRW	Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabe-orientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen
GeStiK	Institut Gender Studies in Köln, zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Universität zu Köln
GO NRW	Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GIA	Gehörlose Menschen im Alter
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
Horizon(t) 2020	EU-Rahmenprogramm für Forschung und Innovation
IAT	Institut für Arbeit und Technik
IAVG	Gesetz zur Alters- und Invaliditätsversicherung
ICT	Information and Communication Technology

IfADO	Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
ILO	International Labour Organization
InWIS	Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung
IPW	Institut für Pflegewissenschaft
ISAS	Institut für Analytische Wissenschaften
ISAR-Score	Identification of Seniors at Risk Screening Tool
IT.NRW	Information und Technik Nordrhein-Westfalen
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KOSKON	Koordination für Selbsthilfe in NRW
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KrO NRW	Kreisordnung für das Land Nordrhein-Westfalen
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
kubia	Kompetenzzentrum für Kultur und Bildung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LaS NRW	Landesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros
LBV NRW	Landesamt für Besoldung und Versorgung NRW
LbG NRW	Beamtenengesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (Landesbe- amtengesetz)
LEANDER	Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten
LSB NRW	Landessportbund
LSV NRW	Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen
LZG.NRW	Landeszentrum für Gesundheit
MAIS NRW	Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MZ	Mikrozensus
MBWSV NRW	Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen
MGEPA NRW	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MIWF NRW	Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen
MKULNV NRW	Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen
MRT	Magnet-Resonanz-Tomografie
MuG III	Studie zum Thema „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“
NAKO	Nationale Kohorte
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NMIV	Nichtmotorisierter Individualverkehr

ÖP(N)V	öffentlicher Personen(nah)verkehr
PATRAS	Paderborner Trainingsstudie
PfWG	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PfWG)
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PKV	Private Krankenversicherung
PURE	Protein Research Unit Ruhr within Europe
PURFAM	Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen
SÄM-ÜT	Straftaten zum Nachteil älterer Menschen – überregionale Tatbegehung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	sozioökonomisches Panel
StGB	Strafgesetzbuch
SUF	Scientific-Use-File
VHZ	Verunglücktenhäufigkeitszahl
WbG	Weiterbildungsgesetz Nordrhein-Westfalen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
WTG NRW	Wohn- und Teilhabegesetz NRW
ZAK	Zentrum für Alternskulturen, Universität Bonn
ZWAR	Zwischen Arbeit und Ruhestand e. V.

Literaturverzeichnis

- Abendroth, M./Naves, R./Ermert, A./Schmidt-Ohlemann, M./Jesse, B./Mandos, M.** (2004): Gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Bestandsaufnahme – Zukunftsmodell. Mainz: Landesverband Rheinland-Pfalz für Menschen mit geistiger Behinderung e.V..
- Abt-Zegelin, A.** (2013): Beraten; Informieren und Schulen als Pflegeaufgabe: Das Wittener Konzept. In: Plessel-Schorn, B. (Hrsg.): Patienten- und Angehörigenedukation, Wien, S. 11 – 23
- Abu-Omar, K./Rütten A.** (2006): Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49, (11); S.1162-1168.
- Afentakis, A./Maier, T.** (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik 11/2010, S. 990–1002
- AGE,** (2006): Auf dem Weg zu einer Europäischen Gesellschaft für alle Lebensalter. Brüssel
- Altgeld, T.** (2004): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise für die Regiestelle des E & C-Programmes. BMFSFJ (Hrsg.) Online verfügbar unter (06/2010) <http://www.eundc.de/pdf/09600.pdf>
- Altgeld, T.** (2009): Alt werden, gesund bleiben - Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Initiieren - Planen - Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 220-234
- Aly, G.** (2013): Die Belasteten: „Euthanasie“ 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt.
- Amelung, Volker E.** (2007): Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement Gebundene Ausgabe – 26. Juli 2007
- AOK Bundesverband** (Hrsg.) (2010): Produktionsfaktor Gesundheit. stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegenetzwerke. Berlin, zuletzt geprüft am 20.10.2014.
- AOK Bundesverband** (Hrsg.) (2011): AOK Report Pflege 2011. Betriebliche Gesundheitsförderung. Berlin, zuletzt geprüft am 21.10.2014
- Apothekerkammer Nordrhein:** Arzneimitteltherapie in Apotheken (ATHINA): Interaktionsmanagement/ Basis-Seminar Brown Bag Review/ Tool-Workshop inkl. Kommunikation
- Arbeitgeberverband Pflege e.V.:** Bündnis aus Pflegewirtschaft und Politik für den steigenden Fachkräftebedarf gefordert. Berlin. Online verfügbar unter [www.arbeitgeberverband-pflege.de/downloads/ Pressemitteilungen/101104_AGVP_Buendnis_Zukunft_Fachkraefte.pdf](http://www.arbeitgeberverband-pflege.de/downloads/Pressemitteilungen/101104_AGVP_Buendnis_Zukunft_Fachkraefte.pdf), zuletzt geprüft am 21.10.2014.
- Arbeitsgemeinschaft der Gleichstellungsbeauftragten in Ostwestfalen-Lippe** (2012): Zukunftsthema Pflege. Broschüre. Stand März 2012
- ARD/ZDF** (2009): ARD/ZDF-Onlinestudie. www.ard-zdf-onlinestudie.de/index.php?id=onlinenutzung-% (zuletzt abgerufen am 19.04.2013)
- ARD/ZDF** (2013): Daten, Fakten, Aufsätze zum Thema „Medien“. Medienbasisdaten.www.ard.de/intern/medienbasisdaten/-/id=8192/18dpbs0/index.html
- Ärztammer Nordrhein** (Hrsg.) (2006): Förderung von Sicherheit, Selbständigkeit und Mobilität – Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung. 3. überarbeitete Auflage
- Asam, W.** (2010): Kommunale Alten(hilfe-)planung und SGB XI. In Aner, K & Karl, U. (Hrsg), Handbuch Soziale Arbeit und Alter (S. 59 – 66): Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Atchley, R. C.** (1976): The sociology of retirement. Cambridge.

- Augurzky, B./Krolop, S./Mennicken, R./Schmidt, H./Schmitz, H./Terkatz, S.** (2011): Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Executive Summary. Hrsg. v. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen (Pflegeheim Rating Report). Online verfügbar unter www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_68_PRR-2011_ExecSum.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2014.
- Augustin, U./Henschke, C.** (2012): Bringt das Telemonitoring bei chronisch herzinsuffizienten Patienten Verbesserungen in den Nutzen- und Kosteneffekten? – Ein systematischer Review. *Das Gesundheitswesen*, 74(12):e114-e121
- Aulenbacher, B.** (2005): Rationalisierung und Geschlecht in soziologischen Gegenwartsanalysen. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden S.230
- Aulenbacher, B./Dammayr, M.** (Hrsg.) (2014): Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Arbeitsgesellschaft im Wandel. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Auth, D.** (2009): Die ‚neuen Alten‘ im Visier des aktivierenden Wohlfahrtsstaats: Geschlechtsspezifische Implikationen des produktiven Alter(n)s. In: S. van Dyk und St. Lessenich: Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur. Campusverlag, S. 296-315
- Auth, D./Klenner, Ch./Leitner, S.** (2014): Neue Sorgekonflikte: Die Zumutung des Adult worker model. Im Erscheinen
- Auth, D./Leiber, S./Leitner, S.** (2011): Sozialpolitik als Instrument der Geschlechtergerechtigkeit. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung, Volume 42, Issue 2
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung** (2012): Bildung in Deutschland 2012. Ein Indikatoren gestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf, Bielefeld
- Babitsch, B.** (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Hans Huber Verlag, Hogrefe AG Bern, S. 66
- Bäcker, G./Schmitz, J.** (2013): Altersarmut und Rentenversicherung: Diagnosen, Trends, Reformoptionen und Wirkungen. In: C. Vogel, A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): Die Rückkehr der Altersarmut? Alter(n) und Gesellschaft, Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 25
- Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofemann, K./Neubauer, J.** (2010): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. 5. Durchgesehene Auflage 2 Bände. Wiesbaden: VS-Verlag
- Backes, G.** (1997): Lebenslage als soziologisches Konzept zur Sozialstrukturanalyse. In: Zeitschrift für Sozialreform, 43. Jg., Heft 4: 704-727
- Backes, G./Clemens, W.** (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim: Juventa Verlag
- Backes, G./Amrhein, L.** (2011): Kommunale Alten- und Seniorenpolitik. In Dahme, H. - J. & Wohlfahrt, N. (Hrsg.), Handbuch Kommunale Sozialpolitik (S. 243 – 253): Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Backes, G./Amrhein, L./Wolfinger, M.** (2008): Expertise zu „Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik.“ im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, S.55f
- Backes, G./Clemens, W.** (2013): Lebensphase Alter. 4. überarbeitete Auflage, Weinheim/Basel: BeltzJuventa
- BAGSO Verbraucherforum** (2007): Befragung „Reisen im Alter“. Bonn
- Baltes, P. B.** (2003): Das hohe Alter – mehr Bürde als Würde? In: Max PlanckForschung 2/2003, S. 15-19.
- Baltes, P. B./Baltes M.** (1994): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Paul B. Baltes und Jürgen Mittelstraß (Hg.): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Sonderausg. des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts der Akad. der Wiss. zu Berlin. Berlin [u.a.]: de Gruyter, S. 1–34

- Baltes, P. B./Baltes, M.** (1992): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Paul B. Baltes und Jürgen Mittelstrass (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin, New York: W. de Gruyter (5), S. 1–34
- Balzer, A./Bremer, M./Schramm, S./Lühmann, D./Raspe, H.** (2012): Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer natürlichen Wohnumgebung. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: DIMDI.
- Barkholdt, C./Frerichs, F./Hilbert, J./Naegele, G./Scharfenroth, K.** (1999): Memorandum „Wirtschaftskraft Alter“. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut Arbeit und Technik. Dortmund/Gelsenkirchen
- Bauer, M./Fitzgerald, L./Haesler, E./Manfrin, M.** (2009): Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practise? A review of the evidence. In: Journal of Clinical Nursing, vol. 18, p. 2539 – 2546
- Bauhardt, C.** (2009): Mädchen und Jungen im städtischen Raum: Aneignungsstrategien und Partizipationschancen für eine geschlechtergerechte Stadtentwicklung. In: Kammerer, Bernd (Hg.): Spielen in der Stadt: Spielleitplanung - Instrumente und Strategien für eine kinderfreundliche Stadt. Nürnberg: Emwe-Verlag, S. 109-128.
- Baykara-Krumme, H/Hoff, A.** (2006): Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: Tesch-Römer, Clemens/ Engstler, Heribert/ Wurm, Susanne (Hrsg.): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 506
- BDA** (2010): Fachkräftemangel bekämpfen – Wettbewerbsfähigkeit sichern. Handlungsempfehlungen zur Fachkräftesicherung in Deutschland
- Becker, R.** (2008): Raum: Feministische Kritik an der Stadt und Raum. In Ruth Becker, Beate Kortendiek (2008): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung, 798-811. VS Verlag (Wiesbaden).
- Beetz, S./Müller B./Beckmann K.J./Hüttl R.F.** (2009): Altern in Gemeinde und Region. (Altern in Deutschland Bd. 5). Nova Acta Leopoldina NF Bd. 103, Nr. 367, Zitat S. 9
- Belwe, K.** (2008): Editorial In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 39/2008 „Neue Medien – Internet, Kommunikation“
- Berekoven, L.** (1990): Erfolgreiches Einzelhandelsmarketing. Grundlagen und Entscheidungshilfen. München: C.H. Beck
- Bereswill, M./Ehlert, G.** (2011): Gender Mainstreaming. In: Ehlert, G./ Funk, H. und Stecklina, G. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Verlag Weinheim und München , S. 148
- Berg, N. v.d./Hoffmann, W.** (2009): Das AGnES-Konzept: neue Versorgungsansätze in ländlichen Regionen. In: Renz G, et al. (Hrsg.): Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen. Bad Boll: Ev. Akademie, S. 145-147
- Bergemann, H./Halm D./Stiftung Zentrum für Türkeistudien (ZfT)** (2006): Bearbeitung: Gerling, V. & Roes, A., Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) e.V. Erschließung der Seniorenwirtschaft für ältere Migrantinnen und Migranten, Expertise im Rahmen der Landesinitiative Seniorenwirtschaft. Dortmund, Essen, Gelsenkirchen; Bennohaus Münster online verfügbar unter <http://bennohaus.info/> (Stand: 19.02.2014)
- Berger, R.** (2007): Strategy Consultants, Studie „Wirtschaftsmotor Alter“, Untersuchte Gütergruppen: Essen, Trinken, Bekleidung, Schuhe, Schmuck, Energie, Möbel, Haushaltsgeräte, Gesundheit, Verkehr, Kommunikation, Home Entertainment, aktive Freizeitgestaltung, Reisen, Restaurants und Körperpflege

- Berger, R.** (2009): Strategy Consultants, „Typologie der Wünsche“, die entwickelten Konsumententypen sind das Resultat einer Segmentierung anhand von 20 Bedürfnissen und Werten von mehr als 9000 befragten über 50-jährigen Konsumentinnen und Konsumenten, entnommen aus der Publikation: „Potenziale nutzen- Die Kundengruppe 50 plus“, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie; Berlin, März 2010
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung** (2011): Demenz-Report – Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf der Alterung der Gesellschaft vorbereiten können, Berlin
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung** (Hrsg.) (2009): „Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt“, S. 13
- Bertelsmann Gesundheitsmonitor**, Public Use File (2002-2009): Auswertung Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).
- Bertelsmann Stiftung** (Hrsg.) (2011): Sozialplanung für Senioren 1. Das Instrument. Online verfügbar unter (06/2012) www.sozialplanung-senioren.de/uploads/tx_jpddownloads/SfS_Teil1_Instrument_ik2_onlineversion_02.doc
- Bertermann, B.** (2010): Aktives Altern und Bildung, in: Naegele, Gerhard (Hg.): Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden, S. 619-636.
- Bertermann, B./Naegele, G./Olbermann, E.** (2012): Armut im Alter. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C./Ziegelmann, J. P. (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2., vollst. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 128-133.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege** (Hrsg.) (2010): Persönliche Ressourcen stärken. Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung. Hamburg. Online verfügbar unter www.bgw-Online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/TP-PRs-Persoенliche-Ressourcen-staerken,property=pdfDownload.pdfdoc/pm_анerkennungsgesetz
- Beswick, A.** (2008): Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, S. 725-735
- Bielefeldt, H.** (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin.
- Bigby, C.** (2004): Ageing with a Lifelong Disability: A Guide to Practice, Program and Policy issues for Human Services Professionals. London.
- Birck, S.** (2011): Potentiale und Risiken älterer Kraftfahrer mit Unfällen und ihre Darstellung in der Lokalpresse, Dissertation Bonn, S. 14 ff
- Bischoff, A./Selle, K./Sinning, H.** (2005): Informieren, Beteiligen, Kooperieren. Kommunikation in Planungsprozessen. Eine Übersicht zu Formen, Verfahren und Methoden. Dortmund.
- Bittles, A./Glasson, E.** (2004): Clinical, Social, and Ethical Implications of Changing Life Expectancy in Down Syndrome. In: *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46, 282-286.
- Bittles, A./Pettersen, P./Sullivan, S./Hussain, R./Glasson, E./Montgomery, P.** (2002): The Influence of Intellectual Disability on Life Expectancy. In: *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A, 470-472.
- Bundesvereinigung Kulturelle Kinder- und Jugendbildung** (Hrsg.) (2011): Kulturelle Bildung – Stark im Leben mit Kunst und Kultur. Remscheid
- Blank, F.** (2011): Die Riester-Rente: Ihre Verbreitung, Förderung und Nutzung. In: *Soziale Sicherheit*, 12: 414-421
- Blankenfeld, C./Heck, M.** (2004): Geistig behinderte erwachsene Menschen in den Stadt- und Landkreisen. Angebotsentwicklung und Bedarfsvorausschätzung zu Tagesstruktur und Wohnen. Stuttgart.

- Blaumeiser, H./Klie, T.** (2002): Handbuch kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Blinkert, B./Klie, T.** (1999): Pflege im Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover
- Blinkert, B./Klie, T.** (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. In: Sozialer Fortschritt, Heft 10, S. 237 – 245
- Blödorn, S./Gerhards, M.** (2005): Die ältere Generation und die Medien. Gegenwart und zukünftige Entwicklungstendenzen. www.ard.de/intern/pressearchiv/-/id=224802/property=download/nid=2235058/11wf2kz/index.pdf
- Boaro, N. & Velji, K.** (2005): Review: Councelling and education may improve outcomes in caregivers of patients with stroke. Evidence Based Nursing, vol. 8 (4), 119, (4 ref)
- Boerner, K. /Schulz, R. /Horowitz, A.** (2004): Positive Aspects of Caregiving and Adaption to Bereavement. In: Psychology and Aging, 19 (4), p. 668 – 675
- Bogumil, J.** (2013): Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demographiepolitik. In Hüther, M. & Naegele, G. (Hrsg.), Demographiepolitik - Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer Verlag S. 259 – 282.
- Bogumil, J./Gerber, S./Schickentanz, M.** (2012): Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demographiepolitik. In: Hüther, M. & Naegele, G. (Hrsg.): Demographiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer VS: 259-282
- Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T.** (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: RKI (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- Bohn, E. Dr.** (2008): „Grundsätzliche Überlegungen zur Förderung, Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Behinderungen“ in: KVJS (Hrsg.): Alter und Behinderung. Informationen, Meinungen und Praxisbeispiele zu einem aktuellen Thema. Dokumentation von zwei KVJS-Fachtagungen und weiteren Materialien, S. 7.
- Bonillo, M./Heidenblut, S./Philipp-Mentzen, H. E./Saxl, S./Schacke, C./Steinhusen, C./Wilhelm, I./Zank, S.** (2013): Gewalt in der Familialen Pflege. Prävention, Intervention – Ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart
- Bönker, F.** (2011): Kommunalisierung der Sozialpolitik? Die Entwicklung der sozialpolitischen Rolle der Kommunen in Deutschland, Frankreich, Großbritannien und Schweden. In Hanesch, W. (Hrsg), Die Zukunft der „Sozialen Stadt“ (S. 97 – 113): Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Borg, E.** (2011): Qualifizierte Arztunterstützung durch EVA-NP. Westfälisches Ärzteblatt 2011/10, S. 19 und 42.
- Borgers, D.** (1989): Die Normalität des Alters als medizinische Pathologie?. In: ders.: Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft. Hamburg: Argument-Verlag, S. 243-262
- Born, Andreas** (2007): Mobile Dienstleistungen für Alltag und Haushalt, Gelsenkirchen
- Bourdieu, Pierre** (1983): Ökonomisches Kapital - Kulturelles Kapital - Soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hg.): Soziale Ungleichheiten, Göttingen, S. 183-198
- Brauckmann, Carola** (2013): „Vielfalt: Lesben und Schwule im Alter“; in ProAlter 3/2013 „Demenz im Quartier; Köln
- Brauer, K./Clemens, W.** (Hrsg.)(2010): Zu alt? „Agism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten. VS-Verlag für Sozialwissenschaften
- Bräutigam, C./Dahlbeck, E./Enste, P./Evans, M./Hilbert, J.** (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Düsseldorf (Arbeit und Soziales). Online verfügbar unter www.boeckler.de/pdf/p_arbp_215.pdf.

