

**Stand der Altersforschung:
Implikationen für Prävention und
Gesundheitsförderung**

Im Zuge der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Entwicklung wächst die Bedeutung von Präventionen und Interventionen bis ins hohe Alter. Wo sind die wichtigsten Ansatzpunkte? Seite 2

**Inanspruchnahme ambulanter
ärztlicher Leistungen**

Bei einigen Facharztgruppen zeigen sich Tendenzen mangelnder Inanspruchnahme durch ältere Menschen. Noch sind die Möglichkeiten der Prävention und frühen Intervention bei weitem nicht ausgeschöpft. Seite 16

**Fünfter Altenbericht – „Potenziale des
Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“
(Teil 3)**

Das Engagement älterer Menschen ist beträchtlich, jedoch sozial ungleich verteilt. Welche Empfehlungen gibt der Bericht zur Erschließung der unterschiedlichen Engagementpotenziale im Alter? Seite 7

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 01, Jan/Feb 2007
34. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

01

Stand der Altersforschung: Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung

Susanne Wurm und Clemens Tesch-Römer

02

Inhaltsverzeichnis

Seite 02

Stand der Altersforschung:
Implikationen für Prävention und
Gesundheitsförderung

Seite 07

Fünfter Altenbericht – „Potenziale
des Alters in Wirtschaft und Gesell-
schaft“ (Teil 3)

Seite 12

Hinweise, Projekte, Modelle

Seite 16

GeroStat – Statistische Daten:
Die Inanspruchnahme ambulanter
ärztlicher Leistungen durch ältere
Menschen

Seite 18

Buch des Monats:
Ulrich Schneekloth, Hans-Werner
Wahl (Hrsg.): Selbständigkeit und
Hilfebedarf bei älteren Menschen
in Privathaushalten

Seite 20

Zeitschriftenbibliografie Gerontologie

Seite 25

Bibliografie gerontologischer
Monografien

Seite 27

Berichte, Ankündigungen,
Kurzinformationen

Lange Zeit galt das Alter als eine Lebensphase, in der es zu spät ist für Präventionsmaßnahmen. Doch im Zuge der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Entwicklung wächst das Bewusstsein, dass Präventionen und Interventionen bis ins hohe Alter bedeutsam bleiben. Ausgehend von der gegenwärtig vorhergesagten demografischen Entwicklung geht der vorliegende Beitrag auf einige zentrale gesundheitliche Probleme im Alter ein und differenziert hierbei zwischen dem dritten und vierten Lebensalter. Anschließend werden verschiedene Faktoren aufgezeigt, die „gutes“ Altern ausmachen können. Abschließend werden Ansatzpunkte für Prävention und Intervention im Alter diskutiert, die zu einem Altern in Gesundheit beitragen können.

Altern und Alter vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung

Der aktuellsten, 11. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zufolge, die im November 2006 veröffentlicht wurde, werden sich die demografischen Relationen zwischen Alt und Jung noch stärker verändern als bisher angenommen wurde. Ende des Jahres 2005 waren 20 % der Bevölkerung jünger als 20 Jahre und 19 % im Alter von 65 Jahren und älter. Den aktuellen Hochrechnungen zufolge werden im Jahr 2050

hingegen nur noch 15 % der Bevölkerung unter 20 Jahre alt sein, während die Zahl der 65-Jährigen und Älteren auf über 30 % ansteigen wird. Besonders stark nimmt die Bevölkerung ab 80 Jahren zu von derzeit knapp 4 Millionen auf voraussichtlich rund 10 Millionen im Jahr 2050 bei gleichzeitig schrumpfender Gesamtbevölkerungszahl (Statistisches Bundesamt, 2006). Bereits heutige 60-Jährige haben eine fernere Lebenserwartung von 20 Jahren (Männer) bzw. 24 Jahren (Frauen); diese wird bis zum Jahr 2050 voraussichtlich um weitere fünf Jahre ansteigen. Diese demografischen Perspektiven machen deutlich, dass Fragen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung Älterer von hoher gesellschaftlicher Relevanz sind. Zugleich veranschaulicht besonders die fernere Lebenserwartung, dass für viele Personen das eigene Alter eine eigenständige und planbare Lebensphase geworden ist, die es sinnvoll auszufüllen, angesichts von Verlusten und Einschränkungen aber auch zu bewältigen gilt.

Die Tatsache, dass die Lebensphase Alter heutzutage für eine zunehmende Zahl von Personen mehrere Lebensjahrzehnte umfasst, lässt eine weitere Differenzierung dieser Lebensphase als sinnvoll erscheinen. Die Unterscheidung zwischen einem „jungen“ und „alten“ Alter wurde

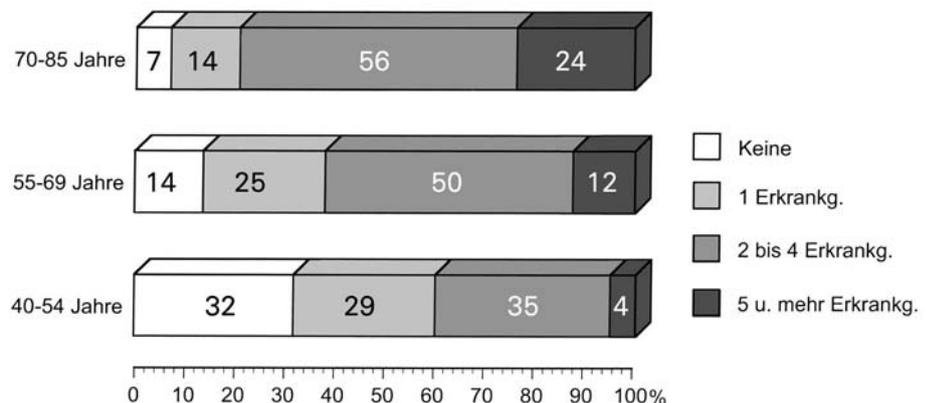


Abbildung 1: Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen in drei Altersgruppen (Angaben in Prozent).

Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurvey 2002, gewichtet

bereits in den 1970er-Jahren von Bernice Neugarten (Neugarten, 1974) angeregt und hat aufgrund der weiter steigenden Lebenserwartung noch an Bedeutung gewonnen. Heutzutage wird meist zwischen einem sogenannten „dritten“ und „vierten“ Lebensalter unterschieden (Baltes & Smith, 2003). Dabei orientiert sich der Beginn des dritten Lebensalters in der Regel am Übergang in den Ruhestand. Dadurch ist eine feste chronologische Altersgabe für den Beginn dieser Lebensphase nicht möglich, wird jedoch derzeit meist bei 60 oder 65 Jahren angesetzt. Die Anhebung der Ruhestandsgrenze lässt erwarten, dass in Zukunft das dritte Lebensalter eher ab einem Alter von 67 oder 70 Jahren angesetzt werden wird. Vom dritten Lebensalter oder „jungen Alter“ wird oftmals ein viertes Lebensalter abgegrenzt. Dessen Beginn wird bei etwa 80 bis 85 Jahren angesetzt, d.h. bei einem Alter, in dem noch rund die Hälfte der Personen lebt, die das Alter von 50 bis 60 Jahren erreicht hatten. Diese vierte Lebensphase der Hochaltrigkeit unterscheidet sich vom dritten Lebensalter besonders durch den exponentiellen Anstieg von dementiellen Erkrankungen sowie von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Die demografische Entwicklung und die damit einhergehende Langlebigkeit verweisen auf die hohe Bedeutung lebenslanger Prävention und Gesundheitsförderung. Gute Gesundheit, hohe Lebensqualität und Selbständigkeit bis ins Alter ist von hohem individuellen Stellenwert. Zugleich ist besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung die weitmögliche Vermeidung oder Verringerung von (Folge-) Erkrankungen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit von entscheidender Bedeutung für die Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme.

Somatische und psychische Gesundheit im dritten und vierten Lebensalter

Älterwerden geht oftmals mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes einher. Hierfür sind mehrere Faktoren verantwortlich: Altersphysiologische Veränderungen von Organen und Organismen spielen eine bedeutsame Rolle

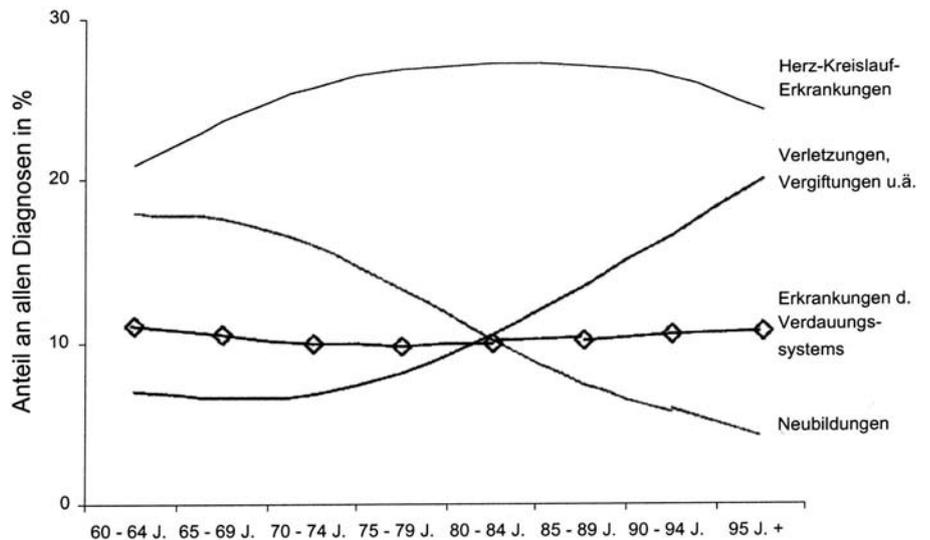


Abbildung 2: Ausgewählte Krankenhausentlassungen nach Altersgruppen. Anteile an allen stationären Behandlungsfällen der Altersgruppe in Prozent.

Daten: Statistisches Bundesamt 2003, Darstellung nach Menning, 2006.