- Bräutigam, C./Klettke, N./Kunstmann, W./Prietz, A./Sieger, M.** (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung. In: *Pflege*, Jg. 18, S. 112 – 120
- Brehm, W.** (2006): Gesundheitssport - Kernziele, Programme, Evidenzen: In: Kirch, W. & Badura, B. (Hrsg.): *Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses*, S. 243-265, Heidelberg: Springer.
- Brenke, Karl/Zimmermann, Klaus** (2011): Ältere auf dem Arbeitsmarkt. In: *Viertel-jahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, 80, 2, S. 11 31.
- Breton, L./Carroll, C./Barnston, S.** (2007): Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. In: *Clinical Rehabilitation*. Vol. 21(10), p. 867 – 884
- Bretländer, B.** (2010): Behinderung und Geschlechtergerechtigkeit. In: Jacob, J. / Köbsell, S. & Wollrad., E. (Hrsg.): *Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 171
- Breuer, C.** (Hrsg.) (2013): *Sportentwicklungsbericht 2011/2012. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland*. Köln: Strauß.
- Brink, L.** (2002): Was belastet pflegende Angehörige von Apoplexbetroffenen? In: Schnepf, W. (Hrsg.) (2002): *Angehörige pflegen*. Bern
- Brückner, M.** (2008): Wer sorgt für wen? Auswirkungen sich wandelnder Geschlechter- und Generationenverhältnisse auf die gesellschaftliche Organisation des Sorgens (Care). In: Bauer, A. / Gröning K. (Hrsg.): *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel*. Mabase-Verlag, Frankfurt am Main; S.45
- Brückner, M.** (2011): Zwischenmenschliche Interdependenzen – Sich Sorgen als familiäre, soziale und staatliche Aufgabe. In: Böllert, K. / Heite, C. (Hrsg.): *Sozialpolitik als Geschlechterpolitik*. VS-Verlag, Wiesbaden, S. 107
- Brussig, M.** (2012), Internet-Dokument. Gelsenkirchen, Düsseldorf: Institut. Arbeit und Qualifikation, Hans-Böckler-Stiftung. *Altersübergangs-Report*, Nr. 2012-02
- Bubolz-Lutz, E.** (2007): Geragogik – wissenschaftliche Disziplin und Praxis der Altersbildung, in *Informationsdienst Altersfragen*, S.11
- Bubolz-Lutz, E.** (2006): *Pflege in der Familie*. Freiburg im Breisgau
- Bubolz-Lutz, E.** (2013): Von der Schwierigkeit, Hilfe anzunehmen. In: Zangen, B. (Hrsg.): *Bedingungslos menschlich. Ehrenamtliche im Einsatz*, Neu-Ulm, S. 56 - 65
- Bubolz-Lutz, E./Gösken, E./Kricheldorf, C./Schramek, R.** (2010): *Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch*, Stuttgart
- Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C.** (2006): *Freiwilliges Engagement im Pflegemix. Neue Impulse*. Freiburg
- Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C.** (2011): *Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 6*, GKV Spitzenverband, Berlin
- Bubolz-Lutz, E./Steinfort, J.** (2006): *Die Verschränkung von Lernen und Handeln – zum Bildungsverständnis der Geragogik*, Witten
- Budnick, A./Dräger, D./Blüher, S./Kummer, K.** (2013): Pflegende Angehörige als Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Das Gesundheitswesen* Jg. 75 (1), S. 1 – 2
- Budnick, A./Kummer, K./Blüher, S./Dräger, D.** (2012): Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Jg. 45(3), S. 201 – 211

- Bundesagentur für Arbeit** (2010): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Hrsg. v. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2010.pdf>, zuletzt geprüft am ?
- Bundesagentur für Arbeit** (Hrsg.) (2013): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Arbeitsmarkt. Altenpflege. Nürnberg
- Bundesamt für Familien und zivilgesellschaftliche Aufgaben** (2011): Statistik der Bundesfreiwilligendienstplätze (BFDP). Online verfügbar unter www.zivildienst.de/Cotent/de/UeberUns/Presse/Statistikangebot/Aktuell_ZDP_Detail.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 20.10.2014.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge** (2010): Mediennutzung von Migranten in Deutschland. Integrationsreport 8. Berlin. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp34-mediennutzung-von-migranten.html
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge** (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven, Forschungsbericht 18.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V.** (2009): Potsdamer Forderungen. Verfügbar unter: www.aemgb.de/Images/pdfs/PotsdamerForderungen2009.pdf (05.09.2013).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.** (BAGSO) (Hrsg.) (2007): Supermarkt – gut und bequem einkaufen. BAGSO-Verbraucherforum. Bonn. / (2008): Beratungskompetenz beim Verkauf von Haushaltsgeräten: Wie gut werden Sie beraten? Bonn
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V.** (BAGSO) (Hrsg.) (2013): Entlastung für die Seele – Ein Ratgeber für Pflegenden Angehörige. 5. Auflage. Publikation Nr. 31.
- Bundesärztekammer** (2010): Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. In: Deutsches Ärzteblatt 107 (7), 297-300.
- Bundesinstitut für Berufsbildung** (2013): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2013, Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung, Bonn
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung** (2013): Bevölkerungsentwicklung. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel. Wiesbaden
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales** (BMAS) (2009): Informationen zur Rente mit 67. (www.bmas.de/DE/Themen/Rente/Gesetzliche-Rentenversicherung/Arbeiten-bis-67/rente-mit-67.html?cms_templateQueryString=Rente++ab+67+&cms_searchIssued=0&cms_sortString=-score_&cms_searchArchive=0)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales** (BMAS) (2012): Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2012
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales** (BMAS) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales** (BMAS): Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst
- Bundesministerium für Bildung und Forschung** (BMBF) (2013): Weiterbildungsverhalten in Deutschland. AES 2012 Trendbericht, Bonn
- Bundesministerium für Bildung und Forschung** (BMBF) (Hrsg.): Forschungsagenda der Bundesregierung für den demografischen Wandel - Das Alter hat Zukunft. Berlin 2011 (BT-Drucksache 17/8103)

- Bundesministerium für Bildung und Forschung** (Hrsg.) (2013): Berufsbildungsbericht 2013.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2006): Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA). Online verfügbar unter www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bea-studie-zusammenfassung.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2015
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2007): Mikrozensus im Schnittpunkt von Geschlecht und Migration. Möglichkeiten und Grenzen einer sekundär-analytischen Auswertung des Mikrozensus 2005. Forschungsreihe Band 4. Nomos Verlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2010): „Wirtschaftsmotor Alter“
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2010): Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Meckenheim
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Altersbilder in der Gesellschaft, Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2012): Altern im Wandel – Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Vorgelegt von TNS Infratest Sozialforschung. München
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2012): Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2013): Nationales Gesundheitsziel. Gesund älter werden. Forum Gesundheitsziele in Deutschland.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)** (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS)** (2008): Mobilität in Deutschland 2008, Ergebnisbericht, S. 104
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi)** (2003): Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für alle: eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Kurzfassung der Untersuchungsergebnisse. Berlin. (Dokumentation Nr. 526)

- Bundesverband Geriatrie e. V.** (Hrsg.) (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Kohlhammer Verlag.
- Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V.** (Hrsg.). (2011): Netzgesellschaft. Eine repräsentative Untersuchung zur Mediennutzung und dem Informationsverhalten der Gesellschaft in Deutschland. www.bitkom.org/files/documents/bitkom_publication_netzgesellschaft.pdf
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.** (17.03.2011): bpa spricht sich für eine gesteuerte Zuwanderung im Bereich Pflege aus. Berlin. Online verfügbar unter www.bpa.de/upload/public/doc/mehr_migranten_in_die_pflege, zuletzt geprüft am 20.10.2014.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.** (2011): Deutschland braucht jede Pflegekraft. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.bpa.de/ upload/public/ m](http://www.bpa.de/upload/public/m)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2012): „Alt sind immer die Anderen“, unter: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/fachinformationen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2013): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 6. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz
- Bundeszentrale für politische Bildung** (2014): Zahlen und Fakten: Die soziale Situation in Deutschland. Ausgewählte Armutsgefährdungsquoten. Stand: 29.01.2014. www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61785/armutsgefaehrung (abgerufen am 28.04.2014)
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“.** (2012): Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes vom 01.03.2012. – URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf
- Burzan, N.** (2002): Zeitgestaltung im Alltag älterer Menschen. Eine Untersuchung im Zusammenhang mit Biografie und sozialer Ungleichheit. Opladen: Leske + Budrich
- Busch, V./Dorbritz, J./Heien, T./Micheel, F.** (2010): Weiterbeschäftigung im Rentenalter. Wünsche – Bedingungen – Möglichkeiten. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Wiesbaden 2010.
- Bussche, H. van den** (2011): Nimmt die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung durch Alter und Multimorbidität in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu? Ergebnisse der Beobachtungsstudie MultiCare 2. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie., Supplement 2, S. 80-89
- Bussche, H. van den** (2011): Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. (BMC Public Health), Nr. 11, S. 1-9
- Butterwegge, C./D. Hansen** (2012): Altersarmut ist überwiegend weiblich. Frauen als Hauptleidtragende des Sozialabbaus. In: C. Butterwegge/ G. Bosbach/ M. W. Birkwald (Hrsg.): Armut im Alter. Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung. Campus Verlag, S. 111 – 129
- Chang, C.-K./Hayes R./Perera G./Broadbent M./Fernandes A.** (2011): Life Expectancy at Birth for People With Serious Mental Illness and Other Major Dis-orders from a Secondary Mental Health Care Case Register in London. PLoS ONE 6(5): e19590. doi:10.1371/journal.pone.0019590. Verfügbar unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097201/pdf/pone.0019590.pdf (12.08.2013).
- Cicholas, U./Ströker, K.** (2012): Auswirkungen des demografischen Wandels – Modellrechnungen zur Entwicklung der Privathaushalte und Erwerbsspersonen in Nordrhein-Westfalen. In: Statistische Analysen und Studien, Düsseldorf: IT.NRW.

- Cicholas, U./Ströker, K.** (2012): Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2011 bis 2030/2050. In: Statistische Analysen und Studien, Band 72
- Cicholas, U.; Ströker, K.** (2015a): Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2014 bis 2040/2060. In: Statistische Analysen und Studien, Band 84, Düsseldorf IT.NRW.
- Cicholas, U.; Ströker, K.** (2015b): Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Privathaushalte in Nordrhein-Westfalen. In: Statistische Analysen und Studien, Band 85, Düsseldorf IT.NRW.
- Ciesinger, K.G./Goesmann, C./Klatt, R./Lisakowski, A./Neuendorff, H.** (2011): Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Wertschätzung zweier Dienstleistungsberufe. Hg. v. Technische Universität Dortmund. Dortmund. Online verfügbar unter www.berufe-im-schatten.de/data/bis_tabellenband_pflege_2011.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2014.
- Cirkel, M.** (2008): Seniorenfreundlicher Einzelhandel. Ein Leitfaden für die Praxis. Hrsg. vom Institut Arbeit und Technik. Gelsenkirchen
- Cirkel, M./Juchelka, R.** (2007): Gesundheit und Mobilität im Alter. Public Health Forum, 15, Nr. 3, S. 24-26.
- Clarke, D./Vermuri, M./Gunatilake, D./Tewari, S.** (2008): Brief Report. Helicobacter Pylori Infection in Five Inpatient Units for People With Intellectual Disability and Psychiatric Disorder. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 21, 95-98.
- Cohen, C. A./Colantonio, A./Vernich, L.** (2002): Positive aspects of caregiving: rounding out the care giver experience. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 17 (2), p.184 – 188
- Cohen, C.A./Gene, D.** (2006): Vital und kreativ. Geistige Fitness im Alter. Düsseldorf: Patmos
- Conn, V.S./Minor, M.A./Burks, K.J./Rantz, M.J./Pomeroy, S.H.** (2003): Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. Journal of American Geriatrics Society, 51 (Nr. 8); S. 1159-1168.
- Contreras, N./Martellucci, E./Thum, A.** (2013): National Report Belgium. MoPAct WP3
- Cornelißen, W.** (Hrsg.) (2005): Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik. S. 272ff
- Czaplicki, C.** (2012): Pflege und Erwerbstätigkeit – Eine lebensverlaufstheoretische Perspektive. In: Sozialer Fortschritt 7/2012, S. 159 – 163
- Dahlbeck, E./Neu, M.** (2014): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Nordrhein-Westfalen. Institut für Arbeit und Technik, Forschung Aktuell, 3. Online verfügbar unter www.iat.eu/forschung-aktuell/2014/fa2014-03.pdf (Stand: 22.04.2014)
- Dahme, H. - J./Schütter, S./Wohlfahrt, N.** (2008): Lehrbuch Kommunale Sozialverwaltung und Soziale Dienste. Grundlagen, aktuelle Praxis und Entwicklungsperspektiven. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Dahrendorf, R.** (1966): Bildung ist Bürgerrecht. Hamburg: Nannen-Verlag
- Dahrouge, S./Hogg, W./Tuna, M.** (2010): An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. BioMed Central Public Health, 151, S. 1-12.
- Dallinger, U.** (1997): Ökonomie der Moral: Konflikte zwischen familiärer Pflege und Beruf aus handlungstheoretischer Perspektive. Opladen
- De Groote, K.** (2013): „Entfalten statt liften!“ Eine qualitative Untersuchung zu den Bedürfnissen von Senioren in kulturellen Bildungsangeboten. München: kopaed
- De Groote, K./Fricke, A.** (Hrsg.) (2010): Kulturkompetenz 50+. Praxiswissen für die Kulturarbeit mit Älteren. München: kopaed

- De Groote, K./Nebauer, F.** (2008): Kulturelle Bildung im Alter. Eine Bestandsaufnahme kultureller Bildungsangebote für Ältere in Deutschland. München: kopaed
- Denne, J./Bollmer A.** „Was kommt nach der Werkstatt? Wünsche der Beschäftigten“, S. 110 ff
- Denninger, T./van Dyk, S./Lessenich, S./Richter, A.** (2014): Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft. Transcript Verlag, Bielefeld
- Department of Health** (Hrsg.) (2001): The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century, London, Brosch.
- Der Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen** (2011): Inklusion macht die Gesellschaft reicher. Durchsetzen, mitwirken, anregen
- Deutsche Angestellten Krankenkasse** (Hrsg.) (2011): DAK- Gesundheitsreport 2011. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Hamburg. Online verfügbar unter www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2011.pdf, zuletzt geprüft am 21.10.2014.
- Deutsche Krankenhausinstitut** (DKI): Im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Studie
- Deutsche Rentenversicherung Bund:** Rentenversicherung in Zeitreihen 2012
- Deutsche Rentenversicherung:** RVaktuell 12/2012
- Deutsche Rentenversicherung** (2012): Unsere Sozialversicherung
- Deutsche Rentenversicherung DRV Bund,** Pressemitteilung vom 27.09.2007.
www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/4_Presse/medieninformationen/01_pressemitteilungen/2007/2007_9_27_durchschnittliche_rentenbezugsdauer_steigt.html
- Deutsche Zentrale für Tourismus e.V. (DZT)** (Hrsg.) (2013): Das Reiseverhalten der Deutschen im Inland. Studie. Frankfurt/Main
- Deutscher Berufsverband für Pflegekräfte e.V.** (2011): DBfK fordert ‚bessere Pflege‘ für Pflegenden in Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index.php?action=showArticle&article=DBfK-fordert-bessere-Pflege-fuer-deutsche-Pflegende.php&navid=100, zuletzt geprüft am 20.10.2014.
- Deutscher Bundestag** (2008): Kultur in Deutschland. Schlussbericht der Enquete-Kommission „Kultur in Deutschland“. Regensburg: ConBrio Verlagsgesellschaft
- Deutscher Bundestag** (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland . Altersbilder in der Gesellschaft. Drucksache 17/3815.
- Deutscher Bundestag** (2010): Stellungnahme der Bundesregierung zum Sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (Bundestagsdrucksache 17/3815 vom 17.11.2010). Berlin. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht.pdf (13.06.2013).
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)** (2010): DOSB SPORT PRO GESUNDHEIT. 10 Jahre Qualitätssiegel. Frankfurt am Main: DOSB.
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)** (2013): DOSB SPORT PRO FITNESS. Das Qualitätssiegel für vereinseigene Fitness-Studios – der Prüfkatalog. Frankfurt am Main: DOSB.
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)** (2014): Verfügbar unter: www.richtigfitab50.de/de/richtig-fit-ab-50/gesundheitssport
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)** (2011): Wirtschaftsfaktor Alter und Tourismus. Dokumentation Nr. 101. Berlin

- Deutscher Städtetag** (Hrsg.) (2006): Demografischer Wandel Herausforderungen, Chancen und Handlungsmöglichkeiten für die Städte. Arbeitspapier des Deutschen Städtetages Bearbeitet von der Arbeitsgruppe „Demografischer Wandel“ der Fachkommission „Stadtentwicklungsplanung“ mit Unterstützung des Arbeitskreises „Stadtforschung, Statistik und Wahlen“. Online verfügbar unter (08/2012) www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/demografischer_wandel_2006_arbeitspapier.pdf
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge DV** (2011a): Eckpunkte für eine integrierte Sozial- und Finanzplanung in Kommunen. Online verfügbar unter (02/2012) www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2008-11.pdf
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. DV** (2011b): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum. Online verfügbar unter (02/2012) http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2011/DV%2035-11.pdf
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.** (2011): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, Berlin. Verfügbar unter: http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2011/DV%2035-11.pdf (18.07.2012):
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.**, Koordinierungsstelle für das Nationale Forum für Engagement und Partizipation (Hrsg.) (2013): Bürgerschaftliches Engagement in einer Sorgenden Gemeinschaft – Perspektiven zur Unterstützung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger. Berlin. www.forum-engagement-partizipation.de/?loadCustomFile=Publikationen/NFEP_-_Publikation_Pflege_2_-_barrierefrei.pdf, letzter Zugriff am 27.2.2014
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)** (Hrsg.): Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Köln
- Deutsches Rotes Kreuz DRK** (Hrsg.) (2012): Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft, insb. Maier, Helmut „Den Ruhestand gestalten lernen.“
- Deyhle, H.** (2012): Musikangebote in Nordrhein-Westfalen für Menschen ab 60 Jahren. Im Auftrag des Landesmusikrates Nordrhein-Westfalen e.V. Düsseldorf, S. 6
- Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen** (2010): Rahmenrichtlinie gemäß § 5 Abs. 2 BremAG SGB XII für das Modul „Tagesbetreuung für alt gewordene geistig und geistig/mehrfach behinderte Menschen“ nach § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX für das Land Bremen in der Fassung vom 02.12.2010. Verfügbar unter:
- Dieckmann, F.** (2012): Wohnen. In: Beck, I. & Greving, H. (Hg.) Lebenslage und Lebensbewältigung. Behinderung, Bildung, Partizipation – Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 5. Stuttgart, 234-241.
- Dieckmann, F./Giovis, C.** (2012): Der demografische Wandel bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Vorausschätzung der Altersentwicklung am Beispiel von Westfalen-Lippe. In: Teilhabe, 51 (1), 12-19.
- Dieckmann, F./Giovis, C./Schäper, S./Schüller, S./Greving, H.** (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum BMBF-Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe / KathHO NRW. Verfügbar unter: www.katho-nrw.de/lequi.

- Dieckmann, F./Graumann, S./Schäper, S./Greving, H.** (2013): Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster.
- Dieckmann, F./Metzler, H.** (2013): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht des KVJS-Forschungsprojektes. Stuttgart.
- Diehl, M.** (2010): Optimizing Healthy Aging. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Supplement 1, 57.
- Dietz, M./Walwei, U.** (2011): Rente mit 67. Zur Beschäftigungslage Älterer. IAB- Stellungnahme 1/2011
- Dietzel-Papakyriakou, M./Olbermann, E.** (2001): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P./Wiedl, K.-H. (Hrsg.): Migration und Krankheit, IMIS Schriftenreihe, Bd. 10. Osnabrück, S. 283 – 312
- DIMDI** (Hg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf. Verfügbar unter: www.dimdi.de (22.05.2013).
- Dingeldey, I.** (2007): Wohlfahrtsstaatlicher Wandel zwischen „Arbeitszwang“ und „Befähigung“. In: Berliner Journal für Soziologie, Heft 2, S. 189 – 209
- Dingerkus, G./Schlottbohm, B.** (2006): Den letzten Weg gemeinsam gehen. Sterben, Tod und Trauer in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen (2. Aufl.). Münster.
- Ding-Greiner, C.** (2008): Geistige Behinderung und Demenz. In: Zur Orientierung 2008 (4), 26-29.
- Ding-Greiner, C./Kruse A.** (2004): Alternsprozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kruse A. & Martin, M. (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Bern, 519-531.
- Doblhammer, G./Kreft, D./Dethloff, A.** (2012): Gewonnene Lebensjahre. Langfristige Trends der Sterblichkeit nach Todesursachen in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2012/55, S. 448 - 458
- Doblhammer, G./Schulz, A./Steinberg, J.** (Hrsg.) (2012): Demographie der Demenz. Bern: Verlag Hans Huber, S.53-64
- Doose, S.** (2007): Unterstützte Beschäftigung: Berufliche Integration auf lange Sicht. Theorie, Methodik und Nachhaltigkeit der Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten durch Integrationsfachdienste und Werkstätten für behinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Verbleibs- und Verlaufsstudie (2. akt. u. überarb. Aufl.). Marburg.
- Dragano, N.** (2007): Gesundheitliche Unsicherheit im Lebenslauf. In: APuZ 42/2007: Gesundheit und soziale Ungleichheit. bpb, S. 18 - 25
- Dräger, D./Budnick, A./Kummer, K./Seither, C./Blüher, S.** (2012): Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. In: Public Health Forum 20 / 1, March 2012, S. 31.e1 – 31.e3
- Duell, N./Vogler-Ludwig, K.** (2012): Germany. European Employment Observatory. EEO Review: Employment policies to promote active ageing
- Egger, A./van Eimeren, B.** (2008): Die Generation 60plus und die Medien. Zwischen traditionellen Nutzungsmustern und Teilhabe an der digitalen (R)evolution, in: Media Perspektiven 11/2008, S. 577-588. Online verfügbar unter http://www.media-perspektiven.de/uploads/tx_mppublications/Egger.pdf (Stand 26.02.2014); Online verfügbar unter www.vz-nrw.de/mediabig/5333A.pdf (Stand 19.02.2014)
- Ehlers, A.** (2010): Bildung im Alter – (k)ein politisches Problem. In: G. Naegele, Hrsg.) Soziale Lebenslaufpolitik. VS- Verlag für Sozialwissenschaften. S. 604

- Ehlert, G./Funk, H./Stecklina, G.** (2011): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Weinheim und München, S. 173.
- Eichhorn, L./Huter, J.** (2006): Armut und Reichtum in den Bundesländern: Konzepte für regionalisierte Sozialberichte. In: Soziale Sicherheit 10/2006, S. 350-358
- Eichler, M./Fuchs, J./Maschewsky-Schneider, U.** (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 8. Jg., S. 293-310.
- Eitner, C.** (2011): Einzelhandel. In: Heinze, Rolf G., Naegele, Gerhard & Schneiders, Katrin: Wirtschaftliche Potenziale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Ekerdt, D. J.** (2010): Die Ethik des Beschäftigtseins: Zur moralischen Kontinuität zwischen Arbeitsleben und Ruhestand, in: van Dyk, S. & Lessenich, S. (Hg.): Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur, Frankfurt a.M., 69-84.
- Ekwall, A. K.** (2004): Informal Caregiving at old age. Content, coping, difficulties and satisfaction. Bulletin No. 16 from the Department of Nursing, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden
- Emme von der Ahe, H./Weidner, F./Laag, U./Blome, S.** (2012): Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe II. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Köln, Minden
- Emme von der Ahe, H./Weidner, F./Laag, U./Isfort, M./Meyer, S.** (2010): Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Köln, Minden
- Engels, D.** (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion. In: Sozialer Fortschritt, 5: 109-117
- Engels, D.** (2008): Lebenslagen. In: B. Maelicke (Hrsg.). Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos-Verlag. S. 643-646
- Engl, M.** (2011): „Beschäftigungskompass Gesundheits- und Krankenpfleger/in: Beschäftigungsmöglichkeiten und Alternativen“. A7-24 Aumann, 164 Seiten. ISBN 978-3-942230-01-8
- Engstler, H./Wolf, T./Motel-Klingebiel, A.** (2011): Die Einkommenssituation und –Entwicklung Verwitweter in Deutschland. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 80, 4, S. 77 102.
- Enste, D. H. / Hülskamp, N. / Schäfer, H.** (Institut der deutschen Wirtschaft Köln) (2009): Familienunterstützende Dienstleistungen. Marktstrukturen, Potenziale und Politikoptionen. Deutscher Instituts-Verlag GmbH, Köln.
- Enste, D.** (2011): Die Pflege - Jobmotor der Gegenwart und Wachstumsbranche der Zukunft. IW-Kurzstudie
- Enquete-Kommission** (2002): „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“
- Erikson, E. H.** (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a.M.
- Ermert, Karl** (2011): Stärke des Individuums und Bindekraft der Gesellschaft – Überlegungen zu Werten und Zielen Kultureller Bildung. In: Forum Erwachsenenbildung, Heft 4, S. 19–22
- Esche, A./Große-Starmann, C./Müller, B./Petersen, T./Ritter, M./Schmidt, K.** (2005): Aktion Demographischer Wandel. Kommunen und Regionen im Demographischen Wandel – Bürgermeisterbefragung 2005. Online verfügbar unter (02/2012) www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_20164_20165_2.pdf
- Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit EAFA** (2013): Auf dem Land siehst Du alt aus? In: Kirche im ländlichen Raum 3/2013 Themenheft
- Evangelischer Fachverband Ambulante Pflege für NRW** (2011): Gesetzliche Rahmenbedingungen blockieren eine angemessene Versorgung der Pflegebedürftigen. Düsseldorf. Online verfügbar unter www.diakonie-rlw.de/cms/media/pdf/aktuelles/archiv/2011/2011-05-31Forderungen_AmbulantMVFV.pdf, zuletzt geprüft am 21.10.2014.

- Ewers, M.** (2011): Case Management als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, S. 643 - 660
- Falkenstein, M./Wild-Wall, N.** (2009): Einfluss arbeits- und lebensstilbezogener Faktoren auf die kognitive Leistungsfähigkeit. In: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Ed.), Förderung und Erhalt intellektueller Fähigkeiten für ältere Arbeitnehmer. Abschlussbericht des Projekts „PFIFF“. Dortmund: Initiative Neue Qualität der Arbeit, 13-29
- Felder, S.** (2012): Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft auf das Gesundheitswesen - bleibt es bezahlbar?. In: Günster, Ch./Klose, J./Schmacke, N. (Hrsg.) (2012): Versorgungsreport 2012. Stuttgart: Schattauer 2012, S. 23-32
- Feuerstein** (1995): Weyerer/Bickel 2007, 171
- Fischbach, A./Lichtenthaler, P. W./Decker, C./Boltz, J.** (2010): BIS Ergebnisbericht zur Azubi-Umfrage in der Pflege. Hg. v. Deutsche Hochschule der Polizei. Online verfügbar unter www.berufe-im-schatten.de/data/bis_ergebnis_bericht_zur_azubiumfrage_in_der_pflege.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2014.
- Flade, A.** (2006): Wohnen – psychologisch betrachtet (2. Aufl.). Bern.
- Flade, A.** (2010): Wohnen, Mobilität und Geschlecht. In: Reuschke, D. (Hrsg.): Wohnen und Gender. Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 284.
- Förderverein für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.** (2009): Zukunftsplanung zum Lebensende: Was ich will! Bonn.
- Forrester-Jones, R.** (2013): The road barely taken: funerals, and people with intellectual disabilities. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 26, 243-256.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FfG)/Institut Arbeit und Technik (IAT)** (Hrsg.) (2006): Tourismus & Wellness im Alter. Dortmund
- Forschungszentrum Generationenverträge der Universität Freiburg in Kooperation mit der BGW** (2009): Simulationsmodell zur Zukunft der Altenpflege, Presseerklärung vom 16. Juni 2009
- Franke, A.** (2011): Ältere Unternehmensgründer. In: Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K. Wirtschaftliche Potentiale des Alters. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Franke, A./Reichert, M.** (2010): Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance? Ein internationaler Literaturüberblick. Unveröffentlichter Forschungsbericht zum Projekt „Carers@Work“, gefördert von der Volkswagenstiftung, TU-Dortmund
- Franke, E.** (2012): Anders leben - anders sterben. Gespräche mit Menschen mit geistiger Behinderung über Sterben, Tod und Trauer. Wien.
- Franzkowiak** (2006): Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 179-180.
- Frehe, H.** (2004): Statement von Horst Frehe. In: Garske, T./Schädler, J./Schwarte, N./Taubert, R./Weinbach, H. (Hg.): Brücke(n) in Beschäftigung. Qualifizierungsmöglichkeiten im Dienstleistungsbereich und Perspektivenwechsel in der Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 29. Juni 2004 in Olpe. Olpe, 51-58.
- Freiwilligensurvey** (2009) Geiss, Sabine / Gensicke, Thomas (2010): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und Bürgerschaftlichem Engagement. www.bmfsfj.de/Redaktion-BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/3._20Freiwilligensurvey-Hauptbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

- Frick, J./Grabka, M./Groh-Samberg, O./Hertel, F./ Tucci, I.** (2009): Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Forschungsstudie: Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Frick, J./Grabka, M./Hauser, R.** (2010): Die Verteilung der Vermögen in Deutschland. Berlin: edition sigma. S.171
- Fricke, A./Neubauer, F./Wickel, E.** (2010): „Das Beste in der Musik steht nicht in den Noten“. Erfahrungen aus „Polyphonie - Stimmen der kulturellen Vielfalt“ Ein Projekt zur kulturellen Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten aus dem Ruhrgebiet 2007 - 2010. Hrsg: vom Institut für Bildung und Kultur, Remscheid.
- Fricke, C./Stappel, N.** (2011): In Würde. Bis zuletzt. Hospizliche und palliative Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung (hg. vom Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V.). Augsburg.
- Friebe, J.** (2007): Weiterbildung in einer alternden Gesellschaft. Bestandsaufnahme der demografischen Entwicklungen, des Lernens im höheren Lebensalter und der Perspektiven für die Weiterbildung, Working Paper, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn.
- Fries, J.F.** (1980), Ageing, natural death, and the compression of morbidity, in *The New England Journal of Medicine*, 303 S. 130-136
- Frosch, K.** (2006): Reemployment rates over the life course: Is there still hope after late career job loss? *Thünen-series of applied economic theory*.
- Fuchs, M.** (2008): Kultur macht Sinn. Einführung in die Kulturtheorie. Wiesbaden: VS Verlag
- Gallagher, D./Mhaolain, A./Ryan, D./Walsh, C./Walsh, J. B./Lawlor, B.A.** (2011): Dependence and Caregiver Burden in Alzheimers Disease and Mild Cognitive Impairment. In: *American Journal of Alzheimers Disease & Other Dementias*, Jg. 26 (2), p. 110-114
- Gehrke, B.** (2008): Ältere Menschen und Neue Medien. Entwicklungschancen für künftige Medienprojekte für Frauen und Männer mit Lebenserfahrung in Nordrhein-Westfalen, Marl
- Generali Hochaltrigenstudie** (2014): Der Ältesten Rat s. <http://zukunftsfonds.generali-deutschland.de>
- Generali Zukunftsfonds** (Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Bonn. Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung
- Generali Zukunftsfonds** (Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach (2012): Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse, AWA 2012
- Gensichen, J./Rosemann, T.** (2007): Das Chronic Care Modell: Elemente einer umfassenden Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. Nr. 12, S. 483-486
- Gensicke/Geiss** (2011): Zivilgesellschaft und freiwilliges Engagement in Nordrhein-Westfalen 1999 – 2004 – 2009. TNS Infratest Sozialforschung, München. S. 58.
- Gerlach, I./Juncke, D./Laß, I.** (2011): Familienbewusstes NRW – Was tun Unternehmen? Repräsentative Befragung von Beschäftigten 2011. Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)
- Gerling, V.** (2013): Vorliegende Untersuchungsergebnisse zu den Folgen der demografischen Veränderungen in ländlichen Gebieten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung: Ausgewählte Problemstellungen und Handlungsansätze zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in ländlichen Regionen. Studie im Rahmen des Projekts „Demographiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“, Reader 4 (StrateGIN), Dortmund. Online verfügbar unter www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/pdf/Reader_4_Problemstellungen_und_Handlungsansaeetze.pdf (Stand: 19.02.2014)

- Gerling, V.** (2014): Seniorenwirtschaft als neuer Absatzmarkt: Potentiale und Chancen für kleine und mittlere Unternehmen. In T. Walter (Hrsg.). Betriebliche und unternehmerische Dimensionen des demografischen Wandels. Frankfurt am Main: Peter Lang
- Gerlinger, T./Röber, M.** (2012): „Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko“, Bundeszentrale für politische Bildung, nachzulesen in: Internetquelle: www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72797/pflegebeduerftigkeit-als-soziales-risiko?p=all
- Gesellschaft für Konsumforschung (GfK)** (2004): Verbraucherpanel 2004. Nürnberg: GfK
- Gesundheitsbericht des Bundes:** Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter.
- Geuter, G./Hollederer, A.** (2012): Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. In: Geuter, G./Hollederer, A. (Hrsg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- GGT Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik:** „Komfort & Qualität“. Produktkatalog mit empfehlenswerten Produkten für Haus, Freizeit und Mobilität. Online im Internet: <http://www.komfort-und-qualitaet.de>
- Gielen, A. C.** (2009): Working hours flexibility and older workers' labor supply. Oxford Economic Papers. (61), pp. 240-274
- Gloddek, P., Schmidt, W., Zimmer, B., Olbermann, E. & Schönberg, F.** (2010). Demografie-konzept für den Kreis Kleve. Untersuchungsbericht und Handlungsempfehlungen. Bearbeitung: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. (S. 120ff).
- Goebel, J./Grabka, M.** (2011): Entwicklung der Altersarmut in Deutschland. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 80, 2
- Gold, C.** (2008): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Gesunde Lebenswelten schaffen. Heft 1. Gesundheit Berlin (Hrsg.). Möller Druck und Verlag GmbH, Berlin
- Gold, C.** (2012): Gesund und aktiv älter werden. Heft 6. „Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.). Online verfügbar unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=50989a8b715a14bc6f3226d2a1d3b9e2 (Stand: 10.06.2014)
- Göpfert-Divivier, W./Schulz, W.** (2009): Alltagshilfen erfolgreich aufbauen – Schritt für Schritt in ein neues Geschäftsfeld. Hannover
- Görres, S.** (2010): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Ergebnisbericht. Institut für Public Health und Pflegeforschung. Bremen. Online verfügbar unter www.public-health.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/projekte/Imagekampagne_Abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2014.
- Gräbel, E.** (1998 a): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 31 (1), S. 52 – 56
- Gräbel, E.** (1998 b): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Jg. 31 (1), S. 57 – 62
- Grässer, L./Hegedorn, F.** (Hrsg.) (2012): Soziale und politische Teilhabe im Net? E-Partizipation als Herausforderung, Marl,

- Graumann, S./Dahl, M./Isken, K./Rychter-Suleja, I.** (2012): Quartiersbezogene Konzepte. In: Greving, H., Dieckmann, F., Schäper, S. & Graumann, S. (Hg.): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung. Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster, 33-80.
- Greving, H./Dieckmann, F./Schäper, S./Graumann, S.** (2012): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung. Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster.
- Greving, H./Remke, S.** (2012): Tagesstruktur und Gestaltung freier Zeit im Alter: Potentiale zur Teilhabe. In: Greving, H., Dieckmann, F., Schäper, S./Graumann, S. (Hg.): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung. Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster, 198-226.
- Grimm, B.** (2009): Auswirkungen des Demographischen Wandels auf den Tourismus und Schlussfolgerungen für die Tourismuspolitik. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie
- Grimm, B./Lohmann, M./Heinsohn, K./Richter, C./Metzler, D.** (2009): Auswirkungen des Demographischen Wandels auf den Tourismus und Schlussfolgerungen für die Tourismuspolitik. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie
- Grimme-Institut** (2010)/Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005): Zielgruppenorientierte Verbraucherarbeit für und mit Senioren. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen
- Grimme-Institut** (2010): Im Blickpunkt: Älter werden mit Medien, Internetdokument, S.3f. Online verfügbar unter www.grimme-institut.de/imblickpunkt/pdf/imblickpunkt-aelterwerdenmitmedien.pdf (Stand: 26.02.2014); Hartung, A., Schorb, B. Küllertz, D. & Reißmann, W. (2010). Alter(n) und Medien. Theoretische und empirische Annäherungen an ein Forschungs- und Praxisfeld, Berlin.
- Gröning, K.** (2012): Evaluation der durchgeführten Pflegetrainings und Initialpflegekurse im Zeitraum vom 01. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011. Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“. Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Bielefeld, www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pfleger/Evaluationsbericht_2011.pdf, letzter Zugriff am 02.01.2014
- Gröschke, D.** (2011): Arbeit – Behinderung – Teilhabe. Anthropologische, ethische und gesellschaftliche Bezüge. Bad Heilbrunn.
- Grüber, K.** (2007): „Disability Mainstreaming“ als Gesellschaftskonzept. Annäherungen an einen viel versprechenden Begriff. Sozialrecht + Praxis 17, 7/2007, S. 437-444
- Gruenberg, EM.** (1977), The Failure of Success, Milbank Memorial Fund Quarterly 55 S. 3-24
- Günster/Klose/Schmacke** (Hrsg.) (2012): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 37
- Gusset-Bährer, S.** (2004): „Dass man das weiterträgt, was älteren Menschen mit geistiger Behinderung wichtig ist“. Ältere Menschen mit geistiger Behinderung im Übergang in den Ruhestand. Verfügbar unter: www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/4837 (24.03.2013).
- Haber, P.** (2007): Präventive Bewegung und Training für Menschen über 40: wer, was, wieviel? In: Journal für Urologie und Urogynäkologie, 14 (Nr. 4), S. 5-7 (Ausgabe Österreich).
- Haberfellner, E./Rittmannsberger, H.** (1995): Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch Kranker: eine Netzwerkuntersuchung. In: Psychiatrische Praxis 22 (4), 145-149.