(Walter & Schwartz, 2001). Aber auch die lange Latenzzeit mancher Krankheiten führt dazu, dass diese erst im mittleren und höheren Erwachsenenalter gehäuft auftreten. Dies gilt beispielsweise für einige Formen von Krebserkrankungen, bei denen zugleich die mit dem Alter abnehmende Immunresponsivität hinzukommt. Ebenso führt die jahre- oder jahrzehntelange Exposition verschiedener Risikofaktoren (Gesundheitsverhalten, z.B. Rauchen; Umfeldfaktoren, z.B. Lärm) zur Schädigung von Organen, die in chronischen Erkrankungen (z.B. chronische Bronchitis) oder dauerhaften Funktionsverlusten (z.B. Verluste der Hörfähigkeit) münden können. Schließlich treten Krankheiten teilweise bereits in jüngeren Lebensjahren auf. Haben diese Erkrankungen einen chronischen Verlauf, bedeutet dies meist, dass sie bis ins Alter fortbestehen und darüber hinaus Folgerkrankungen verursachen können. Dies ist beispielsweise vom Diabetes bekannt, der Arteriosklerose begünstigt und dadurch unter anderem die Wahrscheinlichkeit für Herzinfarkt, Nierenversagen und Erblindung erhöht. Der altersabhängige Anstieg von Erkrankungen ist folglich multifaktoriell bedingt. Die damit zusammenhängende Kumulation von Erkrankungen über den Lebensverlauf führt dazu, dass Multimorbidität mit dem Alter wahrscheinlicher wird, teilweise jedoch bereits Personen im mittleren Erwachsenenalter betrifft (siehe Abbildung 1).

Wie anhand von Abbildung 1 deutlich wird, steigt mit dem Alter besonders der Anteil jener Personen, die von fünf oder mehr gleichzeitig bestehenden Erkrankungen betroffen sind. Dieser Anteil verdreifacht sich zwischen der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen (4 %) und jener der 55- bis 69-Jährigen (12 %) und liegt nochmals doppelt so hoch (24 %) in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen (Wurm & Tesch-Römer, 2006).

Anhand von Krankenhausdaten wird jedoch deutlich, dass Erkrankungen nicht einheitlich mit erhöhter stationärer Versorgung im Alter einhergehen. Abbildung 2 illustriert dies anhand von vier weit verbreiteten Erkrankungsgruppen (Menning, 2006).

Herz-Kreislaufferkrankungen sind in allen Phasen des Alters der häufigste Grund für eine Krankenhauseinweisung, während Neubildungen (Krebserkrankungen) vor allem im dritten Lebensalter einen hohen Anteil an stationären Behandlungsfällen aufweisen. Die stationäre Behandlung von Erkrankungen des Verdauungssystems bleibt über die Lebensphase Alter hinweg weitgehend stabil. Auffällig ist hingegen der deutliche, altersabhängige Anstieg der Diagnosegruppe „Verletzungen, Vergiftungen und Folgen anderer äußerer Ursachen“. Eine nähere Betrachtung der Diagnosen weist darauf hin, dass dieser deutliche Anstieg von Verletzungen besonders auf Stürze zurückzuführen ist: Betrachtet man diese Diagnosegruppe bei den über 80-Jährigen, so sind allein 32 Prozent der Behandlungsfälle auf Frakturen

des Femurs (Oberschenkelknochen) zurückzuführen, 13 Prozent auf Frakturen im Schulter oder Armbereich sowie weitere 12 Prozent auf Verletzungen des Kopfes (Menning, 2006). Besonders die mit dem Alter ansteigende Multimorbidität trägt dazu bei, dass körperliche Einschränkungen nicht mehr ausreichend kompensiert werden können, und dadurch funktionelle Einschränkungen zunehmen, welche die Gefahr von Stürzen erhöhen.

Sturzbedingte Verletzungen sind im Alter ein verbreiteter Grund für Pflegebedürftigkeit. Gleiches gilt für dementielle Erkrankungen. Als Demenz wird ein in Stufen fortschreitender Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen bezeichnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geistigen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht und zu Pflegebedürftigkeit und schließlich zum Tod führt (Förstl, 2002). Die Prävalenzraten für mittelschwere und schwere Demenzen in Deutschland steigen mit zunehmendem Alter exponentiell an (65–69 Jahre: 1,2 %, 70–74 Jahre: 2,8 %, 75–79 Jahre: 6,0 %, 80–84 Jahre: 13,3 %, 85–89 Jahre: 23,9 %, 90 Jahre und älter: 34,6 %; Bickel, 1999). Es wird geschätzt, dass zur Zeit etwa 900.000 Menschen mit Demenz in Deutschland leben.

Ein altersabhängiger, exponentieller Anstieg zeigt sich auch in Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit im Alter. Bis zu einem Alter von 80 Jahren liegt die Pflegebedürftigkeitsquote noch unter 10 Prozent (65–70 Jahre: 2,7 %, 70–75 Jahre: 5,1 %, 76–80 Jahre: 9,8 %). Im vierten Lebensalter steigt der Anteil pflegebedürftiger Personen weiter exponentiell an (80–85 Jahre: 20,6 %, 85–90 Jahre: 39,9 %), bis im Alter von 90–95 Jahren eine Mehrheit von Personen (60,4 %) pflegebedürftig ist (Statistisches Bundesamt, 2005). Diese epidemiologischen Daten veranschaulichen den quantitativen und qualitativen Unterschied zwischen dem dritten und vierten Lebensalter: Im dritten Lebensalter sind zwar Erkrankungen bereits verbreitet, gesundheitliche Einschränkungen können jedoch oftmals noch gut kompensiert werden und führen nur

bei einem kleinen Anteil von Personen zu Pflegebedürftigkeit. Hingegen steigen im vierten Lebensalter Erkrankungen an, welche die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung gefährden oder unmöglich werden lassen. Hierzu zählen sturzbedingte sowie dementielle Erkrankungen.

Determinanten für „gutes“ Altern

Die heutigen Chancen guten Alterns im dritten Lebensalter und die weiterhin bestehenden großen Risiken im vierten Lebensalter adressierte der jüngst verstorbene, international renommierte Altersforscher Paul Baltes, wenn er von „Hoffnung mit Trauerflor“ sprach (z.B. Baltes, 2006). Die zweigeteilte Perspektive auf die Lebensphase Alter ist anhand der dargestellten epidemiologischen Daten nachvollziehbar. Dabei wird deutlich, dass oftmals die Frage, wie man alt wird, für den Einzelnen wichtiger ist als die Frage, wie alt man wird.

Was sind Faktoren für ein „gutes“ oder „erfolgreiches“ Altern? Ein zentrales Kriterium für gutes Altern ist die Lebensqualität. Diese basiert einerseits auf objektiven Lebensbedingungen wie Einkommen und Lebensstandard, Gesundheit, Wohnen, sozialen Netzwerken sowie gesellschaftlicher Partizipation und Freizeitgestaltung. Über die subjektive Lebensqualität und das Wohlbefinden entscheidet jedoch nicht allein die objektive Lebenssituation, sondern ganz entscheidend die persönliche Bewertung des eigenen Lebens. Die aus einer Fremdperspektive betrachtete, objektive Lebenssituation divergiert häufig deutlich von der erlebten Eigenperspektive älterer Menschen. Deutlich wird dies daran, dass sich mit steigendem Alter die objektiven Lebensbedingungen oftmals verschlechtern – z.B. durch den Verlust von Angehörigen, sozialen Rollen und Handlungsoptionen sowie durch gesundheitliche Einbußen und die zeitlich begrenzte Zukunftsperspektive – aber meist dennoch eine hohe allgemeine Lebenszufriedenheit aufrechterhalten bleibt (siehe Abbildung 3).

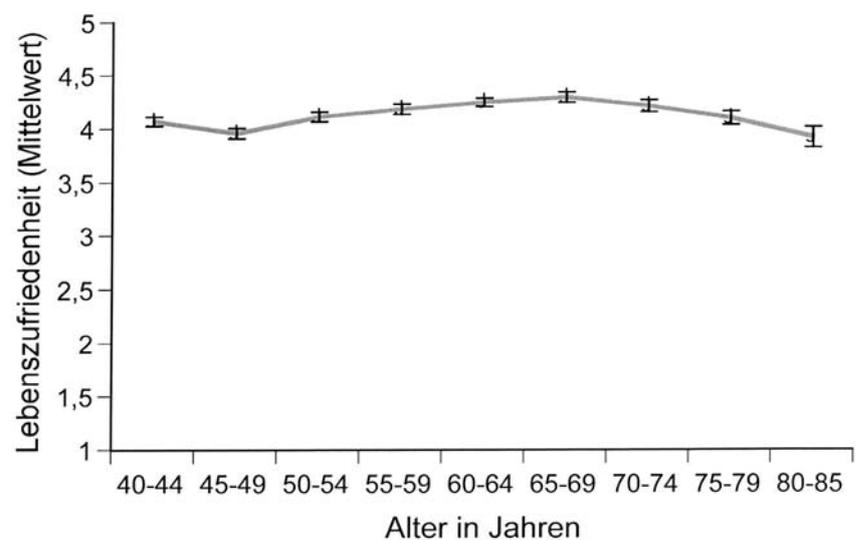


Abbildung 3: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit nach Altersgruppen (Mittelwerte und Standardfehler).