- Härtel, U.** (2002): Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Frauen und Männern. In: Hurrelmann/ Kolip (Hg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Verlag Hans Huber: Bern
- Hartmann-Tews, I./Tischer, U./Combrink** (2012): *Bewegtes Alter(n). Sozialstrukturelle Analysen von Sport im Alter*. Opladen: Budrich.
- Hasselhorn, H.-M./Rauch, A.** (2013): Perspektiven von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 3, S. 339-348.
- Hausen, R.** (2009): Neue Armut im Alter. In: *Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*. 89. Jahrgang. Ausgabe 4, S. 251
- Haustein, S./Hunecke, M./Kemming, H.** (2008): Mobilität von Senioren, in: *Internationales Verkehrswesen* 5/2008
- Haveman, M./Heller T./Lee L./Maaskant M./Shooshtari S./Strydom A.** (2010): Major Health Risks in Aging Persons with Intellectual Disability: An Overview of Recent Studies. In: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 7 (1), 59-69.
- Haveman, M./Stöppler, R.** (2010): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation (2., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart.
- Heimbach, A.** (2003): Mutti würgt meine Seele. *Chrismon / Evangelisches Magazin* Jg. 7, S. 41 – 46
- Heinze, R. G.** (2012): Selbständiges Wohnen: Nur in einer sorgenden Gemeinschaft. In: *Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt/M.: Fischer: 313-320.
- Heinze, R. G./Naegele, G.** (2010): Einleitung – Demografischer Wandel in Deutschland: Herausforderung und Chance. In: R. G. Heinze und G. Naegele (Hrsg.): *Ein Blick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet*. Münster: LIT (61), S. 19-26
- Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K.** (2011): *Wirtschaftliche Potentiale des Alters*, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer
- Heistermann, B./Sanders, M.** (2012): „Was kommt nach der Werkstatt? Anmerkungen aus der Trägerperspektive“ in: DRK (Hrsg.): *Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft*, S.113
- Hejda, M.** (2002): Was belastet pflegende Angehörige dementierender alter Menschen? In: Schnepf, W. (Hrsg.) (2002): *Angehörige pflegen*. Bern
- Helfferich, K./Köster, M.** (2008): Dokumentation des BZgA-Workshops „Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention“. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Gesundheitsförderung konkret*, Band 10, Köln, S. 23.
- Heller, T.** (2004): Aging with Developmental Disabilities. In: Kemp, B. & Mosqueda, L. (Eds.): *Aging With a Disability. What the Clinician Needs to Know*. Baltimore, 213-236.
- Helmchen, H.** (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: Karl Ulrich Mayer und Paul B. Baltes (Hg.): *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin: Akademie Verlag (3), S. 185–219
- Henke, F./Dietze, G.** (2007): *Pflegiothek: Fachwörter in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Cornelsen, Berlin, ISBN 978-3-06-455161-9.
- Henke, K.-D./Troppens, S.** (2010): Zur Finanzierung assistierender Technologien. In: Fachinger, U. & Henke, K.-D. (Hrsg.): *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen*. Baden-Baden: Nomos-Verlag: 135-146
- Henke, K.-D./Troppens, S.** (2010): Zur Finanzierung assistierender Technologien. In: Fachinger, U. & Henke, K.-D. (Hrsg.): *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen*. Baden-Baden: Nomos-Verlag: 135-146.

- Heppenheim, H./Sperl, I.** (2011): Emotionale Kompetenz und Trauer bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart.
- Hephata Magazin** (2011): Nr. 26, April, S. 14 f.
- Hermes, G.** (2006): Der Wissenschaftsansatz Disability Studies – neue Erkenntnisgewinne über Behinderung? In: Hermes, G. und Rohrman, E. (Hrsg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. AG Spak Bücher, Neu-Ulm, S. 15
- Hermes, G./Rohrman, E.** (2006): Einleitung. In: Hermes, G. und Rohrman, E. (Hrsg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. AG Spak Bücher, Neu-Ulm, S. 7
- Heusinger, J./Wolter, B.** (2011): Die jungen Alten. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. Köln. (BZgA-Schriftenreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ Band 38)
- Hippe, W./Sievers, N.** (2006): Kultur und Alter. Kulturangebote im demografischen Wandel. Essen
- Hitchcock, Noël P./Frueh, C./Larme, A./Pugh, J.** (2005): Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expectations*. Nr. 8, S. 54-63
- Hobfoll, S. E./Lilly, R. S./Jackson, J. S.** (1992): Conservation of social resources and the self. In: Veiel, H. O. & Baumann, U. (Eds.). *The meaning and measurement of social support*. New York, p. 125 – 141
- Hodek, J.M./Ruhe, A.K./Greiner, W.** (2009): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. *Bundesarbeitsblatt*. Nr. 12, S. 1188-1201
- Hoffmann, C.** (2002): Sterbe- und Trauerbegleitung. In: Theunissen, G. (Hg.): *Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- oder geistig behindert gelten*. Bad Heilbrunn, 125-138.
- Hofmann, H./Theisen, R.-D./Bätge, F.** (2010): *Kommunalrecht in Nordrhein-Westfalen. Fachbuch mit Übungsaufgaben und Lösungen*. 14. Aufl. Witten: Bernhardt-Witten.
- Hollander, J./Mair, H.** (Hrsg.) (2006): *Den Ruhestand gestalten. Case Management in der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen*. Düsseldorf.
- Hollbach-Grömig, B./Seidel-Schulze, A.** (2007): *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd. 33. Köln
- Hollmann, W./Strüder, H.K.** (2009): *Sportmedizin. Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin*, 5. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Höpflinger, F.** (2005): *Pflege und das Generationenproblem – Pflegesituationen und intergenerationelle Zusammenhänge*. In: Schroeter, K. R. & Rosenthal, T. (Hrsg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim, S. 157 – 175
- Huber, B.** (2009): „Jetzt tanzt er mit dem lieben Gott!“ – Menschen mit geistiger Behinderung und Entscheidungen am Lebensende. In: *Behinderung & Pastoral* (12), 34-36.
- Hülshoff, T.** (2005): *Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik*. München.
- Human Services Research Institute/National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services** (2013): *National Core Indicators*. Verfügbar unter: www.nationalcoreindicators.us (12.03.2013).
- Hundertmark-Mayser, J./Möller, B./Robert Koch Institut** (Hrsg.) (2004): *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23*, S. 11.

- Huntemann, H./Reichart, E.** (2012): Volkshochschul-Statistik. 50. Folge, Arbeitsjahr 2011. www.die-bonn.de/doks/2012-volkshochschule-statistik-01.pdf (zuletzt abgerufen am 19.04.2013)
- Huntemann, H./Reichart, E.** (2013): Volkshochschul-Statistik, 51. Folge, Arbeitsjahr 2012, [Url: www.die-bonn.de/doks/2013-volkshochschule-statistik-01.pdf](http://www.die-bonn.de/doks/2013-volkshochschule-statistik-01.pdf)
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J.** (2004): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz T. & Haisch J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, Verlag Hans Huber. S. 11–20.
- Hurrelmann, K./Kolip, P.** (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber Verlag Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 20
- Hurrelmann, K./Kolip:** Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber: Bern, S. 284
- Hurrelmann, K./Laaser, U.** (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München, Juventa-Verlag. S. 749–780.
- IHK Düsseldorf** (2010): IHK- Spezial. Das Generationen gerechte Einkaufsquartier, Düsseldorf, Februar 2010
- Imhoff-Hasse, S./Wundnetz Witten** (2008): Erfolgsmodell Telekonsil. Deutsches Ärzteblatt PRAXIS, Nr. 4, S. 10-11.
- Infratest Sozialforschung** (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuGIII). München
- Initiative D21** (2012): Nonliner-Atlas 2012. Deutschlands größte Studie zur Internetnutzung. Berlin. www.nonliner-atlas.de
- Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Infas)** (2010): Mobilität in Deutschland (2008), Ergebnisbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung:, Bonn und Berlin
- Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik GmbH** (2010): Evaluierung des Berufsorientierungsprogramms in überbetrieblichen und vergleichbaren Berufsbildungsstätten, Offenbach, S. 45ff.
- Institut für Demoskopie Allensbach** (2010): Monitor Familienleben 2010. Allensbach
- Institut für Mittelstandsforschung Bonn** (2010): „Unternehmensnachfolgen in Deutschland 2010 bis 2014“
- Isfort, M./Brühe, R./Neuhaus, A.** (2012): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2011. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Hausdruck
- Isfort, M./Brühe, R./Neuhaus, A.** (2013): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2012. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Hausdruck
- Isfort, M./Brühe, R./Weidner, F.** (2011): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Hausdruck
- Isfort, M./Gehlen, D./Siegling, B./Brünnett, M./Klostermann, J.** (2014): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2013. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Hausdruck
- Isreal, S.** (1998): Sportmedizinische Ansätze für einen effektiven Alterssport. In: Mechling, H. (Hrsg.). Training im Alterssport. Sportliche Leistungsfähigkeit und Fitness im Alternsprozess. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann.

- IT.NRW** (2011a): Statistische Berichte. Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen 2011 nach Alter und Geschlecht. Verfügbar unter: <https://webshop.it.nrw.de/download.php?id=17785> (17.07.2013).
- IT.NRW** (2011b): Statistische Berichte. Schwerbehinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen am 31. Dezember 2011. Verfügbar unter: <https://webshop.it.nrw.de/download.php?id=18023> (17.07.2013).
- IT.NRW** (2013): Ergebnisse der Pflegestatistik in NRW. <http://www.it.nrw.de/statistik/e/daten/eckdaten/r512pflege.html>, www.it.nrw.de/statistik/e/daten/eckdaten/r512pflege.html#letzte Zugriff am 27.12.2013
- Jacob, J./Wollrad, E.** (2007): Einleitung. In: J. Jacob & E. Wollrad (Hrsg.): Behinderung und Geschlecht – Perspektiven in Theorie und Praxis. Dokumentation einer Tagung. Oldenburg: BIS-Verlag, S. 7-11.
- Jahnsen, R./Massumi-Möller N./Möller M.** (2006): Die Perspektive der Cerebralparese im Verlauf des Lebens. In: Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung 3 (2), 8-21.
- Janicki, M./Dalton, A./Hendersons, C./Davidson, P.** (1999): Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations. In: Disability and Rehabilitation, 21 (5/6), 284-294.
- Janicki, M./Davidson P./Henderson C./McCallion P./Taets J./Force L./Sulkes S./Frangenberg E./Ladrigan P.** (2002): Health Characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. In: Journal of Intellectual Disability Research 46 (4), 287-298.
- Jeltsch-Schudel, B./Junk-Ihry, A.** (2006): Kenntnisse und Vorstellungen älterer Menschen mit geistiger Behinderung über Alter und Lebenslauf. In: Berufsverband der Heilpädagogen e.V. (Hg.): Kongressbericht 2005. Heilpädagogik in Praxis, Forschung und Ausbildung. Berlin, 229-235.
- Jennessen, S.** (2009). Begleiten, Mitfühlen, Lehren. Ethische und pädagogische Aspekte der Rolle von Lehrkräften in der schulpädagogischen Arbeit mit progredient erkrankten Kindern und Jugendlichen. In: Deutscher Kinderhospizverein e.V. (Hrsg.). Leben mit Grenzen. Hospiz Verlag. Wuppertal. 142 – 152
- Jennessen, S./Voller, W.** (2009). Sterbebegleitung in Wohneinrichtungen von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Empirische Sonderpädagogik, Heft 2/2009.
- Jurczyk, K. / Oechsle, M.** (2008): Privatheit: Interdisziplinarität und Grenzverschiebungen. Eine Einführung. In: Jurczyk, K. / Oechsle, M. (Hrsg.): Das Private neu denken. Erosionen, Ambivalenzen, Leistungen. Westfälisches Dampfboot, Münster
- Jürgens, K.** (2013): Deutschland in der Reproduktionskrise – Nachbetrachtung einer Diagnose. In: Nickel, Hildegard Maria / Heilmann, Andreas (Hrsg.): Krise, Kritik, Allianzen. Arbeits- und geschlechtersoziologische Perspektiven. Beltz Juventa: Weinheim/Basel, S. 70-85
- Kaiser, H. J.** (1998): Pädagogisch-didaktische Überlegungen zum Alterssport. Aktuelle theoretische Konzepte der Gerontologie – und ihre Bedeutung für den Alterssport. In: Mechling, H. (Hrsg.): Training im Alterssport. Sportliche Leistungsfähigkeit und Fitness im Alternsprozess. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann.
- Kalwitzki, K.-P.** (2005): Älter werden mit dem Auto, in: Verkehrszeichen 4/2005
- Karl, F.** (1999): Gerontologie und Soziale Gerontologie in Deutschland. In: Birgit Jansen (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 20–46.
- Karl, F.** (2009): Einführung in die Generationen- und Altenarbeit. Opladen & Farmington Hills: Verlag B. Budrich (Zitat, S. 24)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung** (2013): Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). Berlin, Stand 3/2013, erstellt am 13.08.2013 (V. 7.1) Abrufbar über: www.kbv.de/8156.html

- Keese M./D. Hirsch/R. Bednarzik** (2006): Live longer, work longer. Paris, OECD
- Keuchel, S./Weiß, B.** (2010): Lernorte oder Kulturtempel, Infrastrukturerhebung: Bildungsangebote in klassischen Kultureinrichtungen. Köln, S. 123f
- Keuchel, S./Wiesand, A. J.** (2008): Das „KulturBarometer 50+“. Zwischen Bach und Blues... Bonn, S. 18
- Kickbusch, I.** (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Urban & Fischer. S. 181–188.
- Kilian, H./Geene, R./Philippi, T.** (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In Rosenbrock, R. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag N W Verlag für neue Wissenschaften. S. 151–232.
- Kingwell, E./van der Kop, M./Zhao, Y./Shirani, A./Zhu, F./Oger, J./Tremlett, H.** (2012): Relative mortality and survival in multiple sclerosis: findings from British Columbia, Canada. In: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 83, 61-66.
- Kirchen-Peters, S.** (1999): Die Tagespflege – Zwischen konzeptionellem Anspruch und realer Vielfalt. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
- Kistler, E.** (2008): Altersgerechte Erwerbsarbeit. Ein Überblick über den Stand von Wissenschaft und Praxis. Hans-Böckler Stiftung, S. 40
- Kittay, E. F./Carlson, L.** (2010): Cognitive Disability and Its Challenge to Moral Philosophy. Chichester.
- Klein, T./Rapp, I.** (2012a): Partnerschaft und soziale Beziehungen im Alter. In: Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt/M.: Fischer: 194-200
- Klein, T./Rapp, I.** (2012b): Soziale Unterschiede der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. In: Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt/M.: Fischer: 194-201.
- Klie, T.** (2010): Alter und Kommune. Gestaltung des demographischen Wandels auf kommunaler Ebene. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2, 75
- Klie, T.** (2010): Leitbild „Caring Community“. Perspektiven für die Praxis kommunaler Pflegepolitik. In: Bischof, C. & Weigel, B. (Hrsg.): Handbuch innovativer Kommunalpolitik. Freiburg, S. 185 – 203
- Klie, T.** (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München
- Köbsell, S.** (2010): Gendering Disability: Behinderung, Geschlecht und Körper. In: Jacob, J. / Köbsell, S. & Wollrad., E. (Hrsg.): Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transcript Verlag, S. 17-35
- Koepe, A./Maly-Lukas, N./Mausberg, D./Reichert, M.** (2003): Zur Lebenslage pflegender Angehöriger psychisch kranker alter Menschen. In: Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (Hrsg.): Zur Lebenslage pflegender Angehöriger psychisch kranker alter Menschen. Eine empirische Untersuchung. Münster: Diözesan-Caritasverband Köln e. V.
- Kofahl, C./Mestheneos, E./Triantafillou, J.** (2005): EUROFAMCARE. Zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse aus der EUROFAMCARE-Sechs-Länder-Studie. Hamburg. http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/summary_of_findings_de.pdf, letzter Zugriff am 04.01.2014
- Kohls, M.** (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.), Forschungsbericht, 12. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile, letzter Zugriff am 14.01.2014

- Kolip, P./Hurrelmann, K.** (2002): Geschlecht - Gesundheit - Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann, K. / Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber Verlag, S. 22ff
- Kolip, P./Koppelin, F.** (2002): Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann/ Kolip (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber Verlag, S. 501.
- Kolip, P./Lademann, L.** (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 11
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft** (2001): Mitteilung der Kommission. Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen, Brüssel.
- Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS)** (2008): Alter und Behinderung. Informationen, Meinungen und Praxisbeispiele zu einem aktuellen Thema. Dokumentation von zwei KVJS-Fachtagungen und weiteren Materialien. Stuttgart.
- Koordination für Selbsthilfe in NRW (KOSKON)** (2013): Sachbericht der Koordination für Selbsthilfe-Unterstützung (KOSKON) in Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter www.koskon.de/fileadmin/downloads/01.01.2013_-_31.12.2013_-_Internetversion.pdf, zuletzt geprüft am (Stand: 30.06.2014).
- Köppe, O.** (2010): ‚Vorboten‘ der Altersarmut? Zur aktuellen Einkommenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und sozialpolitische Alternativen. In: Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Systemanalyse als politische Reformstrategie. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 251
- Koppelin, F.** (2008): Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger. Theorien, Methoden, Forschungsbeiträge. Bern
- Korzilius, H./Rabatta S.** (2006): Gemeindeschwestern: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung. Dtsch. Ärzteblatt. 103, Nr. 44: S.2926-2928
- Koske, I.** (2009): Improving the Functioning of the Slovenian Labour Market. OECD Economics Department Working Papers. (719). OECD Publishing
- Köster, D.** (2009): Entwicklungschancen in alternden Gesellschaften durch Bildung: Trends und Perspektiven. In: Dehmel, Alexandra / Kremer, H.-Hugo / Schaper, Niclas / Sloana, Peter F.E. (Hrsg.): Bildungsperspektiven in alternden Gesellschaften. S. 85-106.Frankfurt am Main.
- Krauss/Seltzer** (1987): Ageing and Mental Retardation: Extending the Continuum. Washington DC.
- Kristjanson, L. J./Aoun, S.** (2004): Palliative care for families: remembering the hidden patients. In: Canadian Journal of Psychiatry, vol. 49, p. 359 – 365
- Krug, S./Jordan, S./Mensink, G.B.M./Müters, S./Finger, J.D./Lampert, T.** (2013): Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56; S. 765-771.
- Krüger, D.** (2005): Die Auswirkungen des Älterwerdens auf die Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Lützenkirchen, A. (Hg.): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen, Praxisfelder, Institutionen. Stuttgart, 57-78.
- Krüger, H.** (1995): Dominanzen im Geschlechterverhältnis: zur Institutionalisierung von Lebensläufen. In: Becker-Schmidt, R / Knapp, G.-A. (Hrsg.): Das Geschlechterverhältnis als Gegenstand der Sozialwissenschaften. Campus Verlag, S. 195 – 219
- Krüger-Brand. H.E.** (2006): Telemonitoring und Electronic Homecare: Therapie im Wohnzimmer. Dtsch Ärztebl; 103(9): A-522 / B-450 / C-430

- Kruse, A./Ding-Greiner, C./Becker, G./Stolla, C./Becker, A.-M./Baiker, D.** (2012): Contergan. Wiederholt durchzuführende Befragungen zu Problemen, speziellen Bedarfen und Versorgungsdefiziten von contergangeschädigten Menschen. Endbericht an die Conterganstiftung für behinderte Menschen, Heidelberg. Verfügbar unter: http://www.conterganstiftung.de/download/Contergan_Endbericht_Universitaet_Heidelberg.pdf (04.09.2013).
- Kruse, A./Schmitt, E.** (2002): Gesundheit und Krankheit im hohen Alter. In: Hurrelmann/ Kolip (Hrsg.) (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Huber Verlag, S. 206.
- Kruse, A.** (2002): Gesundheit im Alter. RKI (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 10). Online verfügbar unter www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=7990&p_sprache=d&p_uid=gasts&p_aid=73684614&p_lfd_nr=1
- Kruse, A.** (2004): *Gesund altern – Broschüre*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Kruse, A.** (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *Bildungsforschung*, 3 (2), S. 1-25.
- Kruse, A.** (2008): Psychologische Veränderungen im Alter. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit, Krankheit*. Bern, Huber, S. 15-32.
- Kruse, A.** (2010): Bildung im Alter, in: Tippelt, Rudolf; Hippel, Aiga von (Hg.): *Handbuch Erwachsenenbildung*, 4. Durchgesehene Auflage, Wiesbaden, S. 827-840.
- Kruse, A.** (2012). Lebenszufriedenheit aus psychologischer und gerontologischer Perspektive. In: Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) & Institut für Demoskopie Allensbach (2012). *Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) und Institut für Demoskopie Allensbach. Frankfurt am Main: Fischer. S. 62-72
- Kruse, A.** (2012): *Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Stuttgart.
- Kruse, A.** (2012): Lebenszufriedenheit aus psychologischer und gerontologischer Perspektive. In: Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach: *Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt/M.: Fischer: 62-72.
- Kruse, A./Ding-Greiner, C.** (2003): Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 36 (6), 463-474.
- Kruse, A./Wahl, H.W.** (2010): *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Spektrum Akademischer Verlag: Heidelberg
- Kubitzki, J./Janitzek, T.** (2009): *Sicherheit und Mobilität älterer Verkehrsteilnehmer*
- Kuhlmann, A.** (2012): *Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen – zwischen kommunaler Verantwortung und Selbstverpflichtung. Eine Untersuchung in ausgewählten kommunalen Gesundheitskonferenzen in Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen*. Dissertation. TU Dortmund, Dortmund
- Kuhlmann, E.** (2010): Gender im Mainstreaming der Medizin. Wohin geht die Reise? In: Kolip, P. / Lademann, J. (Hrsg.): *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Versorgung zwischen Marketing und Ignoranz*, S. 241
- Kuhlmann, E./Kolip, P.** (1997): Das Geschlechterparadox in der Gesundheitsforschung. Welche Rolle spielt privilegierte Berufstätigkeit? *Jahrbuch für Kritische Medizin (JKM)*. Internetquelle: www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band-26_Kapitel05_Kuhlmann_Kolip.pdf [letzter Zugriff: 19.08.2014]