Daten: Replikationsstichprobe des Alterssurvey 2002, gewichtet

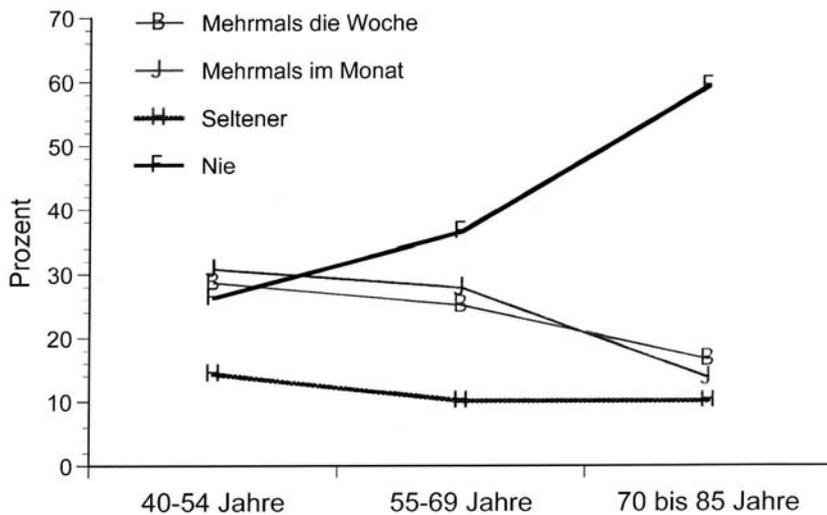


Abbildung 4: Antwortangaben (in Prozent; gewichtet) auf die Frage: „Wie oft treiben Sie Sport, z.B. Wandern, Fußball, Gymnastik oder Schwimmen?“ (aus: Wurm & Tesch-Römer, 2005)

Entsprechendes ist bekannt für das subjektive Gesundheitserleben: Ältere Personen erleben ihre Gesundheit subjektiv deutlich positiver als dies der objektive, d.h. medizinisch diagnostizierte Gesundheitszustand erwarten lassen würde. Bemerkenswert ist dabei auch, dass sich das subjektive Gesundheitserleben als ein besserer Indikator für die Mortalität oder Langlebigkeit älterer Personen erwiesen hat, als der objektive Gesundheitszustand (z.B. Idler, 1992; Idler & Benyamini, 1997; Mossey & Shapiro, 1982). Die mit steigendem Alter zunehmende Divergenz zwischen objektivem Gesundheitszustand und subjektivem Gesundheitserleben (z.B. Borchelt, Gilberg, Horgas & Geiselman, 1996) verweist ebenso wie die hohe Lebenszufriedenheit darauf, dass ältere Personen einen anderen Maßstab für ihre Zufriedenheit entwickeln.

„Gutes Altern“ lässt sich folglich nicht allein an objektiven Kriterien festmachen, sondern es umfasst zugleich psychische Ressourcen, die zu einem positiven Erleben beitragen. Eine wichtige Rolle spielen hierbei insbesondere jene psychischen Prozesse, welche die Bewältigung körperlicher oder sozialer Verluste unterstützen. Ein Gefühl von persönlicher Autonomie und Kontrolle, die Bindung an persönliche Ziele sowie emotionales Wohlbefinden werden als bedeutsam für die subjektive Lebensqualität erachtet (Filipp, 2002); diese Faktoren sind Ausdruck dafür, dass das Leben gestaltbar ist, einen persönlichen Sinn hat und Lebensfreude bereitet. Lebensmanagement-Strategien wie jene der „Selektion, Optimierung und Kompensation“ (SOC; Baltes & Baltes, 1993)

sowie der „primären und sekundären Kontrolle“ (Heckhausen & Schulz, 1995) tragen zur Aufrechterhaltung von persönlichem Kontrollerleben und Zielbindung bei. Ein wichtiger Prozess ist hierbei die Anpassung von Wünschen und Zielen an die eigenen Möglichkeiten („flexible Zielanpassung“, Brandtstädter & Renner, 1990), welche mit steigendem Alter oftmals größeren Einschränkungen unterliegen. Ebenso spielen soziale Vergleichsprozesse eine wichtige Rolle (Heckhausen & Brim, 1997). Das Wissen, dass andere Gleichaltrige von vergleichbaren oder schlimmeren gesundheitlichen oder sozialen Verlusten betroffen sind, kann zur Bewältigung von Belastungen und der Aufrechterhaltung von guter subjektiver Gesundheit und Lebenszufriedenheit beitragen.

Potenziale und Ansatzpunkte für Prävention und Intervention im Alter

Die demografische Entwicklung macht deutlich, dass Altern und Alter in heutiger Zeit nicht allein ein individueller Prozess, sondern eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung ist. Gesundheitsbezogene Prävention und Intervention können dazu beitragen, die damit verbundenen wirtschaftlichen Herausforderungen zu bewältigen und zugleich eine gute individuelle Lebensqualität zu gewährleisten. Die dargestellte lebenszeitliche Kumulation von Erkrankungen mündet besonders im höheren Lebensalter oftmals in Multimorbidität. Sie verweist zunächst auf die hohe Bedeutung von Primärprävention, d.h. auf die Vermeidung von Erkrankungen und Funktionsbeeinträchtigungen. Primärprävention ist dabei in allen Altersgruppen möglich und entgegen früherer Annahmen auch bis ins höhere Lebensalter wirksam. Präventive Lebensgewohnheiten wie körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung sowie die weitgehende Vermeidung von Risikoverhalten wie Nikotin- und Alkoholkonsum spielen in jüngeren wie älteren Lebensjahren eine große Rolle für die Gesundheit. Besonderes Augenmerk sollte dabei im höheren Lebensalter auf die körperliche Aktivität gerichtet werden. Denn obwohl ältere Personen insgesamt gesundheitsbewusster leben als Jüngere, ist im höheren Lebensalter körperliche Inaktivität weit verbreitet (vgl. Abbildung 4). Körperliche Aktivität spielt jedoch insbesondere zur Vermeidung oder Hinauszögerung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie für die Sturzprävention eine bedeutsame Rolle. Sekundärprävention zielt auf die Vermeidung oder Verzögerung der Verschlimmerung einer Krankheit und der Entstehung von Folgeerkrankungen. Wichtig erscheint hierbei insbesondere, der Chronifizierung von Erkrankungen und Schmerzen weitmöglichst vorzubeugen. Eine umfassende Behandlung und Nachsorge, einschließlich medikamentöser und rehabilitativer Maßnahmen haben sich als erfolgreich erwiesen, beispielsweise bei Schlaganfallpatienten. Darüber hinaus sollte geriatrische Präven-

tion sowie Intervention auch die psychosoziale Situation und Lebenswelt älterer Personen einbeziehen. Psychosoziale und ökologische Faktoren (z.B. der private Wohnraum) spielen sowohl für die Verursachung von Erkrankungen und Unfällen als auch für deren Bewältigung eine bedeutsame Rolle. Eine in diesem Sinne multidimensionale Betrachtung, die über die medizinische Diagnostik hinausgeht, ist ein wichtiger Bestandteil des geriatrischen Assessments. Umfassende Diagnostik ist zugleich ohne Intervention wirkungslos. Wohnraumanpassungen und Unterstützung durch Technologien oder Dienstleistungen sowie die Stärkung psychosozialer Ressourcen können wesentlich dazu beitragen, dass Personen in guter Gesundheit und hoher Selbständigkeit alt werden können. Prävention ist hierbei ein wichtiger Faktor zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Die bis ins dritte und vierte Lebensalter hinein bestehenden Präventionsmöglichkeiten erweitern die Potenziale und Ansatzpunkte der Geriatrie, die früher vor allem auf Palliativbehandlungen ausgerichtet war. In der Wissenschaft wird kontrovers diskutiert, ob die gestiegene Lebenserwartung mit einer Verlängerung von Leid und Pflegebedürftigkeit einhergeht oder ob sie in erster Linie einen Gewinn „guter“ Jahre bedeutet. Diese Frage nach einer Morbiditätskompression (Fries, 1980) oder -expansion (Kramer, 1980) vor dem Lebensende lässt sich jedoch nicht ohne den Kontext beantworten, in dem eine Person älter wird. Prävention und Intervention können eine wichtige Grundlage dafür liefern, dass ein längeres Leben mit mehr „guten“, gesunden Lebensjahren einhergehen kann.

Kontakt:

s.wurm@dza.de; tesch-roemer@dza.de

Literaturverweise:

- Baltes, P. B. (2006). Hoffnung mit Trauerflor. *Neue Zürcher Zeitung*, 4/5. November 2006, pp. 30.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123–135.
- Bickel, H. (1999). Epidemiologie der Demenzen. In H. Förstl & H. Bickel & A. Kurz (Eds.), *Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie* (pp. 9–32). Berlin: Springer.
- Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas, A. L., & Geiselmann, B. (1996). Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie* (pp. 449–474). Berlin: Akademie-Verlag.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and Age-Related Analysis of Assimilative and Accommodative Strategies of Coping. *Psychology and Aging*, 5, 58–67.
- Filipp, S.-H. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität hochbetagter Frauen und Männer. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Ed.), *Expertisen zum vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band I: Das hohe Alter - Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität*. Hannover: Vincentz.
- Förstl, H. (2002). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2nd ed.). Stuttgart: Thieme.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 329, 110–116.
- Heckhausen, J., & Brim, O. G. (1997). Perceived Problems for Self and Others: Self-Protection by Social Downgrading Throughout Adulthood. *Psychology and Aging*, 12, 610–619.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A Life-Span Theory of Control. *Psychological Review*, 102, 284–304.
- Idler, E. L. (1992). Self-assessed health and mortality: A review of studies. *International Review of Health Psychology*, 33–54.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 397–419.
- Menning, S. (2006). *Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität im Alter. Report Altersdaten des statistischen Informationssystems GeroStat*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800–808.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 9, 187–198.
- Statistisches Bundesamt. (2005). *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2006). *Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2005). Alter und Gesundheit. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (pp. 71–89). Göttingen: Hogrefe.
- Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer & H. Engstler & S. Wurm (Eds.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (pp. 329–383). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fünfter Altenbericht – „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“ (Teil 3) – Engagement und Teilhabe älterer Menschen

Klaus-Peter Schwitzer

Im letzten Teil unserer Zusammenfassung der Ergebnisse des „Fünften Altenberichts der Bundesregierung“ geht es um Engagement und Teilhabe älterer Menschen. Wir präsentieren die zentralen empirischen Befunde und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen der Sachverständigenkommission.

(Download des Fünften Altenberichts auf www.bmfsfj.de unter dem Politikbereich „Ältere Menschen“)

Empirische Daten zum Engagement älterer Menschen

In den letzten Jahren ist die Beteiligung älterer Menschen am ehrenamtlichen Engagement gestiegen. Die Engagementquoten der älteren Menschen – ausgenommen der Hochaltrigen – haben sich inzwischen denen der jüngeren Altersgruppen weitgehend angenähert. Der jeweilige Zuwachs ist bei den Frauen in der Gruppe der „jungen Alten“ am stärksten, bei den Männern in der Gruppe der „älteren Alten“. Das ehrenamtliche Engagement ist bei den „jungen Alten“ am höchsten und nimmt bei den „älteren Alten“ wieder ab (Tabelle 1).

Wie Tabelle 1 verdeutlicht, weisen sowohl der Freiwilligensurvey als auch der Alterssurvey einen Anstieg der Engagementquoten zwischen der ersten und zweiten Befragung aus. Beim Freiwilligensurvey liegt der Anstieg zwischen 1999 und 2004 in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen bei fünf Prozentpunkten (auf 40 Prozent), in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen bei fünf Prozentpunkten (auf 32 Prozent) und bei den 75-Jährigen und Älteren bei zwei Prozentpunkten (auf 19 Prozent). Der Alterssurvey findet bei den 55- bis 69-Jährigen einen Anstieg um acht Prozentpunkte (auf 21 Prozent) und bei den 70- bis 85-Jährigen um zwei Prozentpunkte (auf 9 Prozent) im Zeitraum von 1996 bis 2002.¹

¹⁾ Die Unterschiede in den Beteiligungsquoten ergeben sich aus den verschiedenen Erhebungsmethoden und Messkonzepten der Studien.

	Beteiligungsquoten (%)			Altersgruppe	Bezugsgröße
	Insg.	Männer	Frauen		
Freiwilligensurvey 1999	40	45	36	45-54 Jahre	freiwilliges Engagement
	35	41	29	55-64 Jahre	
	27	31	22	65-74 Jahre	
	17	-	-	75+ Jahre	
Freiwilligensurvey 2004	40	44	36	45-54 Jahre	freiwilliges Engagement
	40	42	37	55-64 Jahre	
	32	39	27	65-74 Jahre	
	19	-	-	75+ Jahre	
Alterssurvey 1996	22	25	18	40-54 Jahre	Ehrenamtliche Tätigkeiten in Vereinen und Verbänden
	13	18	9	55-69 Jahre	
	7	9	6	70-85 Jahre	
Alterssurvey 2002	23	22	23	40-54 Jahre	Ehrenamtliche Tätigkeiten in Vereinen und Verbänden
	21	23	18	55-69 Jahre	
	9	15	5	70-85 Jahre	
Zeitbudgeterhebung 1991/ 92	22	25	20	60-69 Jahre	Ausübung eines Ehrenamtes
	16	(21)	(14)	70+ Jahre	
Zeitbudgeterhebung 2001/ 02		24	18	40-59 Jahre	Ausübung eines Ehrenamtes
		22	20	60-64 Jahre	
		19	16	65-74 Jahre	
		13	11	75+ Jahre	

(): unsicherer Zahlenwert, da Fallzahl sehr gering.

Tabelle 1: Beteiligung am bürgerschaftlichen Engagement in verschiedenen Studien
Quelle: Menning (2004)

Bei den Frauen haben sich vor allem in der mittleren Altersgruppe die Engagementquoten stark erhöht: im Freiwilligensurvey von 29 auf 37 Prozent (Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen), im Alterssurvey von neun auf 18 Prozent (Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen). Dagegen sind, je nach Studie, in den beiden benachbarten weiblichen Altersgruppen mittlere bis gar keine Anstiege zu verzeichnen. Etwas anders liegt die Situation bei den Männern: Hier liegen die höchsten Zuwächse in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen mit einem Anstieg von 31 auf 39 Prozent im Freiwilligensurvey bzw. von neun auf 15 Prozent im Alterssurvey (70 bis 85 Jahre).

Ältere Menschen engagieren sich vor allem in den traditionellen Ehrenamtspfeln Sport, Kirche und soziale Organisationen. Es gibt daneben aber auch eine Gruppe von „Pionieren“, die mit zentralen

Zukunftsthemen wie „Wohnen im Alter“, „intergenerationelles Engagement“, „Umwelt- und Denkmalschutz“ oder „Ältere als Akteure des Verbraucherschutzes für ältere Menschen“ neue zukunftsweisende Engagementformen erproben und nach innovativen Antworten auf die Herausforderungen der Zeit und der demografischen Alterung suchen. Die Zeitemfänge, die für das Engagement älterer bürgerschaftlich Aktiver ermittelt wurden, sind beträchtlich: Sie liegen zwischen durchschnittlich 15 und 29 Stunden im Monat.

Engagementpotenziale und Engagementmobilität

Der Altenbericht zeigt, dass die geäußerte Bereitschaft, ein freiwilliges bzw. ehrenamtliches Engagement neu aufzunehmen oder ein bereits bestehendes Engagement auszuweiten, in den letzten Jahren

deutlich angestiegen ist. Bei den 55- bis 64-Jährigen kann ungefähr ein Drittel, bei den 65- bis 74-Jährigen kann ein Fünftel der Bevölkerung zur Gruppe der Engagementbereiten gezählt werden. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil älterer Menschen von heute und insbesondere der Älteren von morgen, zu einer Fortsetzung und z.T. zu einer Ausweitung ihres Engagements in Beruf, Wirtschaft und Gesellschaft bis hin zur Übernahme neuer Aufgaben bereit sind. Ältere Menschen suchen zunehmend Tätigkeiten, in denen sie sich eigenverantwortlich einbringen können, in denen sie gleichermaßen „für sich und andere“ tätig sein und sich verwirklichen können. Das bedeutet, dass über neue innovative Ansätze eines quantitativen und qualitativen Ausbaus des freiwilligen Engagements nachgedacht werden muss, wozu unterstützende Infrastrukturen wie Seniorbüros, Freiwilligenagenturen, Ehrenamtsbörsen, Selbsthilfekontaktstellen, nachräumliche Netzwerke u.a. weiter zu fördern und auszubauen sind. Der Bericht hat aber auch deutlich gemacht, dass das ehrenamtliche Engagement eine sehr hohe Zugangs- und Abgangsmobilität aufweist. Für den relativ kurzen Zeitraum von sechs Jahren dokumentiert der Alterssurvey eine Fluktuationsrate von über fünfzig Prozent. Eine besonders hohe Fluktuation fand dabei in der mittleren Altersgruppe der 61- bis 75-Jährigen (61 Prozent) und bei den ostdeutschen älteren Menschen (55 Prozent gegenüber 50 Prozent in Westdeutschland) statt. Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass es nicht selbstverständlich ist, dass ältere Menschen ihr einmal begonnenes Engagement aufrechterhalten. Ziel der Engagementförderung muss es daher sein, bereits bestehendes Engagement zu stabilisieren und seinen Fortbestand zu fördern. Auf Grund der zunehmenden Orientierung an episodenhaftem, projektorientiertem Engagement sollten Wiedereinstiege und Umstiege in ehrenamtliches Engagement unterstützt und organisiert werden.

Aus der hohen Unbeständigkeit des ehrenamtlichen Engagements älterer Menschen (wie auch der übrigen Altersgruppen) folgt, dass eine dauerhafte und Erfolg versprechende Arbeit mit Ehrenamtlichen nur mit einem ausreichenden Bestand an fest angestellten und professionellen Mitarbeitern zu bewerkstelligen ist. Nur so kann die qualifizierte Aus- und Fortbildung sowie Begleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter gewährleistet und ihre gemeinschaftliche Leistungserbringung auf eine kontinuierliche und qualitätsgesicherte Basis gestellt werden.

Soziale Ungleichheiten im freiwilligen Engagement

Die Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten und am freiwilligen bzw. ehrenamtlichen Engagement verteilt sich nicht gleichmäßig über alle sozialen Gruppen, sondern folgt in vielen Bereichen einem Muster der sozialen Ungleichheit: Je gehobener der bildungsbezogene, berufliche und ökonomische Status eines Menschen ist, desto eher wird dieser ehrenamtlich tätig. Der sozial ungleiche Zugang zum Engagement hat sich laut dem Freiwilligensurvey in den letzten Jahren sogar verschärft.

Weiter sind die „jungen Alten“ häufiger engagiert als die „älteren“ Alten, Männer häufiger als Frauen und Westdeutsche häufiger als Ostdeutsche. Außerdem finden sich auch bei den älteren und alten Menschen mehr Männer in attraktiveren, z.B. politisch gestaltenden und mit Einfluss ausgestatteten Ehrenämtern, Frauen jedoch häufiger in unmittelbaren, manchmal öffentlich kaum wahrgenommenen sozialen Hilfsdiensten. Daher sollte verstärkt Frauen wie Männern aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, aus verschiedenen Regionen sowie den Angehörigen verschiedener Nationalitäten und Migranten der Zugang zu Engagementformen ermöglicht werden.

Im Bericht wird hervorgehoben, dass bei den bisher unterdurchschnittlich engagierten bildungsfernen Gruppen ein Potenzial für bürgerschaftliches Engagement liegt, das durch zielgerichtete Maßnahmen aktiviert werden kann. Hier

geht es nicht nur um die Nutzung von Ressourcen für die Gesellschaft, sondern auch um eine Erhöhung der Selbsthilfepotenziale und der Erschließung von Zugängen zu politischen Entscheidungsprozessen und Ressourcen im Sinne einer Befähigung zur Selbsthilfe.