- Kuhlmeiy, A./Mollenkopf, H./Wahl, H.-W.** (2008): Gesund altern - ein lebenslauforientierter Entwurf. In: Wahl, H.-W. & Mollenkopf, H. (Hrsg.). *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*. Berlin, AKA. S. 265–274
- Kuhlmeiy, A./Schaeffer, D.** (Hrsg.) (2008): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kuhn, S./Haasen, C.** (2012): Alkohol- und Arzneimittelmisbrauch älterer Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 331-336
- Kümmerling, A./Bäcker, G.** (2012): *Carers@Work. Zwischen Beruf und Pflege: Betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtung*. Universität Duisburg Essen, www.vereinbarkeit-leben-mv.de/fileadmin/media/Texte_Infopool/Zwischen_Beruf_und_Pflege_Carers_Work.pdf, letzter Zugriff am 20.01.2014
- Kümmerling, A./Bäcker, G.** (2012): S. 23 u. 25
- Kümpers, S.** (2008): Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozio-ökonomisch benachteiligten älteren Menschen – Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In: Richter, A., Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.). *Dünne Rente - dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit - neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung*. Frankfurt, a. M., Mabuse-Verlag. S. 133–148.
- Kümpers, S./Rosenbrock, R.** (2010): Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In: Naegele, G. (Hrsg.). *Soziale Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 281–308.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe** (Hrsg.) (2006): *Altersdiskriminierung. Alterspotentiale. Wie sieht der Alltag aus? Dokumentation*. Köln
- Lademann, J./Kolip, P.** (2005): *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch Institut, S. 90
- Lademann, J./Kolip, P.** (2008): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention*. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hrsg.): *Fehlzeiten – Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*. Heidelberg: Springer 2008, S. 5-20
- Ladendorf, F.** (2013): *Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger, 2013*. Online verfügbar unter http://it-trends-medicin.de/wp-content/uploads/2013/09/Frank-Ladendorf_Arzneimittelkonto-NRW.pdf
- Lampert, T./Krol, I L.E.** (2014): *Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung*. Hg. v. RKI (GBE KOMPAKT, 2). Online verfügbar unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf;jsessionid=90B7F1D01943301179E0AE307CC1B9C0.2_cid298?__blob=publicationFile.
- Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW)** (Hrsg.) (2010): *Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigkeit*. Düsseldorf (Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, 66).
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA)** (2010): *Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“*. LIGA Fokus 6. Düsseldorf: LIGA.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA NRW)** (2010): *Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter*. LIGA Praxis 6

- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA NRW)** (2011): Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA Fokus 12
- Landessenorenvertretung NRW (LSV)** (2012): „Gemeinsam sind wir einmalig und unersetzlich.“ Siehe Nun Reden Wir 03/2012 Nr. 81
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW)** (2005) (Hrsg.) : Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“ von Menschen mit Behinderungen. Den Ruhestand gestalten. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Düsseldorf.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW)** (Hrsg.) (2007): Vital gesund mobil – aktiv älter werden mit Bewegung. Mechling, Heinz/Brinkmann-Hurtig, Jutta. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW)** (2011): Bewegungsnetzwerk 50 plus. „Jung und Alt – gemeinsam sportlich aktiv“. Projektdokumentation. Duisburg: LSB NRW.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW)** (2012a): Bewegt GESUND bleiben in NRW. Programm des Landessportbundes NRW im Verbundsystem mit den Fachverbänden und Bündeln in Nordrhein-Westfalen. Duisburg: LSB NRW.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW)** (2012b): Bewegt ÄLTER werden in NRW. Programm des Landessportbundes NRW im Verbundsystem mit den Fachverbänden und Bündeln in Nordrhein-Westfalen. Duisburg: LSB NRW.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW)** (Hrsg.) (2010): Allmer/Henning in: „Dokumentation Fachtagung 2010“. Duisburg: Eigenverlag
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)**: Indikatoren Länder-Gesundheitsberichterstattung, Indikator 3.10
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)** (2012): Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune. Evidenzen und Handlungskonzepte für die Kommunalentwicklung - ein Leitfaden. Bielefeld: LZG NRW.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)** (2012): Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune. Evidenzen und Handlungskonzepte für die Kommunalentwicklung - ein Leitfaden. Bielefeld: LZG NRW.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)** (2014): Zentrum für Bewegungsförderung. Verfügbar unter:
http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/zentrum_bewegungsfoerd/index.html (zitiert am 16. April 2014).
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)** (Hrsg.) (2012): Innovationspanel 2010/2011. Klinikwirtschaft NRW. Ergebnisse einer Befragung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser zu ihren Modernisierungsthemen und -projekten im Jahr 2010/2011, Bochum
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)** (2013): „Bewegungsempfehlungen für Erwachsene“ www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/zentrum_bewegungsfoerd/empfehlungen/index.html.
- Landtag Nordrhein-Westfalen** (2007): Intern, 38. Jahrgang, Ausgabe 7 vom 13.06.2007, S.16 „Droht Notstand in der Pflege?“ Sachverständige zu Fragen der Ausbildungsfinanzierung“ Ausschussbericht
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)** (Hrsg.)(2011): Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter. Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen
- Landtag Nordrhein-Westfalen** (2013): Drucksache 16/3388
- Landtag Nordrhein-Westfalen** (2013): S. 10, siehe § 1 Entwurf APG

- Landtag Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) (2004): Kurzfassung des Abschlussberichtes der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“. https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/EnqueteberichtSeiten-005bis031.pdf, letzter Zugriff am 29.12.2013
- Landtag Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) (2004): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden
- Landtag Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Landtag Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) (2013): Gesetzentwurf der Landesregierung - Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW). 16. Wahlperiode. Drucksache 16/3388. www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD16-3388.pdf, letzter Zugriff am 26.02.2014
- Lange, C./Lampert, T.** (2003): Stand und Perspektive einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. In: *Blickpunkt. Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit*. Heft 1, S. 20-25
- Langehennig, M.** (2012a): Genderkonstruierte Angehörigenpflege: Wenn Männer „männlich“ pflegen. In: *Informationsdienst Altersfragen*. Jg. 39 (4), S. 5 – 11
- Langehennig, M.** (2012b): In der Angehörigenpflege seinen „Mann“ stehen – Einblicke in die gender-konstruierte Sorge-Arbeit pflegender Männer. In: Langehennig, M.; Betz, D. & Dosch, E. (2012): *Männer in der Angehörigenpflege*. Weinheim
- Langehennig, M.** (2012b): Seite 10
- Langer, J. /Ewers, M.** (2013): Es ist nicht mehr das alte Leben, das wir führen ... – Beratung von Angehörigen im pflegerischen Entlassungsmanagement. In: *Pflege*, Jg. 26 (5), S. 311 – 320
- Langer, J. /Ewers, M.** (2013): S. 316
- Latten, Kai-Uwe** (2011): In *Health Economist* 06/2011, S. 5-8
- Lawrence, D./Hancock, K.J./Kisely, S.** (2013): The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retro-spective analysis of population based registers. In: *British Medical Journal* 2013;346:f2539 doi:10.1136/bmj. f2539. Verfügbar unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660620/ (12.08.2013).
- Leipold, B./Schacke, C./Zank, S.** (2006): Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 39 (3), S. 227-232
- Lepperhoff, J./Scheele, A.** (2014): Zwischen Finanzmarkt und Fürsorge: Feministische Perspektiven auf Ökonomie und Arbeit. In: *40 Jahre feministische Debatte. Resümee und Ausblick*. Beltz Juventa Weinheim und Basel; S. 125f
- Leve, V./Naegele, G./Sporket, M.** (2009): Die Rente mit 67 – Beschäftigungspolitische Hintergründe und geschlechterspezifische Risiken bei alternden Arbeitnehmerinnen. In: *Doing Age – Weibliche Perspektiven des Älterwerdens*. Nomos, S. 172
- Levin, S./Nir, E./Mogilner, B.** (1975): T-System Immune-Deficiency in Down's Syndrome. In: *Pediatrics*, 56, 123-126.
- Limbourg, M./Matern, S.** (2009): Erleben, Verhalten und Sicherheit älterer Menschen im Straßenverkehr – eine qualitative und quantitative Untersuchung (MOBIAL) Band 4, Köln

- Lindmeier, B.** (2010): Anders alt? Erwartungen von Menschen mit geistiger Behinderung an ihren Ruhestand. In: Schildmann, U. (Hg.): Vom Umgang mit Verschiedenheit in der Lebensspanne. Behinderung – Geschlecht – kultureller Hintergrund – alter/Lebensphasen. Bad Heilbrunn, 280-287.
- Lindmeier, B.** (2013): Selbstbestimmt leben im Alter – Anforderungen an die Angebotsgestaltung für lebenslang (geistig) behinderte Menschen. In: Sonderpädagogische Förderung heute 58 (1), 9-25.
- Lis, K.** (2011): Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. 16 evidenzbasierte Leitlinien. LIGA.Praxis 7
- Lis., K./Olbermann, E./von Koenen, C./Wisniewski, G.** (2011): Praxishandbuch. Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie. Online verfügbar unter www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Projektdateien/110708_Praxishandbuch_Aelter_werden_in_Eving_v01.pdf (Stand: 22.04.2014).
- List, S.M./Ryl, L./Schelhase, T.** (2009): Systeme mit Altersschwäche? Angebote gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für alte Menschen. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter, Berlin
- Lobo, A./Launer, L./Fratiglioni, L.** (2000): Prevalence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts. In: Neurology, 54, Supplement 5, 4-9.
- Löllgen, H.** (2011a): Von der Sportmedizin zur Bewegungsmedizin: In der Evidenz angekommen! In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 62, (Nr. 5), S. 111-112.
- Löllgen, H.** (2011b): Evidenzbasierte Empfehlungen für die Trainingsberatung im Breitensport. Verordnen Sie Bewegung auf Rezept! In: Münchner Medizinische Wochenzeitschrift, 153, (Nr. 12), S. 29-33.
- Löllgen, H./Wismach, J./Kunstmann, W.** (2013): Das Rezept für Bewegung. Einsatzmöglichkeiten für Arzt und Patient. In: Klinikarzt, 42 (9), S. 416-420.
- Lübke, N.** (2012): Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart. Schattauer, S. 51-66
- Lübke, N./Ziegert, S./Meinck, M.** (2008): Geriatrie. Erheblicher Nachholbedarf in der Fort- und Weiterbildung. In: Dt. Ärzteblatt, 105, 21, S. 1120-1122. <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=60269>
- Lüders, S./Kuhlmann, A.** (in Vorbereitung). Senioren- und Bürgergenossenschaften: Herausforderungen und Chancen der gegenseitigen Selbsthilfe. Ein systematischer Überblick.
- Lutz, H./Palenga-Möllenbeck, E.** (2010): Care-Arbeit, Gender und Migration: Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltsarbeitssektor in Europa. In: Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktion entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen, Hrsg. Ursula Apitzsch und Marianne Schmidbaur, S. 143-161, Opladen 2010: Budric
- Mair, H./Hollander, J.** (2006): Den Ruhestand gestalten. Bericht über das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“ von älteren Menschen mit Behinderungen. In: Heilpädagogik online 5 (1), 58-79.
- Martin, L.G./Neighors, H.W./Griffith, D.M.** (2013): The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. JAMA Psychiatry, E1-E7
- Martin, M./Kliegel M.** (2005): Psychologische Grundlagen der Gerontologie. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

- Martin, P.** (2009): Medizin für Erwachsene mit geistiger Behinderung - Gesundheit für's Leben. Präsentationsfolien zum Vortrag bei der Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung am 15./16.05.2009 in Potsdam. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitfuersleben.de> (22.01.2010).
- Matthäi, I./Morschhäuser, M.** (2009): Länger arbeiten in gesunden Organisationen - Praxishilfe zur altersgerechten Arbeitsgestaltung in Industrie, Handel und Öffentlichem Dienst (LagO). Hrsg. v. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken. Online verfügbar unter www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/laenger-arbeit-in-gesunden-organisationen-lago, property=pdf, bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf, zuletzt geprüft am 21.10.2014.
- Maxin, Leena/Deller, Jürgen** (2011): Activities in Retirement: Individual Experience of Silver Work. In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft (Day of release 15.12.2011), www.comparativepopulationstudies.de.
- May, Rollo** (1987): Der Mut zur Kreativität, Paderborn
- May, Rollo** (1987): Der Mut zur Kreativität, Paderborn.
- Mayer, F./Gollhofer, A./Berg, A.** (2003): Krafttraining mit Älteren und chronisch Kranken. Positionspapier der Sektion „Rehabilitation und Behindertensport“ der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP). In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 54, (Nr. 3), S. 88-94.
- Mayring, Ph.** (2000): Pensionierung als Krise oder Glücksgewinn? Ergebnisse aus einer quantitativ-qualitativen Längsschnittuntersuchung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (2000), 124-133.
- McEvoy, J.** (2002): Emotion Recognition and Concept of Death in People with Learning Disabilities, in: The British Journal of Developmental Disabilities 48 (2), 83-89.
- Mechling, H.** (1998): Bonner Thesen zum Training im Alterssport. In: Mechling, H. (Hrsg.): Training im Alterssport. Sportliche Leistungsfähigkeit und Fitness im Alternsprozess. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)** (Hrsg.) (2012): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Köln. (3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI)
- Meinck, M.** (2012): Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. In: Günster, Ch./Klose, J./Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart. Schattauer. S. 249-257.
- Meister, S./Zehle, H./Schacke, C./Zank, S.** (2003): Intervention bei Angehörigen demenziell Erkrankter: Wirkung der gerontopsychiatrischen Tagespflege auf die pflegebedingte Belastung. Poster, präsentiert auf der Jahrestagung 2003 der Sektion III der DGGG in Berlin: 10.10.2003
- Menning, S.** (2008): Bildung und Alter, in: Report Altersdaten, Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2/2008.
- Menning, S./Hoffmann, E.** (2009): Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin. RKI 2009. S. 62-78 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- Menning, S./Nowossadeck, E./Maretzke, S.** (2010): Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Online verfügbar unter (11/2010) www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1_2_2010.pdf
- Mertens, A.** (2010): Sonderbericht: Arbeitsmarktreport NRW 2010. Migrantinnen und Migranten auf dem Arbeitsmarkt. Hrsg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, zuletzt geprüft am 20.10.2014.

- Meyer, M.** (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen, National Background Report for Germany. Im Rahmen des Projektes EUROFAMCARE-6-Länder-Studie. www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf, letzter Zugriff am 04.01.2014
- Michell-Auli, P.** (2001): KDA-Quartiershäuser: die 5. Generation der Alten- und Pflegeheime. Warum wir sie brauchen! In: Pro Alter (September/ Oktober), S. 11 – 19
- Michell-Auli, P.** (2013): „Das Quartier als Basis für eine ‚Sorgende Gemeinschaft‘: Das KDA-Quartierskonzept“: In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Koordinierungsstelle für das Nationale Forum für Engagement und Partizipation (Hrsg.): Bürgerschaftliches Engagement in einer Sorgenden Gemeinschaft – Perspektiven zur Unterstützung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger. Berlin
- Michell-Auli, P./Strunk-Richter, G./Tebest, R.** (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln
- Mielck, A.** (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann/ Kolip (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber Verlag, S. 387.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)** (2003): Ausbildung in der Altenpflege, Empfehlende Richtlinie, Stand: Juni 2003
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)** (2006): Ausbildung in der Altenpflege, Praktischer Rahmenlehrplan, Stand: September 2006
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)** (2007): Ausbildung in der Altenpflege, Hinweise zur gemeinsamen Anwendung von Empfehlender Richtlinie und Rahmenlehrplan, Stand: Januar 2007
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS), Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie NRW (MIWFT)** (Hrsg.) (2008): Aktionsprogramm der Landesregierung zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in NRW. Düsseldorf
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, und Soziales NRW (MAGS)** (2007): Hospizarbeit und Palliativmedizin: Stand und Entwicklung. Düsseldorf 2007
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW (MAIS)** (2012): Aktionsplan der Landesregierung. Eine Gesellschaft für alle – NRW inklusiv. Düsseldorf.
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW (MAIS)** (2012): Sozialbericht NRW 2012. Armuts- und Reichtumsbericht. Düsseldorf 2012. (s. www.mais.nrw.de/sozialberichte/sozialberichterstattung_nrw/aktuelle_berichte/SB2012.pdf)
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW (MAIS)** (2014): Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Hörschädigungen in unterschiedlichen Lebenslagen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Band 1 der Schriftenreihe des MAIS zur Berichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen)
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW (MAIS)** (2016): Die Lebenssituation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Band 2 der Schriftenreihe des MAIS zur Berichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen)
- Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr NRW (MBWSV)** (2012): Gruppenwohnungen für Seniorinnen und Senioren – mehr als eine Wohnung. Ein Handbuch für Investoren.
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration NRW (MGFFI)** (2007): Ältere Menschen und Neue Medien; Entwicklungschancen für künftige Medienprojekte für Frauen und Männer mit Lebenserfahrung in Nordrhein-Westfalen

- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration NRW (MGFFI) (2010):** Qualitätsinitiative in der Gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit, o.O.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation Pflege und Alter NRW (MGEPA):** luK & gender Med.NRW. Gesucht: Die besten Ideen für Information, Kommunikation und Qualität in einem geschlechtergerechten Gesundheitswesen. Wettbewerbsaufruf. Online verfügbar unter http://www.gesundheitswirtschaft-nrw.de/fileadmin/user_upload/aktuelles/MGEPA/20101223_Wettbewerbsaufruf_luKGGenderMedNRW.pdf, zuletzt geprüft am 21.10.2014.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2011):** Landesregierung beschließt Umlagefinanzierung zur Erhöhung der Ausbildungsplätze in den Altenpfleger. Ministerin Steffens: Wichtiger Teil eines Maßnahmenpakets, um Nordrhein-Westfalen demographiefest zu machen. Düsseldorf.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2012):** Landeskonzert gegen Sucht Nordrhein-Westfalen – Grundsätze/Strategie/Handlungsrahmen – (2012). Online verfügbar unter www.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/Landeskonzert%20gegen%20Sucht_ENDVERSION.pdf (Stand: 22.04.2014).
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2012):** Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2012):** Förderungen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch angestellte Ärztinnen und Ärzte. (s. www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/ambulante_versorgung/foerderung/index.ph)
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2012):** Landesgesundheitsbericht 2011. (s. www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitsberichtsdaten/landesgesundheitsberichte/Landesgesundheitsbericht_NRW_2011.pdf)
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2013):** Masterplan altengerechte Quartiere.NRW Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Online verfügbar unter www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/alter/AltengerechteQuartiere.pdf (Stand: 30.06.2014)
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2013):** Krankenhausplan 2015.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2014):** Berufe mit Zukunft. „Potentiale akademischer Gesundheitsfachberufe – Chancen für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der Gesundheitsversorgung“. Online verfügbar unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/berufe-mit-zukunft/1117>; Zugriff: 23.04.2014, zuletzt geprüft am 22.10.2014
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) (2014):** Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen: Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (MGSFF)(2004):** Sozialbericht Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Ministerium für Inneres und Kommunales NRW (MIK) (2013):** Verkehrsunfallstatistik 2013
- Ministerium für Inneres und Kommunales NRW (MIK) (2013):** Verkehrsunfallstatistik 2013
- Ministerium für Wirtschaft, Energie, Bauen, Wohnen und Verkehr NRW (MWEBWV) (2010):** Wohnen ohne Barrieren - Komfort für alle, Beispielhafte Lösungen für Neubau und Bestand
- Ministerium für Wirtschaft, Energie, Bauen, Wohnen und Verkehr NRW (MWEBWV) (2012):** Aktionsplan der Landesregierung zur Förderung der Nahmobilität