Produktivität des Engagements im Alter: Fazit und Ausblick

Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass die Produktivität des Engagements älterer Menschen beträchtlich ist. Das betrifft die Hilfe- und Transferleistungen in der Familie und in sozialen Netzwerken, wie Betreuungs-, Pfl egetätigkeiten und (Enkel-)Kinderbetreuung, sowie die ehrenamtlichen Aktivitäten und die gezielte Weitergabe von Kenntnissen und Fertigkeiten (z.B. Projekte im Kontext von „Erfahrungswissen“: Wissensbörsen, Senior-Experten-Dienste, Senior-Kompetenz-Teams). Diese Tätigkeiten haben – im Gegensatz zu konsumptiven oder freizeitorientierten Tätigkeiten – nicht nur einen individuellen Wert, im Sinne von Sinnerfüllung und sozialer Integration, sondern zusätzlich einen ökonomischen und gesellschaftlichen Wert. Ihre Bedeutung lässt sich ermessen, wenn berücksichtigt wird, dass für viele dieser Tätigkeiten – würden sie nicht weitgehend unentgeltlich erbracht – sozialstaatliche Mittel aufgebracht werden müssten. Auch hängt die Funktionsfähigkeit vieler intermediärer Organisationen, z.B. Wohlfahrtsverbände oder Sportvereine, zum großen Teil von der Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement ab. Es geht hier nicht nur um den Zusammenhalt der Generationen, sondern darüber hinaus um jenen der Gesellschaft insgesamt – um den „sozialen Kitt“, der aktuell auch in den Diskussionen um die Bürger- oder Zivilgesellschaft eingefordert wird. Allerdings sind die bürgerschaftlich und ehrenamtlich aktiven Älteren insgesamt gesehen trotz ansteigender Engagementquoten noch immer in der Minderheit (wie in anderen Altersgruppen auch). Die im Vergleich zu früheren Geburtsjahren bessere Ausstattung mit den Potenzialen Gesundheit, Bildung, finanzielle Ressourcen, Zeit und Mobilität

rechtfertigt eine optimistische Prognose unter der Voraussetzung, dass es gelingt, ältere Menschen in angemessener Weise zur Übernahme einer entsprechenden Aufgabe zu motivieren. Angesichts veränderter Bildungs- und Erwerbsbiografien ist davon auszugehen, dass in Zukunft vor allem anspruchsvolle Aufgaben und Tätigkeiten nachgefragt werden, die eigenverantwortliches Handeln zulassen und gleichzeitig Möglichkeiten zum Austausch von Erfahrungen und zur gezielten Fort- und Weiterbildung eröffnen.

Ältere Menschen könnten auch im sozialen und politischen Engagement zukünftig stärker Initiatoren von Innovationen werden. Dazu sollten – als Voraussetzung für ein aktives Engagement und gesellschaftliche Partizipation Älterer – z.B. rechtliche Rahmenbedingungen, Infrastruktur, Altersbilder, aber auch Sicherheit und Verlässlichkeit der Alterseinkommen beitragen, um ein erfolgreiches Altern sowohl auf der individuellen, als auch der gesellschaftlichen Ebene zu ermöglichen.

Der Bericht verweist aber auch darauf, dass zugleich der Anteil jener Älteren steigen könnte, die eine solche Produktivität nicht erbringen können. Gesellschaftlich sinnvolle und „produktive“ Tätigkeiten wie auch familiäre Unterstützungsleistungen setzen entsprechende Ressourcen voraus, diese wiederum einen gut ausgebauten Sozialstaat. Diese Voraussetzung steht aber zunehmend infrage. Lineare Kürzungen etwa bei den Renten – z.B. ein Aussetzen der Rentenanpassung kann so betrachtet werden – treffen nicht nur die Älteren selbst, insbesondere die ohnehin schlechter Gestellten, sondern über deren Unterstützungsleistungen und Engagement auch die jüngeren Altersgruppen sowie die Gesellschaft und ihren Zusammenhalt insgesamt.

Ziele und Ambivalenzen der Engagementförderung

Die Kommission zeigt Möglichkeiten zur Verbesserung der Rahmenbedingungen auf, um mehr ältere und alte Menschen zu bürgerschaftlichem Engagement zu motivieren. Sie sieht in der Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und der entsprechenden Teilhabe einen Beitrag, Menschen in der Lebensphase Alter dabei zu unterstützen, ihre Potenziale und Kompetenzen für sich selbst und für die Gesellschaft sinnvoll einzusetzen. Förderung von Engagement und Partizipation im Alter bedeutet somit immer gezielte Qualifikation, Motivation und Unterstützung im Hinblick auf Formen des aktiven und ehrenamtlichen Engagements, die den jeweiligen sozial differenzierten Gruppen älterer und alter Frauen und Männer am ehesten entsprechen. Um zu verhindern, dass die Ausweitung des bürgerschaftlichen Engagements mit der Gefahr einer Vergrößerung der sozialen Ungleichheit einhergeht, muss die Förderung des Zugangs von bildungsfernen Gruppen zu traditionellen und neuen Engagementformen stärker in den Vordergrund gerückt werden.

Die Seniorenpolitik war bisher sehr erfolgreich mit engagementfördernden Maßnahmen, von denen überwiegend bildungsgewohnte ältere Menschen profitiert haben. Im Ergebnis lagen häufig der ideelle als auch der finanzielle Schwerpunkt der bisherigen Förderpolitik eher auf gesellschaftlich durchsetzungsfähigen Zielgruppen wie den Seniorenstudenten und Seniorenstudentinnen sowie qualifizierten Senioren-Experten und Senioren-Expertinnen. Das Spektrum der Modellprojekte sollte zukünftig so erweitert werden, dass der Anschluss zu Ergebnissen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ explizit gesucht wird. Hier konnten Erfolge bei der Aktivierung von traditionell weniger engagierten Gruppen durch Konzepte der Sozialraumorientierung und Gemeinwesenarbeit sowie der Förderung von Bewohnern in benachteiligten Wohnquartieren erzielt werden (Walther 2002).

Ältere – und zwar Frauen und Männer in spezifischer Weise – haben über ihre Erfahrungen des Sorgens (der Selbst- und Fremdsorge) die Befähigung zur Verantwortung meist über eine längere Zeit lernen können. Außerdem dürfte ihr zeitlicher Handlungsspielraum, dieses Erfahren in gemeinschaftliche und gesellschaftliche Bezüge einzubringen, in der Regel größer sein als im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. Das Einbringen erfahrener Sorge um sich und andere (im weitesten Sinne) dürfte nicht nur älteren Menschen am ehesten gelingen, wenn Politik und Staatsbürgerschaft als eine Form des Handelns und Bewertens verstanden wird, als ein Zusammenkommen im öffentlichen Raum, wo Angelegenheiten des Gemeinwesens erörtert werden, und zwar mit dem Ziel zu verändern bzw. Neues zu beginnen. Die Kommission betont, dass durch das Engagement älterer Menschen eine nicht zu unterschätzende Wertschöpfung stattfindet: Die produktiven Leistungen, die von älteren Menschen im Kontext des bürgerschaftlichen Engagements oder von Pflege und Enkelkinderbetreuung erbracht werden, tragen zum gesellschaftlichen Wohlstand bei.

Die Kommissionsmitglieder sehen im bürgerschaftlichen Engagement ein potenzielles Begegnungsfeld für die jüngere und ältere Generation, da es in den Lebenswelten von jüngeren und älteren Menschen kaum noch Berührungspunkte gibt. Zwar sind die multilokalen generationenübergreifenden Familienverbände weitgehend intakt und tauschen vielfältige Unterstützungsleistungen aus. Doch bereits in der Arbeitswelt gibt es nur noch wenige Kontakte zwischen älteren und jüngeren Menschen und im Alltagsleben ist der Austausch zwischen Alt und Jung noch stärker eingeschränkt. „Mehr als zwei Drittel aller Jugendlichen in Deutschland haben außerhalb der Familie kaum noch mit Angehörigen der älteren Generation zu tun“ (Ueltzhöfer 1999). Dem generationenübergreifenden und -verbindenden Engagement sollte deshalb hohe Aufmerksamkeit gewidmet werden. Um Enttäuschungen vorzubeugen, dürfen

allerdings auch die strukturellen Grenzen altersintegrativer Bemühungen nicht vergessen werden.

Die Altenberichtscommission unterstützt die Empfehlung der Kommission „Impulse für die Zivilgesellschaft“ und die Aktivitäten der Bundesregierung zur Einführung eines neuen generationsübergreifenden Freiwilligendienstes. Im generationsübergreifenden Engagement werden Begegnungsmöglichkeiten geschaffen und beide Generationen nehmen im Idealfall die Rollen des Wissensvermittelnden wie des Lernenden ein.

Freiwilliges oder bürgerschaftliches Engagement und Teilhabe können den aktiven älteren und alten Frauen und Männern den Zugang zu sozialen Netzwerken und zu Infrastrukturreourcen erschließen, die ihnen ohne dieses Engagement verschlossen blieben.

Bürgerschaftliches Engagement kann für die Nacherwerbsphase ein Tätigkeits- oder Rollenmodell anbieten, das durch als sinnvoll erlebte und gesellschaftlich auch so bewertete Aktivität und Beschäftigung sowie zeitliche Strukturierung und soziale Teilhabe und Vernetzung charakterisiert ist.² Gerade in der Phase des Übergangs in den Ruhestand kann bürgerschaftliches Engagement zum Anknüpfungspunkt für die weitere Nutzung bereits im Lebenslauf, z.B. in der Erwerbsarbeit, aber auch der Familien- und Hausarbeit, erworbener Kompetenzen werden.

Bürgerschaftliches Engagement bietet Frauen und Männern im Alter aber auch die Gelegenheit, neue Fähigkeiten zu entwickeln und bisher ungenutzte persönliche Potenziale zu entfalten. Dies kann ganz besonders bei denjenigen bedeutsam sein, die auf Grund ihrer Lebens- und Arbeitsverläufe eher das Gefühl haben, hinsichtlich der Kompetenzzentfaltung etwas versäumt zu haben. Bei älteren und alten Menschen wird dies derzeit z.B. eher bei Frauen der Fall sein, die sich auf Familie und Haushalt konzentriert haben, eigene

qualifikatorische und berufliche Entwicklungen dabei in den Hintergrund stellen und nun das Bedürfnis haben, sich doch noch außerhalb des bislang Gewohnten weiterzubilden und zu betätigen. Diese Möglichkeit kann auch besondere Bedeutung gewinnen vor allem bei Frauen, aber auch bei Männern aus gering qualifizierten Arbeitsbereichen, die Zeit ihres Erwerbslebens ihren Interessen an Bildung, Kultur, an der Entwicklung von Fähigkeiten in anderen Feldern aus zeitlichen und materiellen Gründen oder wegen der Mehrfachbelastung durch Familie und Beruf nicht nachkommen konnten.

In der bisherigen Diskussion wird nur allzu oft eine allgemeine Nachfrage nach bürgerschaftlichem Engagement der älteren Bevölkerung unterstellt, ohne dass dieser Engagementbedarf inhaltlich spezifiziert und quantitativ bewertet wird. Es sind die Fragen zu stellen und zu beantworten: In welchen gesellschaftlichen Feldern möchten sich ältere Frauen und Männer engagieren und ihre Kompetenzen einbringen? Wo werden sie mit welchen Qualifikationen benötigt? Nur wenn diese Fragen beantwortet sind, können ziel- und passgenaue Maßnahmen der Engagementförderung eingeleitet werden. Andernfalls werden Seniorinnen und Senioren für Aufgaben und Aktivitäten qualifiziert, die wenig bis gar nicht nachgefragt werden, während in anderen sozialen Tätigkeitsfeldern ehrenamtliche Helferinnen und Helfer benötigt werden, die dann aber weder qualitativ noch quantitativ in einem ausreichenden Maße zur Verfügung stehen.

Der Engagementdiskurs ist in das sozialpolitische Reformprojekt des aktivierenden Sozialstaats eingebettet, der die Neugestaltung der sozialstaatlichen Leistungen und Einführung marktförmiger Versorgungsformen mit der Reform von Verwaltungsstrukturen und der Neugestaltung des Verhältnisses von Staat und Bürgern verknüpft. In der Politik steht Engagement häufig in der Gefahr, als kostengünstiger Lückenbüsser für Sparstrategien oder als allfälliger Problemlöser für alle erdenklichen ungelösten gesellschaftlichen Probleme instrumentalisiert zu werden. Die Diskussion über ältere Menschen und bürgerschaftliches Engagement fokussiert zur Zeit stark auf soziale Hilfeleistungen und traditionelles Ehrenamt. Auch die Diskussion um die sogenannten neuen altersspezifischen Formen des Engagements stellen häufig Selbsthilfeaktivitäten, soziale Unterstützungsdienste oder Bildungsaktivitäten ins Zentrum der Betrachtung. Weniger häufig zielen Projekte auf die Aktivierung der politischen Partizipation älterer Menschen. Wenn dies geschieht, beziehen sie sich überwiegend auf traditionelle Formen der Interessenvertretung, wie beispielsweise in Seniorenvertretungen. In Zukunft könnten ältere Menschen auch in unkonventionellen politischen Beteiligungsformen einen wichtigen Beitrag zur Belebung der demokratischen Kultur und des Gemeinwesens in den Kommunen beitragen, etwa im Rahmen der lokalen Agenda 21 Prozesse.

Die Kommission sieht in der Aktivierung des bürgerschaftlichen Engagements ein Instrument, um zur Lösung der Herausforderungen der gesellschaftlichen Alterung und der Schrumpfung der Bevölkerung beizutragen. Es kann ein Baustein in einem vielfältigen Bündel von Interventionen und Reformen sein.

Man sollte allerdings den Anteil, den das bürgerschaftliche Engagement älterer Menschen zur Lösung dieser Herausforderungen beitragen kann, nicht überschätzen. Auch im Alter stellt das bürgerschaftliche Engagement nur eine Option unter vielen für die Freizeitgestaltung, die Strukturierung des Alltags und die soziale Teilhabe dar. Welche Folgen die ange-

² Eine solche „neue Verantwortungsrolle“ für Ältere wurde durch das Bundesmodellprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen“ EFI bereits erfolgreich erprobt (siehe dazu: www.efi.de)

strebte Angleichung des realen Berufsausstiegsalters an die gesetzliche Altersgrenze für die Engagementbereitschaft der jungen Alten haben wird, ist momentan kaum abzusehen.

Als Resümee der Gegenüberstellung von Chancen und Risiken des Engagementdiskurses im Bezug auf ältere Menschen lässt sich feststellen, dass das bürgerschaftliche Engagement älterer Menschen dazu beitragen kann, nicht nur die Wohlfahrtsproduktion zu erhöhen, sondern auch die politische Sphäre in Deutschland partizipativer und demokratischer zu gestalten sowie die gesellschaftlicher Produktivität und Innovationsfähigkeit des Landes zu befördern.

Optionen und Maßnahmen der Engagementförderung

Die dauerhafte Förderung des bürgerschaftlichen Engagements steht vor einem erheblichem Finanzierungsproblem. Neue Formen einer öffentlich-privaten Partnerschaftslösung für die Finanzierung sollten weiterhin erprobt werden, denn ohne eine zusätzliche und verstetigte Finanzierung von engagementunterstützenden Strukturen kann das bürgerschaftliche Engagement Einbußen erfahren und so zu Kostensteigerungen an anderer Stelle (z.B. im Gesundheitswesen) beitragen. Die seit längerem angemahnte Öffnung der kommunalen Verwaltungen, von Verbänden, Vereinen und Institutionen für das bürgerschaftliche Engagement gehört zu den anspruchsvollsten Herausforderungen für die Zukunft. Hier gibt es inzwischen auf allen Ebenen Beispiele guter Praxis. Damit das bürgerschaftliche Engagement aber einen dauerhaften Aufschwung nehmen kann, muss es zu einem flächendeckenden Wandel kommen.

Die Diskussion über bürgerschaftliches Engagement darf nicht instrumentell geführt werden. Das Verständnis von Freiwilligen als Ressource, die es aus Gründen der Kosteneffizienz zu aktivieren gelte, geht an den Motiven und vielfach auch der Lebenslage der Engagierten vorbei. Deshalb sollte auch nicht von Freiwilligen-gewinnung die Rede sein, sondern die Ermöglichung von Engagement im Zentrum der Debatte stehen.

Freiwilliges Engagement darf nicht zur gesellschaftlichen Verpflichtung im Alter werden. Das bedeutet auch den Verzicht auf eine negative gesellschaftliche Sanktionierung derjenigen, die sich daran nicht beteiligen.

Es sollte ein sehr breites und gestaltungsoffenes Spektrum von Engagementfeldern angeboten und weiter entwickelt werden. Dies muss möglichst transparent hinsichtlich der Wahrnehmung durch unterschiedliche soziale Milieus, Altersgruppen, beide Geschlechter, Menschen in verschiedenen Lebenslagen etc. gestaltet sein und direkt an den Interessen und (nicht nur formal erkennbaren/messbaren) Qualifikationen wie Erfahrungen und sozialen Netzen der (potenziell) sich Engagierenden ansetzen.

Pilotprojekte gibt es in Deutschland relativ viele; flächendeckende Nutzungen von Ergebnissen der Pilotprojekte jedoch sind selten. Es ist darauf zu verweisen, dass bei einer Zielsetzung „Flächendeckung“ nicht nur zusätzliche Finanzierungsprobleme, sondern auch zahlreiche Qualifikations- und Kompetenzherausforderungen, organisatorische Fragen, Lernanforderungen etc. zu bewältigen sind.

Im Ergebnis ihrer Analyse des Engagements und der Teilhabe älterer Menschen empfiehlt die Kommission

- eine Kultur des bürgerschaftlichen Engagements zu fördern,
- das Verhältnis von hauptamtlicher und freiwilliger Arbeit aktiv zu gestalten,
- Pluralität und Wandel von Motiven und Engagementformen zu berücksichtigen und zu ermöglichen,
- Wissensdefizite in den Unternehmen zu beseitigen und deren Engagementkultur zu stärken,

- den Ausbau und die Verstetigung der engagementfördernden Infrastruktur,
- die kommunale Bürgerbeteiligung auszubauen,
- eine Instrumentalisierung des Engagements zu verhindern und die sozialen Voraussetzungen für Engagement zu schaffen,
- soziale Ungleichheiten des Engagements abzubauen,
- das bürgerschaftlichen Engagements bei Reformen der Versorgungssysteme für ältere und alte Menschen zu berücksichtigen.

(Literaturhinweise beim Verfasser)

Dr. sc. phil. Klaus-Peter Schwitzer ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Zentrum für Altersfragen, Geschäftsstelle Fünfter Altenbericht der Bundesregierung Kontakt: schwitzer@dza.de

Gleichzeitig mit dem Fünften Altenbericht sind die von der Sachverständigenkommission vergebenen Expertisen im Buchhandel erschienen. Band 5 widmet sich dem Thema des Engagements älterer Menschen:

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) 2006: Gesellschaftliches und familiäres Engagement älterer Menschen als Potenzial. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung Bd. 5. Berlin, Lit Verlag.

Wie lassen sich Wirtschaftlichkeit in der Patientenbetreuung und Bedürfnisse der Betreuten in Einklang bringen?

Anfang Dezember 2006 stellte das Institut für Technologie und Arbeit der TU Kaiserslautern die Ergebnisse des Modellprojekts „Reorganisation der Strukturen und Prozesse in kleineren Krankenhäusern mit regionaler Bedeutung zur Anpassung an die neuen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen“ vor. Das Projekt wurde 2004 vom Land Rheinland-Pfalz und den Krankenkassen in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung Klinischer Patientenpfade wichtige Effekte auslösen können: Die Verbesserung der Prozesse führt zu Kosteneinsparungen, aber auch zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlungen für die Patienten. Die interdisziplinäre Erarbeitung der Pfade verbessert darüber hinaus die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Mitarbeitern in der Pflege und in den Funktionseinheiten.

Die Reformen im Gesundheitswesen haben erhebliche Auswirkungen auf Krankenhäuser. Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf das vollpauschalierte Entgeltsystem „Diagnosis Related Groups“ führt zu einem Paradigmenwechsel: Während in der Vergangenheit die Verweildauer im Krankenhaus für die Bezahlung relevant war, geht es jetzt um eine Maximierung der Fallzahlen, was zwangsweise zu einer Minimierung der Aufenthaltstage im Krankenhaus führen muss.