- Ministerium für Wirtschaft, Energie, Bauen, Wohnen und Verkehr NRW (MWEBWV) (2012):** Aktionsplan Nahmobilität
- Mischke, C. (2012):** Ressourcen pflegender Angehöriger – eine Forschungslücke? Gesundheitssoziologische und empirische Annäherung an ein bislang vernachlässigtes Forschungsfeld. In: *Pflege*, Jg. 25 (3), S. 163 – 174
- Moritz, S. (2013):** Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen. *Nomos*. Heft 29
- Moschny, A./Klaaßen-Mielke, R./Platen, P./Hinrichs, T. (2014):** Haus- und Gartenarbeit, Wege zu Fuß und Sport im Alter: Querschnittsdaten aus der getABI-Kohorte. In: *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 30, S.54-60.
- Motel-Klingebiel, A./Wagner, M. (2013):** Die Lage älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS)
- Müller, R./Unger, R./Rothgang, H. (2010):** Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. Reicht eine zweijährige Familienpflegezeit für Arbeitnehmer? In: *Soziale Sicherheit*, Jg. 6-7/2010, S. 230 – 237
- Naegele, G. (2009):** Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*,
- Naegele, G. (1993):** Standards in der kommunalen Altenplanung – Die Zeit der „einfachen Antworten“ ist vorbei! In Kühnert, S. & Naegele, G. (Hrsg.), *Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit* (S. 171 – 196). Dortmund: Beiträge zur angewandten Gerontologie Bd. 1. Hannover: Vincentz Verlag.
- Naegele, G. (2006):** Aktuelle Herausforderungen vor Ort – ein Überblick. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Demographie konkret – Seniorenpolitik in den Kommunen* (S. 8 – 23). Gütersloh: Bertelsmann.
- Naegele, G. (2010):** Kommunale Altenpolitik angesichts des sozio-demografischen Wandels neu denken! In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 3, 173-178.
- Naegele, G. (2010):** Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2, 98 – 102.
- Naegele, G. (2010):** Soziale Lebenslaufpolitik – Grundlagen, Analysen und Konzepte. In: Naegele, G. (Hrsg.): *Soziale Lebenslaufpolitik*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., S. 27–85.
- Naegele, G. (2010a):** Kommunen im demografischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 2, S. 98-102
- Naegele, G. (2010b):** Demographischer Wandel und demographisches Altern in Deutschland: Probleme, Chancen und Perspektiven. In: Heinze, Rolf G. und Naegele, Naegele (Hrsg.): *Ein Blick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet*. Münster: LIT (61)
- Naegele, G. (2011):** Selbstbestimmt Leben und wohnen im Alter. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 5: 339-350
- Naegele, G. (2012):** Einführung in die Alternswissenschaften. Vorlesung. Lehrstuhl für Soziale Gerontologie. TU Dortmund. Dortmund
- Naegele, G. (2012a):** Der Einfluss staatlicher und privater Alterssicherungssysteme auf die materielle Situation der älteren Generation: In: *Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt/M.: Fischer: 94-103.

- Naegele, G.** (2012b): Innerfamiliäre Generationenbeziehungen und gesellschaftliches Generationenverhältnis. In: Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach: Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt/M.: Fischer: 243-250.
- Naegele, G.:** Gesundheitliche Versorgung in einer alternden Gesellschaft; in: Hüther, Michael/ Nägele, Gerhard (Hrsg.): Demographiepoltik, Herausforderungen und Handlungsfelder, S. 245-258
- Naumann/Murtagh/Hubert** (2004): Verbrugge, 1982.
- Naumann/Romeu Gordo** (2010): Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung, i: Motel-Klingebiel, Andreas / Wurm, Susanne / Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) Stuttgart
- Nebauer, Flavia/de Groot, Kim** (2012): Auf Flügeln der Kunst. Ein Handbuch zur künstlerisch-kulturellen Praxis mit Menschen mit Demenz. München: kopaed
- Netzwerk „Allianz Familie + Beruf Leipzig“** (AFB) (2010): Online-Befragung zum Thema „Ver- einbarkeit von Pflege und Beruf“ im August / September 2010. Leipzig
- Neu, M.** (2012): Regionale Disparitäten. In: Forschungsverbund Sozioökonomische Bericht- erstattung (Hrsg.), Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien. S. 185 – 200.
- Neu, M./Strohmeier K. P./Kersting, V.** (2011): Sozialberichterstattung als Grundlage für eine kommunale Politik gegen Segregation. In Hanesch, W. (Hrsg.), Die Zukunft der „Sozialen Stadt“. Strategien gegen soziale Spaltung und Armut in den Kommunen (S. 219 – 237). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Neubauer, F.** (2013): Auf Flügeln der Musik. Ein Pilotprojekt zur Kulturteilhabe von Menschen mit Demenz durch neue Ansätze der Musikvermittlung, Projektdokumentation, hrsg. Vom Institut für Bildung und Kultur e.V. Remscheid
- Neubauer, F./de Groot, K.** (2012): Auf den Flügeln der Kunst. Ein Handbuch zur künstlerisch- kulturellen Praxis mit Menschen mit Demenz. München
- Neuber, G.** (2011): Gesundheitsförderung. In: Ehlert, G. / Funk, H. / Stecklina, G. (Hrsg.): Wör- terbuch Soziale Arbeit und Geschlecht, S. 174
- Neugebauer, D.** (2011): Wenn ich groß bin, werde ich Museumsgeragoge. In: Kulturräume+. Das kubia-Magazin 1, S. 23-25
- Niederfranke, A./Naegele G./Frahm E.** (Hrsg.) (1999): Die vielen Gesichter des Alterns. Opla- den [u. a.]: Westdt. Verlag
- Niehaus, M.** (1995): Aus Statistiken lernen: Ausgewählte Analysen der Schwerbehindertensta- tistik, des Mikrozensus und der Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit. In: Fleßner, Heike- Marie (Hrsg.): Aufbrüche - Anstöße : Frauenforschung in der Erziehungswissenschaft - Bei- träge aus dem Fachbereich 1 der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg, S. 157 – 173
- Noll, H.H./Weick, S.** (2012): Altersarmut: Tendenz steigend. ISI Informationsdienst Soziale Indi- katoren. Nr. 47, S. 1-7
- Nordentoft, M./Wahlbeck, K./Hällgren, J./Westman, J./Ösby, U./Alinaghizadeh, H./Gissler, M./Laursen T.M.** (2013): Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS ONE 8(1): e55176. doi:10.1371/journal.pone.0055176. Verfügbar unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555866/pdf/pone.0055176.pdf (12.08.2013).
- Notz, G.** (2010): Bürgerschaftliches Engagement im ‚aktivierenden Sozialstaat‘: Geschlechter- rasymmetrien oder -hierarchien im und durch das ‚Ehrenamt‘? In: Dackweiler, R./ Schäfer, R. (Hrsg.): Wohlfahrtsstaatlichkeit und Geschlechterverhältnisse aus feministischer Pers- pektive. S. 168 - 188.

- Notz, G.** (2011): Ehrenamt. In: Ehlert, G. / Funk, H. / Stecklina, G. (2011): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa-Verlag Weinheim und München, S.101-103
- Nowossadeck, S./Nowossadeck, E.** (2011): Deutsches Zentrum für Altersfragen: Krankheitspektrum und Sterblichkeit im Alter. Berlin. (Report Altersdaten Heft 1-2/2011)
- Nowossadeck, S./Vogel, C.** (2013): Aktives Altern: Erwerbsarbeit und freiwilliges Engagement. report altersdaten Heft 2/2013. DZA, S. 17
- NRW/SPD – Bündnis 90/Die GRÜNEN NRW:** Koalitionsvertrag 2012-2017
- OECD** (2007) Overcoming Labour Market Segmentation. OECD Economic Surveys: Austria 2007. OECD Publishing.
- Olbermann, E.** (2006): Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen. Kurzexpertise für das Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. Institut für Gerontologie. Dortmund
- Olbermann, E.** (2008): Kultursensible Altenhilfe. In: Aner, K. & Karl, F. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit: Ältere und alte Menschen, Band 5 der Reihe Basiswissen Soziale Arbeit. Hohengehren, S. 138-150
- Olbermann, E.** (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projektergebnisse. In: Informationsdienst Altersfragen, Jg. 37 (6), S. 3 – 8
- Olbermann, E.** (2011): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Schlussbericht zum Forschungsprojekt. Dortmund. <http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01fb11/672747669.pdf>, letzter Zugriff am 13.01.2014
- Olbermann, E.** (2013): „Gegenwärtige Situation von pflegebedürftigen Zuwander/-innen und ihren Angehörigen.“ Vortrag auf dem 2. Essener Fachdialog Interkulturelle Altenhilfe am 21. März 2013, Essen
- Olbermann, E.** (2014). Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund: Forschungsstand zur gesundheitlichen Lage, zum Bedarf, zu Zugangswegen und zur Angebotsgestaltung. Vortrag im Rahmen der Fachtagung der BZgA zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund“ am 9.12.2013 in Köln. Online verfügbar unter www.bzga.de/pdf.php?id=3e3612673ae7bae33b678f3c6ce65f91 (Stand: 21.07.2014).
- Olbermann, E./Drewniok, A./Lak, C.** (2010). Praxisleitfaden zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Forschungsprojektes und Handlungsempfehlungen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie. Online verfügbar unter www.fgg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Projektdateien/Praxisleitfaden_Migranten_web.pdf (Stand: 21.07.2014).
- Olbermann, E./Kuhlmann, A./Linnenschmidt, K./Kühnel, M.** (2014). Kommunale Altenberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Eine Arbeitshilfe für Kommunen. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund, Dortmund.
- Overcoming Labour Market Segmentation** (2007): OECD Economic Surveys: Austria 2007. OECD Publishing
- Özcan, V./Seifert, W.** (2006): Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Lebens-Situation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Berlin: LIT-Verlag.
- Pabst, A./Piontek, D./Kraus L./Müller S.** (2009): Substanzkonsum und substanzbezogenen Störungen. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht 2010; 56(5): 327-336.
- Pelizäus-Hoffmeister, H.** (Hrsg.): 2014: Der ungewisse Lebensabend? Alter(n) und Altersbilder aus der Perspektive von (Un-)Sicherheit im historischen und kulturellen Vergleich. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften (Wiesbaden)

- Perrig-Chiello, P.** (2012): Familiäre Pflege – ein näherer Blick auf eine komplexe Realität. In: Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (Hrsg.) (2012): *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*. Bern, S. 111 - 210
- Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F.** (Hrsg.) (2012): *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*. Bern
- Petermann, T./Revermann, C./Scherz, C.** (2006): *Zukunftstrends im Tourismus*. Berlin: edition sigma
- Pförtner, T.-K.** (2013): *Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung*. Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 22 ff
- Pfuhl, J.** (2010): Das „traurige“ Geschlecht. Sind Frauen depressiver als Männer? In: Kolip, P. / Lade, J. (Hrsg.): *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz*. Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 143
- Pichler, B.** (2010): Aktuelle Altersbilder: „junge Alte“ und „alte Alte“. In: Aner, K. & Karl, U. (Hg.) (2010): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden, 415-425.
- Pichler, B.** (2011): Revoltierendes Anerkennen des Alter(n)s. Für eine unzeitgemäße Sicht auf das Alter, in: *Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs*. Ausgabe 13, 2011. Wien. Verfügbar unter: <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/11-13/meb11-13.pdf> (13.06.2013).
- Pientka, L.** (2008): Medizinische, ökonomische und soziale Gründe für die Krankenhausbehandlung älterer Menschen. Empirische Analyse aus Sicht der Altersmedizin und Versorgungsforschung für die Erstellung von Planungsdaten zur Optimierung der Versorgung. Gutachten für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Pientka, L.** (2013): Krankenhausbedarfsplanung und Entwicklung eines Konzepts „Integrierte medizinische Versorgung älterer Menschen“. Gutachten für das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen LZG.NRW, Herne
- Pohl, C.** (2010): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen. Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030. Hrsg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. (IAB) Nordrhein-Westfalen in der Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen Online verfügbar unter http://doku.iab.de/regional/NRW/2011/regional_nrw_0211.pdf, zuletzt geprüft am 12.07.2013.
- Pohlmann, S./Leopold, C./Heinecker, P.** (2012): Richtungsentscheidungen für Jung und Alt (Seite 19-40) Stefan Pohlmann (Hrsg.): *Altern mit Zukunft*. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften (Wiesbaden)
- Pöllen, W.** (2011): Gesundheitsamt Düsseldorf: Beratungsstelle für alte Menschen, chronisch Kranke und körperlich Behinderte. (Präsentation Power Point)
- Polutta, A.** (2011): Wirkungsorientierte Steuerung sozialer Dienste. In Dahme, H. - J. & Wohlfahrt, N. (Hrsg), *Handbuch kommunale Sozialpolitik* (S. 372 – 382). Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Polzer, C./Figgen, M./Seiler, K./Beerheide, E./Evers, G./Van Loocke-Scholz, A./Mayer, S./Müller, A./Roese, L.** (2014): *Gesunde Arbeit NRW 2014. Belastung – Auswirkung – Gestaltung – Bewältigung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in NRW*. transfer 5. Düsseldorf: Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen
- Prahl, H.-W./Schroeter, K. R.** (1996): *Soziologie des Alterns. Eine Einführung*. Paderborn: Schöningh
- Preißner, M./Knob, A.** (2006): Standortplanung im Einzelhandel vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. In: *Handel im Fokus*, Heft 2: 101-113

- Qiu, C./von Strauss, E.** et al. (2013) Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden, *Neurology*, 80,20
- R + V Versicherung AG** (Hrsg.) (2012): Weil Zukunft Pflege braucht. Die R + V-Studie zu Frauen und Pflege. www.freiraum-fuers-leben.de/presse/Studienbooklet_Weil_Zukunft_Pflege_braucht.pdf, letzter Zugriff am 17.01.2014
- Radtke-Röwekamp, B.** (2008): Frauen als Pflegenden Angehörige. Geschlechterspezifische Dimensionen familialer Pflege. In: Bauer, A. / Gröning K. (Hrsg.): *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main; S. 241 – 258
- Raspe, H.** (2011): Chronische Erkrankungen – Definition und Verständnis. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (1), S. 4-8.
- Rehling, B./Klein, L./Stallmann, L.** (2011): Kommunale Planung und Entwicklung in der alternierenden Gesellschaft. Der demographische Wandel als Herausforderung und Chance. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 4, 268 – 277.
- Reichert, M.** (1997): Analyse relevanter Literatur zum Thema „Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Hilfe/Pflege für ältere Angehörige“. In: Beck, B.; Naegele, G. & Reichert, M. (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege*. Stuttgart, S. 23 – 62
- Reichert, M.** (1997): S. 38f; EUROFAMCARE, Kofahl et al. 2005, S. 4; Langer/Ewers 2013, S. 315
- Reichert, M.** (2000): Pflege und Beruf. In: Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart, S. 359 – 365
- Reichert, M.** (2003): Erwerbstätigkeit und Pflege – ein neues Konfliktfeld des Demographischen Wandels? Überblick über den nationalen und internationalen Forschungsstand. In: Goldmann, M.; Mütterich, B.; Stackelbeck, M. & Tech, D. (Hrsg.): *Projektdokumentation Gender Mainstreaming und Demographischer Wandel*. Dortmund, S. 203 – 223
- Reichert, M.** (2003): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Ein Überblick zum neuesten Forschungsstand. In: Reichert, M.; Maly-Lukas, N. & Schönknecht, C.: *Älter werdende und ältere Frauen heute. Zur Vielfalt ihrer Lebenssituation*. Wiesbaden, S. 123 – 148
- Reichert, M.** (2010): Pflege – ein lebensbegleitendes Thema? In: Naegele, G. (Hrsg.): *Soziale Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden, S. 309 - 327
- Reichert, M./Stratmann, J.** (1993): *Altenberichterstattung: Aufgaben, Probleme und Forderungen*. In Kühnert, S. & Naegele, G. (Hrsg.), *Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit* (S. 217-234). *Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie Bd. 1*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Reichwein, A./Berg, A./Glaser, D./Junker, A./Rottler-Nourbakhsh, J./Vogel, S./Trauth-Koschnick, M.** (2011). *Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen*. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Reimann, H./Reimann H.** (1994): Einleitung: Gerontologie - Objektbereich und Trends. In: Helga Reimann (Hrsg.): *Das Alter. Einführung in die Gerontologie ; 19 Tabellen*. 3. Aufl. Stuttgart: Enke, S. 1-29
- Reimer, R. und Riegraf, B.** (2013): „Geschlechtergerechte Care-Arrangements in Pflege-Wohngemeinschaften? Studie zur Neuverteilung formeller und informeller, professioneller und semiprofessioneller Pflegeaufgaben“. In: *Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW*, Nr. 3/2013, Koordinierungs- und Forschungsstelle, Essen. S. 36-41
- Reinhardt, U.** (2014): *Tourismusanalyse 2014*, Stiftung für Zukunftsfragen (Hrsg.). Hamburg
- Richter, A.** (2012): Delegation in der Hausarztpraxis. *Der Allgemeinarzt*. 11, S. 10.
- RKW Kompetenzzentrum** (2010): Studie „Ältere Gründerinnen und Gründer“, Eschborn, August 2010, S. 64

- RKW Kompetenzzentrum** (2011): Tourismus 50plus: Anforderungen erkennen – Wünsche erfüllen. Ältere Gäste begeistern mit Service, Qualität und Komfort. Eschborn
- RKW Kompetenzzentrum** (Juli 2011): „Zukunftsmarkt 50plus. Chancen und Herausforderungen für das Verarbeitende Gewerbe“, Eschborn, Seite 15ff.
- Robert Koch Institut** (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- Robert Koch Institut** (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 16
- Robert Koch Institut** (2010): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“, Berlin 2010.
- Robert Koch-Institut** (2006) (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Robert Koch-Institut** (2009) (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. 2009, Berlin.
- Robert Koch-Institut** (2011) (Hrsg.): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“, 2011, Berlin
- Robert-Koch-Institut** (2012): Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland. Verfügbar unter: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/degs_info_broschuere.pdf?__blob=publicationFile (zitiert am 22.April 2014)
- Robertson, J./Emerson, E./Gregory, N./Hatton, C./Kessissoglou, S./Angela Hallam, A./Linehan, C.** (2001): Social Networks of People With Mental Retardation in Residential Settings. In: Mental Retardation, Vol. 39, No. 3, pp. 201-214.
- Rohden, K.S./Villard H. J.** (2010): Kommunale Alten(hilfe-)planung – Rahmung und Standards. In Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.), Handbuch soziale Arbeit und Alter (S. 51 – 57). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rohrmann, A.** (2012): Zwischenbericht „Inklusive Gemeinwesen planen“. Siegen. Verfügbar unter: http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/inklusivegemeinwesen/zwischenbericht_05-10-2012.pdf (14.07.2013).
- Rohrmann, A./Schädler, J.** (2014): Inklusive Gemeinwesen planen – eine Arbeitshilfe.. Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW. (MAIS). Düsseldorf.
- Rohrmann, A./Schädler, J./Wissel, T./Gaida, M.** (2010): Materialien zur örtlichen Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen. ZPE-Zeitschriftenreihe Nr. 26. Siegen.
- Rohwedder, S./R. J. Willis** (2010): Mental Retirement. Journal of Economic Perspectives. (24), 119-138
- Rosenbrock, R.** (2004): Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. Das Gesundheitswesen, 66, 146-152
- Rothgang, H./Kulik, D./Müller, R./Unger, R.** (2009): BARMER GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 73. St. Augustin.
- Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Sauer, S./Unger, R.** (2010): Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwäbisch Gmünd (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 5, Hrsg.: BARMER GEK) online verfügbar unter www.barmer.gek.de/barmer/web/portale/Presseportale/Supportal/Presseinformationen/archiv/2010/101130/pflegereport/pdf
- Rothgang, H./Iwansky, S./Müller, R./Sauer, S./Unger, R.** (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011. St. Augustin: Asgard (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 11, Hrsg.: BARMER GEK)
- Rothgang, H./Müller, E.** (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege und Krankenversicherung, Bremen.

- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R.** (2013): BARMER GEK-Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 23. Siegburg
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R./Weiß, C./Wolter A.** (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 17
- Rubin, S. / Rimmer, J.H. / Chicoine, B. / Braddock, D. / McGuire, D.** (1998): Overweight Prevalence in Persons with Down Syndrome. In: *Mental Retardation* 36 (3), 175–181.
- Rudinger, G./Holz-Rau, C./Grotz, R.** (2004): Freizeitmobilität älterer Menschen, Dortmunder Beiträge zur Raumplanung: Verkehr 4, Dortmund
- Rudinger, G./Käser, U.** (2007): Smart Modes: Senioren als Fußgänger und Radfahrer im Kontext alterstypischer Aktivitätsmuster, in: *Zeitschrift für Verkehrssicherheit* 3/2007
- Runde, P./Giese, R./Kaphengst, C./Hess, J.** (2009): AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklung in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. Hamburg
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Lampert, T./Ziese, T.** (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität. Robert Koch-Institut Berlin.
- Sachverständigen Kommission** (2010): „Altersbilder in der Gesellschaft“, Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland,
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration** (2009): Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens; Sondergutachten 2009; Kurzfassung Seite 91f.
- Sackmann, S.** (2007) *Assessment, Evaluation, Improvement: Success through Corporate Culture*; Gütersloh
- Saß, A.C./Wurm, S./Scheidt-Nave, C.** (2010): Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus der Sicht der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, (5), S. 404-416
- Saß, A.C./Wurm, S./Ziese, T.** (2009): Somatische und psychische Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese, T (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: RKI 2009. S. 31-61 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- Saß, A.C./Wurm, S./Ziese, T.** (2009): Inanspruchnahmeverhalten. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: RKI 2009 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), S. 134-159
- Satola, A.** (2010): Ausbeutungsverhältnisse und Aushandlungsprozesse in der Pflege- und Haushaltsarbeit von polnischen Frauen in deutschen Haushalten. In: *Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktion entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen*, Hrsg. Ursula Apitzsch und Marianne Schmidbaur, S. 177-194, Opladen 2010: Budrich
- Schacke, C./Zank, S.** (2006): Measuring the Effectiveness of Adult Day Care as a Facility to Support Family Caregivers of Dementia Patients. In: *Journal of Applied Gerontology*, vol. 25 (1), p. 65 – 81
- Schädler, H.** (2010): Örtliche Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen – Grundlagen und Strategien. In: Rohrman, A., Schädler, J., Wissel, T. & Gaida, M. (Hg.): *Materialien zur örtlichen Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen*. Siegen, 4-19.
- Schäfer, I./Hansen, H.** (2011): Welche chronischen Krankheiten und Morbiditätsmuster charakterisieren die ältere multimorbide Population in der Hausarztpraxis? Erste Ergebnisse der prospektiven Beobachtungsstudie MultiCare 1. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Supplement 2, S. 76-80
- Schäper, S./Graumann, S.** (2012): Alter(n) als wertvolle Lebensphase erleben – Herausforderungen und Chancen unter Bedingungen einer geistigen Behinderung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (7), 630-636.

- Schäper, S./Schüller, S./Dieckmann, F./Greving, H.** (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen. Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung. Zweiter Zwischenbericht im BMBF-Projekt „Lebensqualität inklusiv(e)“, Münster. Verfügbar unter: www.katho-nrw.de/lequi/ (05.09.2013).
- Scheiwe, K./Krawietz, J.** (Hrsg.) (2010): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. VS-Verlag, Wiesbaden.
- Schildmann, U.** (2004): Normalisierungsforschung über Behinderung und Geschlecht. Eine empirische Untersuchung der Werke von Barbara Roth und Annedore Prengel (= Band 4, Konstruktionen von Normalität). Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 19
- Schildmann, U.** (2010): Behinderung: Frauenforschung in der Behindertenpädagogik. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. 3. erweiterte und durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 654-658
- Schillner, S.** (2014): Who cares? Care-Arbeit im neoliberalen Geschlechterregime. Internetquelle: www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/schillinger.pdf [Letzter Zugriff: 11.07.2014]
- Schils, T.** (2008): Early Retirement in Germany, the Netherlands, and the United Kingdom: A Longitudinal Analysis of Individual Factors and Institutional Regimes. In: *European Sociological Review* Vol. 24 Nr. 3 (2008), 315–329
- Schimany, P./Rühl, S./Kohls, M.** (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten: Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schirbaum, A. M./Seifert, W.** (2011): Erwerbstätig im Alter? Zur Situation der Erwerbstätigen über 65 Jahren. In: *Statistik kompakt*, 4/11, Düsseldorf: Information und Technik Nordrhein-Westfalen.
- Schlicht, W./Schott, N.** (2013): Körperlich Aktiv altern. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schlummer, W./Schütte, U.** (2006): Mitwirkung von Menschen mit geistiger Behinderung. Schule, Arbeit, Wohnen. München.
- Schmacke, N.** (2012): Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen. In: Günster Ch, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): *Versorgungsreport 2012*. Stuttgart: Schattauer 2012, S. 33-50
- Schmacke, N.** (2012): Editorial. In: Günster Ch, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): *Versorgungsreport 2012*. Stuttgart: Schattauer 2012, S. VII-XV
- Schmähl, W.** (2011): Warum ein Abschied von der „neuen deutschen Alterssicherungspolitik“ notwendig ist. ZeS- Arbeitspapier 1
- Schmeißner, N.** (2014): Die Rentenversicherung als Strategie der materiellen Sicherung. In: H. Pelizäus-Hoffmeister (Hrsg.): *Der ungewisse Lebensabend*. Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 151 - 164.
- Schneekloth, U./Leven, I.** (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Infratest Sozialforschung, München
- Schneekloth, U./Wahl H.W.** (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München
- Schneider, H./Heinze, J./Hering, D.** (2011): Expertise „Betriebliche Folgekosten mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“ im Rahmen des Projektes Carers@Work – Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance?. Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik. Berlin

- Schneider, J./Beblo, M.** (2010): Health at work: Indicators and determinants. A revised literature and data review for Germany. IAB Discussion paper, No. 17/2010
- Schneider, N.F./Häuser, J.C./Ruppenthal, S.M./Stengel, S.** (2006): Familienpflege und Erwerbstätigkeit. Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Mainz
- Schnoor, N.** (2005): Alternde Migrantinnen und Migranten in Deutschland- Migration und Alter aus Sicht älterer Türkinnen und Türken. In: Borries-Pusback, Bärbel/Wittich-Neven, Silke (Hrsg.): Facetten des Alterns in Europa. Sozialökonomischer Text Nr. 120. Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Hamburg, S., 63
- Scholl, A./Eifert, B.** (2010): Altersdiskriminierung, in: Aktives Alter – Themen für die Arbeit kommunaler Seniorenvertretungen, Hrsg. Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen. Münster, Eigenverlag
- Schönberg, F./De Vries, B.** (2010): Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege: gesellschaftliche Konsequenzen (Teil 2). In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 62 (5), 370-375.
- Schröder, H./Gilberg, R.** (2005): Weiterbildung Älterer im demografischen Wandel. Empirische Bestandaufnahme und Prognose, Bielefeld
- Schroeter, K.R.** (2008): Alter(n). In: Willems, Herbert (Hrsg.): Lehr(er)buch Soziologie (Band 2). Wiesbaden: VS Verlag (S. 611-630)
- Schüler, G.** (2013): Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen (Projekt im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer). Das Gesundheitswesen, S. 503-509.
- Schulze-Höing, A.** (2012): Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen. Pflegebedarfsanalyse, Planung, Dokumentation gemäß H.M.B.-W-Hilfeplanung. Stuttgart.
- Schumacher, N.** (2010): Keine Rechtssicherheit bei der Bestattungsvorsorge. In: Lebenshilfezeitung 31 (1), 12.
- Schürt, A./Spannenberg, M./Pütz, T.** (2005): Raumstrukturtypen. Konzepte-Ergebnisse-Anwendungsmöglichkeiten-Perspektiven. 2005. BBR-Arbeitspapier. (unveröffentlicht): Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).
- Schüz, B./Wurm, S.** (2012): Wie wichtig ist Prävention? In: Günster Ch, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart: Schattauer 2012, S. 160-166
- Schwarte, N.** (2009): Qualität 60 Plus. Konzepte, fachliche Standards und Qualitätsentwicklung der Hilfen für ältere Menschen mit Behinderung. Bielefeld.
- Schwarz, B./Kobert, K.** (2012): Patientenverfügung in einfacher Sprache (hg. von den von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel). Bielefeld. Verfügbar unter: http://evkb.de/fileadmin/content/download/Klinische_Ethik/evkb_patientenverfuegung_einfache_sprache_2012.pdf (02.08.2013)
- Schweer, M.:** Sex and gender: interdisziplinäre Beiträge zu einer gesellschaftlichen Konstruktion. Frankfurt am Main
- Schwentker, B./Vaupel, J.W.** (2011): Eine neue Kultur des Wandels. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 10-11, 3-10
- Seidl, E./Labenbacher, S.** (2007): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau
- Seiler, K.** (2008): Beschäftigungsfähigkeit als Indikator für unternehmerische Flexibilität. In: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Berlin : Springer, S. 1 - 11
- Sellach, B.** (2008): Armut: Ist Armut weiblich? In: Becker/Kortendiek: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. VS-Verlag Wiesbaden

- Shanley, C./Russell, C./Middleton, H./Simpson-Young, V.** (2011): Living through end-stage dementia: the experiences and expressed needs of family carers. In: *Dementia*, vol. 10(3), p. 325 – 340
- Sibitz, I./Amering, M./Unger, A./Seyringer, M.E./Bachmann, A./Schrank, B./Benesch, T./Schulze, B./Woppmann, A.** (2011): The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. In: *European Psychiatry*, 26 (1), 28-33.
- Simonson, J.** (2013): Erwerbsverläufe im Wandel – Konsequenzen und Risiken für die Alterssicherung der Babyboomer. In: Vogel, Claudia, Motel-Klingebiel (Hrsg.); *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* Wiesbaden: Springer, S. 273-290.
- Skorupa, M.** (2014): Die große Spielwut im Herbst des Lebens. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme zum Seniorentheater in Nordrhein-Westfalen. Hrsg. Vom Institut für Bildung und Kultur in Remscheid. Online einsehbar unter www.ibk-kubia.de/bestandsaufnahme
- Snijder, E. A.** (2007): Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten. *Das Gesundheitswesen*. Nr. 12, S. 679-685
- Sozialverband Deutschland e.V.**(Hrsg.) (August 2012): Für einen solidarischen und verteilungsgerechten Sozialstaat. Kernforderungen des SoVD. Berlin.
- Sozialverband VDK** (2008): Krankenhausatlas NRW. Düsseldorf 2008 (s. <http://vdk.de/cms/mime/2319D1247226997.pdf>)
- Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz** (Hrsg.) (2010): Neue Medien für ältere Menschen. Thema des Monats März 2010. www.vdk.de/rheinland-pfalz/downloadmime/609/Medien_fuer_aeltere_Menschen.pdf
- Sozialwerk St. Georg** (Hrsg.)(2011): Einblick - Ausgabe 4/2011, S. 12 f.
- Spiering, M.** (2013): DGAPC-Magazin. Zahlen, Fakten und Trends in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie 2012/2013. Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch Plastische Chirurgie (DGÄPC), S. 4.
- Spindler M.** (2009): Natürlich alt? In: Van Dyk, S. / Lessenich, St. (2009): *Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur.* Campus-Verlag, S. 394f
- Spitzer, M.** (2003): Langsam, aber sicher. Gehirnforschung und das Lernen Erwachsener. In: *DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, Heft 3, S. 38–40
- Stancliffe, R./Lakin, K./Doljanac, R./Byun, S./Taub, S./Chiri, G./Ferguson, P.** (2007): Loneliness and Living Arrangements. In: *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (6), 380-390.
- Stang, R.** (2005): Nachrichten aus der Luxusabteilung – Kulturelle Bildung in der Erwachsenenbildung. In: *Deutscher Kulturrat* (Hrsg.): *Kulturelle Bildung in der Bildungsreformdiskussion. Konzeption Kulturelle Bildung III.* Berlin, S. 305–312
- Stang, R.** (2007): Kultur und Schlüsselkompetenzen. Zu den Perspektiven kultureller Bildung, in: *Forum Erwachsenenbildung*, Heft 4, S. 4-7
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder** (2010): *Demografischer Wandel*, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, November 2010
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder** (2011): *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime - 2009.* Hrsg. v. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Wiesbaden. Online verfügbar unter www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/LaenderPflegeheime5224102099004,property=file.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2014

- Statistisches Bundesamt** (2010): Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden (Fachserie 1 Reihe 2.2). Online verfügbar unter [www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Migration Integration/Migrationshintergrund2010220097004,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Migration%20Integration/Migrationshintergrund2010220097004,property=file.pdf), zuletzt geprüft am 22.10.2014.
- Statistisches Bundesamt** (2011): Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft - Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien; Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt** (2011): Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.) Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn
- Statistisches Bundesamt** (2012): Bildungsstand der Bevölkerung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2015): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt** (2015a): Pressemitteilung vom 12. März 2015 - 94/15: 71% der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt.
- Statistisches Bundesamt** (2015b): Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt** (2016): Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich. Wiesbaden
- Staudinger, U.** (2000): Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut. Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. In: Psychologische Rundschau, 51: 185-197.
- Steffen, G./Fritz, A.** (2006): Wohnen mit Assistenz. Wohnformen für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung als Antwort auf den demografischen und gesellschaftlichen Wandel. Stuttgart.
- Steffen, M.** (2010): Fachkräftemangel nicht durch Migration zu lösen. Hrsg. v. ver.di. ver.di. Berlin. Online verfügbar unter <https://gesundheitspolitik.verdi.de/internationales/europa/arbeits-und-qualifikation/migrantinnen/migrantinnen>, zuletzt geprüft am 22.10.2014.
- Steppan, M./Künzel, J./Pfeiffer-Gerschel, T.** (2012): Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik. IFT Institut für Therapieforschung, München
- Sternberg, Rolf/Volderwülbecke, Arne/Brixy, Udo** (2013): „Global Entrepreneurship Monitor. Unternehmensgründungen im weltweiten Vergleich. Länderbericht Deutschland“, Hannover/ Nürnberg, April 2013, S. 23
- Stessman, J./Hammerman-Rozenberg, R./Cohen, A./Ein-Mor, E./Jacobs, J.M.** (2009): Physical activity, function, and longevity among the very old. Archives of Internal Medicine 2009, 169, Nr. 16, S. 1476-1483
- Stessmann J./Hammermann-Rozenberg R./Cohen A./Ein-Mor E./Jacobs J. M.** (2009): Physical activity, function, and longevity among the very old. In: Archives of Internal Medicine, 169, Nr. 16, S. 1476-1483.
- Stiegler, B.** (2009): Geschlechterverhältnisse in der häuslichen Pflege – Herausforderungen nicht nur für die Politik. Anlässlich der Fachtagung „Zwischen Pflegebett und Büro“ am 27. Oktober 2009. Hattingen
- Stiegler, B.** (2010): Gender Mainstreaming: Fortschritt oder Rückschritt in der Geschlechterpolitik? In: Becker, R. / Kortendiek, B. (Hrsg.) (2010): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methode, Empirie. VS-Verlag Wiesbaden
- Strauss, D./Shavelle, R.** (1998): Life Expectancy of Adults With Cerebral Palsy. In: Developmental Medicine and Child Neurology, 40 (6), 369-375.
- Streich, W./Stock, K.** (2012): Was ist der spezifische Beitrag von Hausärzten zur Prävention? - Eine qualitative Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen. Prävention und Gesundheitsförderung. DOI 10.1007/s11553-012-0342-S, S. 1-6

- Strohmeier, K. P./Neubauer, J./Prey, G.** (2002): Bevölkerungsentwicklung und Sozialraumstruktur im Ruhrgebiet. Essen: Projekt Ruhr.
- Strohmeier, K.-P./Neu, M.** (2011): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die sozialen Dienste in den Städten und Gemeinden. In Evers, A., Heinze, R. G. & Olk, T. (Hrsg.), Handbuch Soziale Dienste (S. 145-167). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tamayo, T./Rathmann, W.** (2011): Review über ernährungsbedingte und andere Risikofaktoren für die Entstehung von Typ-2-Diabetes mellitus unter besonderer Berücksichtigung der Bevölkerung in NRW und Deutschland. Deutsches Diabetes Zentrum, Institut für Biometrie und Epidemiologie, Düsseldorf.
- Tesch-Römer, C.** (2012): „Aktives Altern und Lebensqualität im Alter“. Informationsdienst Altersfragen. Heft 01, Januar/ Februar 2012 39. Jahrgang. Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Tesch-Römer, C./Wurm, S.** (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, S. 7-20.
- Tews, H. P.** (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, G. & Tews, H. P. (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik. Opladen: Westdt. Verl., S. 15–42
- Thürmann, P.A./Holt-Noreiks, S./Nink, K./Zawinell, A.** (2012): Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster Ch, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Stuttgart: Schattauer 2012, S. 111-130
- Titze, S./Ring-Dimitriou, S./Schober, P.H./Halbwachs, C./Samitz, G./Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health** (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.
- TNS** Infratest Sozialforschung: Alterssicherung in Deutschland (ASID 2011)
- Todd, S.** (2013): ‚Being there‘: the Experiences of Staff in Dealing with Matters of Dying and Death in Services for People with Intellectual Disabilities, in: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 26, 215-230.
- Tolsdorf, M./Abt-Zegelin, A.** (2013): Bedürfnisorientierung ist entscheidend – Schulung pflegender Angehöriger. In: Die Schwester, Der Pfleger, 52, (06), S. 596 – 599
- Trischler, Falko** (2012): Auswirkungen diskontinuierlicher Erwerbsbiografien auf die Rentenanwartschaften. In WSI-Mitteilungen 4/2012, S. 253 – 261.
- Trost, R./Metzler, H.** (1995): Alternde und alte Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Tröster, H.** (2007): Wachstumsmarkt Gesundheitstourismus. In: medical+wellness 03/2007: 16-17
- Tuffrey-Wijne, I.** (2007): End-of-Life and Palliative Care for People with Intellectual Disabilities Who have Cancer or Other Life-Limiting Illness: A Review of the Literature and Available Resources. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities (4), 331-344.
- Ueshima, K./Ishikawa-Takata, K./Yorifuji, T./Suzuki, E./Kashima, S./Takao, S./Sugiyama, M./Ohta, T./Doi, H.** (2010): Physical activity and mortality risk in the Japanese elderly: a cohort study. American Journal of Preventive Medicine, S. 410-418
- Unfallkasse Berlin** (2013): Zuhause pflegen – Bleiben Sie gesund! Infobrief der Unfallkasse und der DSH – Aktion das sichere Haus. Winter 2013/2014
- van den Heuvel, D./Veer, A./Greuel, H.-W.** (2014): Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland. Der Geriatrische Versorgungsverbund als bedarfsgerechte Weiterentwicklung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Jg. 47, 1 (2014)