Um diesen wachsenden Anforderungen im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, stehen Kliniken vor der zentralen Aufgabe, Behandlungspfade zu entwickeln. Diese interdisziplinären Versorgungspläne legen die optimale Abfolge oder Terminierung der wichtigsten Interventionen verbindlich fest. Sie werden von allen Disziplinen (Ärzte, Pflege und Funktionseinheiten), die bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose beteiligt sind, erarbeitet. Klinische Behandlungspfade sind als Instrumente für die erforderlichen Reorganisationsprozesse zu sehen, die Doppelarbeiten ausschalten und veraltete

Verfahren ablösen sollen, die in der Vergangenheit zu einer Verlängerung der Verweildauer geführt haben. Oberste Prämisse ist hierbei die Erhaltung und Steigerung der Behandlungsqualität.

Im Hinblick auf die spezifischen Herausforderungen für kleinere Krankenhäuser mit regionaler Bedeutung, wurden in dem zweijährigen Projekt in einem DRK-Klinikum in Rheinland-Pfalz zunächst die Rahmenbedingungen für tiefgreifende Veränderungsprozesse geschaffen. Die daraus abgeleitete Handlungsanleitung, die zwölf Phasen umfasst, erlaubt ein standardisiertes Vorgehen für die Entwicklung Klinischer Behandlungspfade in einem interdisziplinär besetzten Team. Positive Effekte der eingeleiteten Veränderungsmaßnahmen waren z.B. effizientere Prozesse, Kosteneinsparungen, Erhalt bzw. Verbesserung der Qualität der Patientenbetreuung.

Nach erfolgreichem Abschluss des Modellprojekts erarbeitet das Institut für Technologie und Arbeit derzeit ein Übertragungskonzept zur Reorganisation der Strukturen und Prozesse in kleineren Krankenhäusern mit regionaler Bedeutung. Neben der Bildung interdisziplinärer Projektgruppen, die die verschiedenen Gruppen im Krankenhaus einbezieht, steht dabei die Nutzung von Synergien durch Verbundprojekte im Zentrum der Betrachtung.

Weitere Informationen:
Delia Schröder, Institut für Technologie und Arbeit (ITA), www.ita-kl.de

Körperliche Aktivität im Alter und Lebenserwartung

In einer aktuellen US-Studie wurde einmal mehr der positive Zusammenhang von Aktivität und Lebenserwartung belegt. Entscheidend, so das Ergebnis der Untersuchung, ist dabei weniger die Art der Aktivität, als der Energieverbrauch. Man muss kein Krafttraining machen, sollte jedoch die Treppe statt den Aufzug benutzen und sich generell möglichst viel Bewegung verschaffen.

Die 70- bis 82jährigen Teilnehmer der Stu-

die hatten keine lebensbedrohlichen Krankheiten und waren alle in der Lage, täglich mindestens einen Kilometer zu gehen und Treppen zu steigen. Ermittelt wurde einerseits (mithilfe einer Isotopenmethode), wieviel Energie sie für ihre Aktivitäten verbrauchten und andererseits wie viele von ihnen innerhalb von sechs Jahren starben.

Bei der Auswertung der Daten wurden die Teilnehmer entsprechend dieses Energiebedarfs in drei Gruppen eingeteilt. Von den aktivsten Teilnehmern (über 770 kcal/Tag für Aktivitäten) waren nach sechs Jahren nur zwölf Prozent gestorben, von den Teilnehmern in der mittleren Gruppe (520 bis 770 kcal/Tag) waren 18 Prozent tot, und von den Teilnehmern, die sich zu Beginn am wenigsten bewegten hatten (weniger als 520 kcal/Tag), waren 25 Prozent gestorben.

Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Gewicht ergab sich aus den Daten für aktive Personen (über 770 kcal/Tag) ein 70 Prozent niedrigeres Risiko, innerhalb von sechs Jahren zu sterben, als für inaktive Personen (unter 520 kcal/Tag), berichten die Forscher aus Bethesda (JAMA 296, 2006, 171).

Ein weiteres Ergebnis: In der Studie war es für die Lebenserwartung ohne Bedeutung, ob die Teilnehmer Rad fuhren, wanderten, Gymnastik machten oder nichts von all dem. Entscheidend war allein, wie intensiv sie sich überhaupt bewegten, also wieviel Energie sie insgesamt für solche oder andere Aktivitäten benötigten.

Quelle:
The Journal of the American Medical Association (JAMA). 2006; 296: 171–179

Neues Internetportal: Brückenschlag zwischen Altenarbeit und Wirtschaft

Mit dem „Marktplatz für alle Generationen“ hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter www.wirtschaftskraft-alter.de ein neues Informationsportal vorgestellt. Bürgerinnen und Bürger, aber auch Unternehmen können sich dort über die anwendungsfreundliche und sichere Gestaltung von Produkten, Gütern und Dienstleistungen des täglichen Lebens informieren. Das Portal gliedert sich in Rubriken wie „Heim und Handwerk“, „Wohnen und Bauen“, „Technik und Mobilität“ und wird durch Checklisten im „Qualitätslotsen“ ergänzt. Das Ziel der Webseite ist es, Verbraucherkompetenz zu stärken und die Potenziale älterer Menschen besser für die Gesellschaft zu nutzen. Mit einem Ausgabebudget von rund 26 Milliarden Euro pro Monat bildet die Gruppe der über 60-Jährigen eine für die Volkswirtschaft unverzichtbare Größe. Nicht zuletzt profitieren auch jüngere Menschen von einer praktikablen und gut handhabbaren Gestaltung von Produkten und Dienstleistungen. Das Internetportal wird von der Agentur Kompaktmedien und der Deutschen Gesellschaft für Gerontotechnik betreut und laufend aktualisiert.

Anmerkungen, Anregungen, Terminvorschläge werden erbeten an:
anfrage@wirtschaftskraft-alter.de
oder Isabelle Arend Redaktion
www.wirtschaftskraft-alter.de
Tel. (030) 30881143
Fax. (030) 30881111

Neuer BAGSO-Vorsitzender

Zum neuen Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen Deutschlands wurde Walter Link gewählt. Der 69-Jährige, der als CDU-Bundestagsabgeordneter acht Jahre Leiter der „Enquête-Kommission Demografischer Wandel“ war, tritt die Nachfolge von Roswitha Verhülsdonk an, die nach zehnjähriger Amtszeit nicht mehr kandidierte.

Der neue Vorsitzende hat sich vorgenommen, die Beteiligungsmöglichkeiten älterer Menschen zu verbessern, denn viele Seniorinnen und Senioren seien bereit, sich als Anwälte und Experten in eigener Sache zu engagieren und sich auch für andere einzusetzen, es würden ihnen aber häufig Steine in den Weg gelegt. Link forderte die Vertreterinnen und Vertreter der 93 BAGSO Verbände mit ihren mehr als 12 Millionen Mitgliedern auf, sich ihrer Kompetenzen, die sie sich in Beruf und Familie erworben haben, bewusster zu werden und ihre Anliegen selbstbewusster zu vertreten.

Seine Mitstreiterinnen und Mitstreiter im neuen Vorstand sind: Frieder Theysohn (Evang. Seniorenwerk) und Karl Michael Griffig (Kolpingwerk Deutschland) als stellvertretende Vorsitzende, Ruth Brand (AG 60plus der SPD), Dr. Rudolf Fitzner (Hartmannbund), Dieter Seipp (Senior Experten Service) und Helga Walter (BAG Landesseniorenvertretungen) sowie Dr. Erika Neubauer, die seit 1991 Geschäftsführerin der BAGSO ist.

Weitere Informationen:
BAGSO e.V.
Eifelstr. 9, 53119 Bonn
Tel. (0228) 2499930
lenz@bagso.de
www.bagso.de

Sinkende Alterseinkünfte

54 % der älteren Menschen in Deutschland sind zum Sparen gezwungen, weil vieles teurer geworden ist. Neben der Inflation spielen dabei auch die Mehrbelastungen vor allem im Gesundheitsbereich eine Rolle. Gespart wird vor allem bei größeren Anschaffungen, teilweise aber auch in Bereichen, die für den Erhalt der Selbstständigkeit wichtig sind, wie bei Arztbesuchen oder beim Kauf von Medikamenten. Zu diesen Ergebnissen kommt eine aktuelle Befragung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). Eine Studie der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) bestätigt diesen Negativtrend: 19 % der Seniorenhaushalte haben einen so einge-

schränkten Finanzspielraum, dass „es manchmal vorne und hinten nicht reicht“. Diese alarmierenden Daten waren Anlass für einen Expertenworkshop mit Vertreterinnen und Vertretern von Seniorenverbänden, Hauswirtschaftsverbänden und karitativen Organisationen. Die Fachleute sprachen sich vor allem dafür aus, Senioren in ihrem Bemühen zu unterstützen, sich selbst für ihr Wohlergehen zu engagieren, die Wirtschaft verstärkt auf die Bedürfnisse älterer Verbraucher aufmerksam zu machen, kommunale und regionale Strategien zur Stärkung von Seniorenhaushalten zu entwickeln, professionelle Hilfe und ehrenamtliches Engagement lokal zu bündeln, eine altersspezifische Verbraucherarbeit in Bund und Ländern zu forcieren, um die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Menschen solange wie möglich selbstbestimmt in der eigenen Wohnung leben können. Vor dem Hintergrund weiter sinkender Alterseinkünfte ist präventives Handeln angezeigt. Eine stärkere Vernetzung der vorhandenen Angebotsstrukturen ist ein Schritt in die richtige Richtung, denn, so die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft (dgh) Alrun Niehage: „Häufig sind gerade isoliert lebende Menschen schon mit der Suche nach geeigneten Hilfeangeboten überfordert.“

Weitere Informationen:
Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (dgh)
Wielandstr. 1, 49134 Wallenhorst
Tel. (05407) 816476
dgh@dghev.de
www.dghev.de

BAGSO e.V.
Eifelstr. 9, 53119 Bonn
Tel. (0228) 2499930
lenz@bagso.de
www.bagso.de/bagso_vf.html