- Van Dyck, S.** (2008): Armut und Gesundheit – ältere Migranten und Migrantinnen. In: Richter, A.; Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.): Dünne Rente – Dicke Probleme: Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M., S. 59 – 78
- van Dyk, S.** (2013): In guter Gesellschaft? Wandel in den Randzonen des Sozialen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 63, S. 14-20
- van Dyk, S./Lessenich, St.** (2009): Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur. Campus Verlag, Frankfurt/New York
- Van Linehan, C./Walsh, P./Schrojenstein, L./Falk, M./Dawson, F.** (2009): Are People With Intellectual Disabilities Represented in European Public Health Surveys? In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22, 409-420.
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) (2005): Zielgruppenorientierte Verbraucherarbeit für und mit Senioren. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen
- Vidovičová, L.** (2013): National Report Czech Republic. MoPAct WP3
- Villosio, C./D. Di Pierro, A./Giordanengo, P./Pasqua, M./Richiardi** (2008): Working conditions of an ageing workforce. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- Voelcker-Rehage C./Godde, B./Staudinger U.B.** (2010): Physical and motor fitness are both related to cognition in old age. In: European Journal of Neuroscience, 31, S. 167-176.
- Vogel, C./A. Motel-Klingebiel** (Hrsg.): Die Rückkehr der Altersarmut? Alter(n) und Gesellschaft, Springer Fachmedien Wiesbaden
- Vogel, T./Brechat, P.H./Lepretre, P.M./Kaltenbach, G./Berthel, M./Lonsdorfer, J.** (2009): Health benefits of physical activity in older patients. A review. International Journal of Clinical Practice 63 (Nr.), S.303-320.
- Voges, W.** (2006): Indikatoren im Lebenslagenansatz: das Konzept der Lebenslage in der Wirkungsforschung. In: ZeS Report 11, 1: 1-6
- Völker, S.** (2011): Arbeit. In: Ehlert, G./ Funk, H./ Stecklina, G. (Hrsg.): Wörterbuch. Soziale Arbeit und Geschlecht. Juventa Verlag Weinheim München, S. 40
- von Achenbach, V./Eifert, B.** (2010): Junge Bilder vom Alter. Werkbuch. Essen
- von Grätz, P.** (2012): Medikamente im Alter: Welche Wirkstoffe sind ungeeignet? Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): (Hrsg.): Online verfügbar unter www.bmbf.de/pub/priscusbroschuere_medikamente_im_alter.pdf (Stand: 18.10.2013)
- Wadensjö, E.** (2006): Part-Time Pensions and Part-Time Work in Sweden. SOFI, Stockholm University and IZA Bonn, Discussion Paper No. 2273, August 2006
- Wagner, A./Wiethold, F.** (2009): Prekäre Beschäftigung und Geschlecht. In: Kurz-Scherf, I./ Lepperhoff, J./ Scheele, A. (Hrsg.): Feminismus: Kritik und Intervention. Verlag Westfälisches Dampfboot, S. 204
- Wagner, M./Motel-Klingebiel, A.** (2012): Die Lage älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. NRW-spezifische Auswertung des Deutschen Alterssurveys (DEAS): Forschungsinstitut für Soziologie der Universität zu Köln/Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Wahl, H.W** (2004): Entwicklung gerontologischer Forschung. In: Andreas Kruse und Mike Martin (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. [Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht]. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber, S. 29–48.
- Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C./Ziegelmann, J.P** (2012): Bewährte Interventionen und neue Entwicklungen: Zur zweiten Auflage der „Angewandten Gerontologie“. In: H.-W. Tesch-Römer C. & Ziegelmann J.P Wahl (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen Für Ein Gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen: Kohlhammer Verlag, S. 12–18

- Waldschmidt, A.** (2003): (Hrsg.): Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Kassel (Bifos), S. 12
- Waldschmidt, A.** (2005): Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? Psychologie und Gesellschaftskritik 01/2005, S. 9-31
- Waldschmidt, A.** (2006): Brauchen die Disability Studies ein kulturelles Modell von Behinderung? In: Hermes, G. und Rohrmann, E. (Hrsg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. AG Spak Bücher, Neu-Ulm, S. 83 - 96
- Walker, K.W./McBride, A./Vachon, M.L.S.** (1977): Social Support Networks and the Crisis of Bereavement. In: Social Science and Medicine, 11, 35-41.
- Walter, U./Patzelt; C.** (2012): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: C. Klose J. & Schmacke N. Günster (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer, S. 233–244.
- Walter, U./Schneider, N./Bisson, S.** (2006): Krankheitslast und Gesundheit im Alter. Herausforderungen für die Prävention und gesundheitliche Versorgung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. S. 537-546
- Warburg, M.** (2001): Visual impairment in adult people with intellectual disability: Literature review. In: Journal of Intellectual Disability Research, 45 (5), 424-438.
- Wedershoven, M./Balzer, T.** (2012): Erprobung zusätzlicher Leistungselemente im Ambulant Betreuten Wohnen in Umsetzung der Rahmenvereinbarung „Zukunft der Eingliederungshilfe in NRW sichern“. Münster. Verfügbar unter: www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/berdasdezernat_2/dokumente_228/rahmenvereinbarung_nrw/LWL_Vortrag_LM_S_HD.pdf (12.08.2013):
- Weidner, F.** (2006): Gemeindeorientierte Pflegeforschung – dip und der Kreis Siegen-Wittgenstein wollen kooperieren. In: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) Perspektiven 2/2006; Abschlussbericht www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/6-6_POP-Einf%C3%BChrungstext.pdf, letzter Zugriff 03.04.13
- Weinkopf, Dr. C.** (2005): Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen,
- Wendt, W.R.** (2008): Teilhabe. In: Maelicke, B. (Hg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos: 1005-1006
- Wengler, A.** (2012): Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Campus-Verlag Frankfurt/New York, S. 17f
- Werner, H.** (2000): Infektionen im Alter – was ist anders?, Z Gerontol Geriat, 2000 (33), S. 350-356
- Westdeutscher Rundfunk Köln (WDR)** (2011): MIGRANTEN UND MEDIEN 2011. Neue Erkenntnisse über Mediennutzung, Erwartungen und Einstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Köln. www.ard.de/intern/presseservice/-/id=2162042/property=download/nid=8058/1let37x/index.pdf
- Weyerer, S./Bickel, H.** (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (764
- Weyerer/Ding-Greier/Marwedel/Kaufeleler** (2008): Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen im Alter, S.111
- Weyers** (2007): Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten: Ergebnisse einer medizinsoziologischen Studie im Ruhrgebiet. Berlin: LIT Verlag, S. 11ff.
- Whittingham, S./Pitt, D./Shaema, D./Mackay, I.** (1977): Stress Deficiency of the T-Lymphocyte System Exemplified by Down Syndrome. In: Lancet 1 (8004), 163-166.

- Wickel, H.-H.** (2011): Kulturgeragogik – Eine Standortbestimmung. In: Institut für Bildung und Kultur (Hrsg.): Impulse für die Kulturarbeit mit Älteren. Dokumentation zum Fachtag Kulturgeragogik am 11. Oktober 2011 in der Akademie Franz Hitze Haus in Münster, S. 5–10
- Wieland, R.** (2010): Barmer GEK Gesundheitsreport 2010. Hrsg. v. Barmer GEK. Berlin. Online verfügbar unter www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Reports/2010__Gesundheitsreport,property=Data.pdf, zuletzt geprüft am ?
- Wiesner, G./Grimm, J./Bittner, E./Robert Koch-Institut** (2003): Multimorbidität in Deutschland - Stand, Entwicklung, Folgen. Berlin
- Wifor/Price Waterhouse Coopers** (Hrsg.): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt am Main.
- WifOR; PWC, PriceWaterhouseCoopers** (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Online verfügbar unter: http://www.pwc.de/fileserver/RepositoryItem/Studie_Fachkräftemangel_Gesundheit.pdf?itemId=43638020 22.10.2010
- Wingefeld, K.** (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Bern
- Wirtschaftsförderung Kreis Coesfeld GmbH (wfc)** (2011): Sachbericht PFAU Pflege – Arbeit – Unternehmen. In Kooperation mit dem INFA-ISFM e. V (Ahlen) und der Kath. Familienbildungsstätte Dülmen. www.wfc-kreis-coesfeld.de, letzter Zugriff am 19.1.2014
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie** (2012): Altersarmut
- Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) – Projektgruppe Zivilengagement** (2009): Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. Berlin: WZB/BMFSFJ.
- Wolf, A./Zimmer, A.** (2009): Balanceakt hoch drei. Expertise zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Engagement bei Führungskräften in Nonprofit-Organisationen. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität
- Wucherpennig, C.** (2010): Geschlechterkonstruktion im öffentlichen Raum. In: Sybille Bauriedl, Michaela Schier, Anke Strüver [Hrsg.] (2010): Geschlechterverhältnisse, Raumstrukturen, Ortsbeziehungen. Erkundungen von Vielfalt und Differenz im spatial turn. Westfälisches Dampfboot
- Wurm, S./Lampert, T./Menning, S.** (2009): Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, RKI, S. 79-91 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- Wurm, S./Schöllgen, I./Tesch-Römer, C.** (2010): Gesundheit. In: Wurm, S., Tesch-Römer, C. & Motel-Klingebiel, A. (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS): 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 90–117
- Wurm, S./Wiest, M./Tesch-Römer, C.** (2010): Theorien zu Alter(n) und Gesundheit. Was bedeuten Älterwerden und Altsein und was macht ein gutes Leben aus?. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Nr. 5, S. 498-503
- Zabel, M.** (2013): Trauer- und Sterbebegleitung in Wohneinrichtungen, in: Teilhabe 52 (3), 133-138.
- Zank, S./Schacke, C.** (2004): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER): Abschlussbericht Phase 1: Entwicklung eines standardisierten Messinstrumentes zur Erstellung von Belastungsprofilen und zur Evaluation von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Patienten.
- Zank, S./Schacke, C.** (Hrsg.) (2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnit-tergebnisse der LEANDER Studie. Siegen. www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf, letzter Zugriff am 30.12.2013

- Zank, S./Schacke, C.** (Hrsg.) (2013): Abschlussbericht Projekt „Potentiale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“ (PurFam)
- Zebhauser, A./Hofmann-Xu, L./Baumert, J./Häfner, S./Lacruz, M.E./Emeny, R.T./Döring, A./Grill, E./Huber, D./Peters, A./Ladwig, K.H.** (2013): How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2013 Jun 27. Doi: 10.1002/gps3998 [epub ahead of print].
- ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH** (o.J.): Arzneimitteltherapiesicherheit. Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der Arzneimittelversorgung.

Übersicht: Alter(n)sbezogene Forschung an Fachhochschulen*

Hochschule	Forschungsgebiete	Bereich[1]
Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe	Pflege, Gesundheit/Prävention	G, DW
	Demografie/Familie	DW
Fachhochschule Bielefeld	Psychologische-sozialwissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitsberufe	G
	Curriculumentwicklung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege, Pflegedidaktik, Pflegekompetenzen von Angehörigen, Pflege bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen	G
	Pflegewissenschaft, Entwicklung von Versorgungskonzepten	G
	Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung	G
	Curriculumentwicklung für naturwissenschaftliche Grundlagen, Basisfertigkeiten in der Pflegeausbildung, Kompetenzentwicklung im Bereich Pflege und Gesundheit	G
Fachhochschule Dortmund	Lebensqualität Älterer im Wohnquartier LiW	DW
Fachhochschule Düsseldorf	Psychologie des Kindes- und Jugendalters, insbesondere Problemverhalten und Aufmerksamkeitsstörungen	G
	Evaluations- und Wirkungsforschung in der Sozialen Arbeit, Soziale Arbeit mit älteren und alten Menschen, Sozialraumforschung, Kompetenzfeststellungsverfahren am Übergang Schule-Beruf	DW
	Stadt- und Kultursociologie, Sozialraumforschung, Soziologie der Lebensalter	DW
	Europäische Sozialpolitik, insbesondere Gesundheitspolitik, Alterssicherung und Pflege	DW
	Sozialer Raum, Demografischer Wandel, sozialwissenschaftliche Alter(n)forschung, Übergänge junger Menschen in der Erwerbsarbeit, Kultur- und Theaterpädagogik	DW
	Soziologie der Lebensalter	DW
Fachhochschule Köln	Erhöhung der Arbeitsqualität und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit älter werdender Beschäftigter durch innovative Personalarbeit	G
	Optimierte und automatisierte Beaufsichtigung pflegebedürftiger Menschen mittels Simulation und Methoden der Künstlichen Intelligenz (Assistenzsysteme/ Ambient Assisted Living)	DW
	Versorgungsforschung, Vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung, Renten- und Familienpolitik, Sozialpolitik als Geschlechterpolitik, kommunale Sozialpolitik	DW
	Entwicklung von altersgerechten Produkten	DW
	Altersgerechte Arbeitsplätze im Produktionsbereich	DW
Fachhochschule Münster	Pflegewissenschaft	G
	Pflegepädagogik (Erziehungswissenschaften)	G
	Pflegepädagogik (Evaluation und Forschungsmethoden, Psychologie, Qualitätsmanagement)	DW
Fachhochschule Südwestfalen	Unauffällige Sensorik für die Vitalparametermessung, Telemedizin, Pflegeunterstützungssysteme, insbesondere Altenpflege, bildgebende Verfahren	G, DW
Fachhochschule Aachen	Bauen für Demente	DW
[1] Selbstuordnung der Fachhochschulen zu den Bereichen G=Gesundheit und/oder DW= Demografischer Wandel.		

* Die Übersicht wurde von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund auf der Grundlage der Veröffentlichung „Projekt „Lebendige Forschung an Fachhochschulen in NRW“ (Hrsg.). (2013). Lebendige Forschung an Fachhochschulen in NRW. Der Mensch im Fokus. Peipers - Druckzentrum Köln-WEST, Köln“ erstellt. Sie bezieht diejenigen Fachhochschulen ein, die in der Beschreibung des Forschungsgebietes explizit auf a) alter(n)srelevante Themen und/oder die Zielgruppe ältere Menschen verweisen oder b) auf die Versorgungsforschung und/oder eine pflegewissenschaftliche/-pädagogische Ausrichtung Bezug nehmen.

Fortsetzung Übersicht Alter(n)sbezogene Forschung *

Hochschule	Forschungsgebiete	Bereich[1]
Hochschule für Gesundheit (hsg), Bochum	Aphasiediagnostik und -therapie, Gesundheitskommunikation, Ambulante Rehabilitation	G
	Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe, Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen, Fachdidaktik Ergotherapie	G
Hochschule Niederrhein	Psychologische Interventionen, Altersforschung, Lebensqualität im Alter	G
	Demographischer Wandel	DW
Hochschule Ruhr West	Demografischer Wandel in Industrie- und Schwellenländern, Wirtschaftspolitische Handlungsoptionen im demografischen Wandel	DW
Katholische Hochschule NRW, Abteilung Aachen	Gerontologie, Gesundheitsversorgungsforschung, Demenzversorgung, Demografischer Wandel, Gender	G, DW
	Berufsanerkennung der Gesundheitsberufe nach europäischem bzw. außereuropäischem Abschluss, Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Pflege, Rechtliche Aspekte der generalistischen und der akademisierten Pflegeausbildung	G
Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln	Organisationsethik im Gesundheits- und Sozialwesen, Ethische Fallbesprechungen, Didaktik und Methodik in der Lehreraus-, fort- und -weiterbildung, Pflegeprävention, Versorgungsforschung	G
	Gesundheitsförderung, Prävention und psychologische Beratung, Sucht im Alter, Familie und psychische Erkrankungen (z.B. Kinder psychisch und suchtkranker Eltern, fetale Alkoholspektrumsstörungen), kulturelle Rahmenbedingungen von Gesundheit	G
	Pflegestrukturen und pflegerische Personalsituation, Konzepte der professionellen pflegerischen Versorgung	G, DW
Katholische Hochschule NRW, Abteilung Münster	Lebenswelten von Menschen mit Behinderung und von Menschen im Alter, Älterwerden von Menschen mit geistiger Behinderung, Sozialplanung und partizipative Planungsverfahren, Herausforderndes Verhalten, Psychologie und gebaute Umwelt	G, DW
	Care und Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Altenarbeit, Pflege- und Wohnberatung	G, DW
	Teilhabeplanung, Inklusionsforschung, Behinderung und Alter, Pastoral für Menschen mit Behinderung, Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit	G, DW
	Intergenerationelles Lernen - Dialog der Generationen	DW
Rheinische Fachhochschule Köln	Gesundheit(sforschung), Demografischer Wandel, Patienten-Risk-Management (Prozessmanagement & medizinischer Outcome), Nutzenbewertung	G

[1] Selbstzuordnung der Fachhochschulen zu den Bereichen G=Gesundheit und/oder DW= Demografischer Wandel.

* Die Übersicht wurde von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund auf der Grundlage der Veröffentlichung „Projekt „Lebendige Forschung an Fachhochschulen in NRW“ (Hrsg.). (2013). Lebendige Forschung an Fachhochschulen in NRW. Der Mensch im Fokus. Peipers - Druckzentrum Köln-WEST, Köln“ erstellt. Sie bezieht diejenigen Fachhochschulen ein, die in der Beschreibung des Forschungsgebietes explizit auf a) alter(n)srelevante Themen und/oder die Zielgruppe ältere Menschen verweisen oder b) auf die Versorgungsforschung und/oder eine pflegewissenschaftliche/-pädagogische Ausrichtung Bezug nehmen.

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat "Reden, Publikationen"
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Kontakt

Referat "Teilhabe im Alter, Demographie, Altenberichterstattung"
Andreas Burkert / Claudia Weiß
Telefon: 0211 8618-3619/3321
E-Mail: andreas.burkert@mgepa.nrw.de
E-Mail: claudia.weiss@mgepa.nrw.de

Lektorat/Gestaltung

Redaktionsbüro Schacht 11, Essen
Internet: www.schacht11.de

Fotos/Illustrationen

Titelseite (2):	© MGEPA NRW / Alexander Basta
Titelseite (Mitte):	© Dmitry Berkut / Fotolia
Porträt Barbara Steffens:	© MGEPA NRW / Franklin Berger
S. 10:	© iStock.com / Silvia Jansen
S. 27, 31, 53, 68:	© iStock.com / Michael Luhnberg
S. 101:	© iStock.com / FredFroese
S. 438:	© iStock.com / Squaredpixels
S. 535:	© Diego Cervo / Fotolia
S. 556:	© iStock.com / Aimin Tang
Umschlagseite (hinten):	© MGEPA NRW / Ralph Sondermann

© 2016 / MGEPA 205

Die Druckfassung kann heruntergeladen werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/publikationen
- telefonisch: 0211 837-1001
Nordrhein-Westfalen **direkt**
Bitte die Veröffentlichungsnummer **205** angeben.

Genereller Hinweis zur Datenlage:

Der vorliegende Bericht zur Lage der Älteren in NRW wurde in der laufenden Legislaturperiode in Zusammenarbeit mit allen Ressorts der Landesregierung erstellt. Die dem Bericht zugrundeliegenden Daten und Auswertungen können daher je nach Themenbereich unterschiedliche Erhebungszeiträume repräsentieren.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1
40213 Düsseldorf
Telefon 0211 8618-50

info@mgepa.nrw.de
www.mgepa.nrw.de