Entwicklungshilfe übersieht die Alten

Die Zunahme der Zahl älterer Menschen läuft in Entwicklungsländern erheblich schneller ab als in Industrienationen, und der weit überwiegende Teil der Menschen über 60 wird in Entwicklungsländern leben. Prognosen der Vereinten Nationen (Population Division) zufolge wird sich die Zahl der über 60jährigen in den Entwicklungsländern bis 2050 vervierfachen. Nach Ansicht der Hilfsorganisationen Caritas International und HelpAge Deutschland muss sich die deutsche Entwicklungspolitik stärker um die steigende Zahl alter Menschen in den Empfängerländern kümmern. Wegen fehlender Sicherungssysteme in Asien, Lateinamerika und Afrika sei das Alter für fast drei Viertel der Menschen gleichbedeutend mit Armut. Nur fünf Prozent der Bevölkerung in Entwicklungsländern bezögen Rente. Die gravierende demografische Veränderung schlage sich bislang jedoch kaum in der staatlichen Projektförderung nieder, weil es den politisch Verantwortlichen an Bewusstsein dafür fehle, kritisierten beide Organisationen. Die deutsche Entwicklungspolitik vergesse die Alten. HelpAge Deutschland e.V. ist ein entwicklungspolitisches Hilfswerk, das sich für die Förderung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse und Rechte alter Menschen einsetzt. HelpAge Deutschland macht sich stark für das Recht auf ein Leben ohne Diskriminierung auf Grund von Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Glaubensbekenntnis oder Geschlecht und für das Recht auf Gesundheit, Respekt und Würde. Alte Menschen verfügen über eine Vielfalt an Erfahrungen und Fertigkeiten. Ihre Lebensweisheit ist der Reichtum einer Gesellschaft, auf dem kommende Generationen aufbauen. Alte Menschen sollen aktiv in die Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse einbezogen werden und Politik mitgestalten. Caritas international ist das Hilfswerk der deutschen Caritas. Es leistet weltweite Katastrophenhilfe und fördert soziale Projekte für Kinder, alte und kranke Menschen sowie für behinderte Menschen.

Weitere Informationen: www.helpage.de

Rehabilitationsexperten und Selbsthilfegruppen fordern bessere Kooperation in der häuslichen Pflege

Auf einem Kongress zur „Häusliche Pflege“, der Teil der diesjährigen RehaCare-Messe in Düsseldorf war, bewerteten Experten die gesetzlichen Ansprüche auf Pflege und Rehabilitation zwar als zufriedenstellend, kritisierten jedoch die große Umsetzungslücke zwischen Gesetz und Alltag. Ein Grund dafür sei die zersplitterte Zuständigkeit für die Reha-Maßnahmen.

Zu den Rehabilitationsträgern zählen außer der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und die Jugend- und Sozialhilfe. Reha-Maßnahmen würden oft nur bewilligt, wenn der zuständige Träger sich davon Kosteneinsparungen für seinen eigenen Zuständigkeitsbereich verspreche, so Elke Bartz, Vorsitzende des Forums selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen (ForseA).

Es werde oft ignoriert, dass eine Reha auch dem Erhalt der Gesundheit dienen kann oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorbeugen kann. Das Forum empfiehlt, die Pflegeversicherung zum alleinigen Rehabilitationsträger zu machen. Auch von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) wurde die Auffassung vertreten, dass ohne geeignete Reha-Maßnahmen keine ordentliche Pflege möglich sei, zudem müsse die Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten, Therapeuten und Allgemeinkrankenhäusern auf lokaler Ebene verbessert werden. Als koordinierende Stelle für die Vernetzung biete sich der behandelnde Hausarzt an, da er die Vorgesicht der Pflegebedürftigen am besten kenne. Selbsthilfe-Vertreter stellen hingegen bei den Hausärzten oft ein begrenztes Interesse an Pflege und Reha fest – nur wenige besuchten z.B. die Schulungen, welche die Rehabilitationsrichtlinie vorschreibe – und fordern von ihnen mehr Engagement bei Pflege und Rehabilitation.

High-Tech in der häuslichen Pflege

Unter dem Titel „Pflege zu Hause – (wie) kann innovative Technik helfen?“ lud das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg zu einem Workshop nach Stuttgart ein. Mitveranstalter waren neben dem Fraunhofer IAO die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V., die Wüstenrot Stiftung, der Landes-seniorenrat Baden-Württemberg e.V., das Deutsche Rote Kreuz, Demenz Support Stuttgart gGmbH Zentrum für Informationstransfer und die FH Esslingen Hochschule für Sozialwesen.

Im Gegensatz zu anderen Ländern ist in Deutschland die Akzeptanz technischer Hilfen bei häuslich Pflegebedürftigen noch gering. Dabei könnten diese vielen Menschen ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im eigenen Zuhause ermöglichen. Der Workshop beleuchtete die Sichtweisen der Betroffenen und das Zusammenwirken mit den Pflegediensten. Die Teilnehmer diskutierten, wie man einerseits die Sicherheit, Autonomie und Lebensqualität der Pflegebedürftigen erhalten und andererseits die Pflegenden entlasten kann. Dabei spielt der Einsatz innovativer technischer Hilfen eine wesentliche Rolle – immer unter Berücksichtigung ethischer Aspekte und nur wenn die Betroffenen dem zustimmen. Für diese empfiehlt es sich daher, frühzeitig die Möglichkeiten der Technik kennen zu lernen und den eigenen Willen, zum Beispiel in einer – ohnehin sinnvollen – Vorausverfügung festzulegen.

Weitere Informationen:

Fraunhofer IAO, Dr. Barbara Klein
Nobelstraße 12, 70569 Stuttgart
Tel. (0711) 970-5454, Fax. (0711) 970-5491
barbara.klein@iao.fraunhofer.de
www.ph.iao.fraunhofer.de

Neues Internetportal der BIVA

Die BIVA e.V. (Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeeinrichtungen) hat ein Internetportal mit Informationen zum Leben im Heim und Betreuten Wohnen eingerichtet. Neben aktuellen Nachrichten und Pressemitteilungen zu politischen Themen rund um das Wohnen und die Betreuung im Alter gibt es eine Zusammenstellung von wichtigen Urteilen und Berichte von den BIVA-Fachtagungen und Projekten. Bei Problemen findet man bei den „häufig gestellten Fragen“ eine Orientierung und erste Antworten.

Mit ihrem Informations- und Beratungsdienst bietet die BIVA seit Anfang des Jahres bundesweit beratende Hilfe bei Fragen

- zum Heimvertrag, Mietvertrag, Betreuungsvertrag,
- bei Leistungsmängeln,
- bei Entgelterhöhungen,
- bei Ärger mit der Heimleitung,
- zur Pflegeversicherung und zur Sozialhilfe,
- zu Qualitätsmerkmalen für gute Heime

und vielem mehr. Die Antworten lassen sich nun auch im Internet unter dem Stichwort „Informations- und Beratungsdienst“ finden.

„Die BIVA hat sich im Laufe ihrer inzwischen mehr als 30-jährigen Tätigkeit zu einer fachkompetenten Verbraucherberatungsstelle und Informationsquelle für Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, sonstige Interessierte, Behörden und Medien entwickelt,“ so Katrin Markus, Geschäftsführerin der BIVA. „Als spezifische Verbraucherschutzorganisation mit dem Ziel, die Lebensqualität im Heim zu verbessern, gilt sie als besonders fachkundiger, an der Interessenlage der Betroffenen orientierter Verband.“ Durch zahlreiche Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen zu sämtlichen Fragen des Lebens und der Betreuung in Wohnangeboten für Senioren hat sie zudem bundesweiten Bekanntheitsgrad erlangt.

Mit dem demografischen Wandel und der Bewusstseinsweiterung für die Qualität der Versorgung der älteren Menschen in stationären Einrichtungen steigt auch die Nachfrage an Information und Beratung zum Thema Leben und Wohnen, Betreuung und Pflege in der Gemeinschaft. Dieses Wissen und diese Erfahrungen stehen nun auch für jeden abrufbereit im Internet zur Verfügung.

Weitere Informationen:
 BIVA, Tel. (02254) 7045 oder 2812;
 Fax. (02254) 7046
 info@biva.de
 www.biva.de

Deutscher Altenpflege-Monitor 2006

Der Altenpflege-Monitor ist eine repräsentative Umfrage unter 500 Personen der Generation 50plus. Die Studie wird jährlich von der Evangelischen Heimstiftung e.V., dem Institut „Konzept & Markt“ und dem Vincentz-Verlag durchgeführt. Gefragt wird nach Einstellungen zur Pflege, aber auch nach dem Informationsstand, den Vorsorgeplanungen und den Erwartungen der Kunden von morgen.

Nach wie vor ist es um das Image der Altenpflege schlecht bestellt. So meinen 83 Prozent der aktuell Befragten, das Personal habe zu wenig Zeit (2005: 81 Prozent); 63 Prozent halten die Pflege für zu teuer (2005: 70 Prozent) und 76 Prozent sind der Ansicht, dass Pflegebedürftige nicht respektvoll behandelt werden (2005: 77 Prozent).

Auch die Pflegequalität wird schlecht beurteilt, nur ein knappes Viertel aller Befragten hat den Eindruck, man werde in der Pflege gut versorgt (2006: 23 Prozent, 2005: 24 Prozent). Über die Hälfte meint, dass Pflegebedürftige mit Medikamenten „ruhig gestellt“ werden (2006: 56 Prozent, 2005: 50 Prozent). Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass nur 28 Prozent (2005: 27 Prozent) meinen, die Altenpflege in Deutschland habe einen guten Ruf. Zugleich sind jedoch 45 Prozent (2005: 46 Prozent) der Befragten der Ansicht, die Pflege werde professionell

betrieben und 63 Prozent die Altenpflege für einen zwar schlecht bezahlten aber angesehenen Beruf halten.

Fast die Hälfte der Generation 50plus (44 Prozent) hat sich noch nicht mit Fragen nach den Pflegemöglichkeiten, nach einer zukünftigen Versorgung und ihren Kosten beschäftigt. Der Anteil der Informierten stieg lediglich um 3 Prozent (2005: 53 Prozent; 2006: 56 Prozent), wobei Krankenkassen, Ämter und Behörden, das Internet und Beratungsstellen vergleichsweise häufiger genutzt wurden als z.B. öffentliche Medien, Gespräche mit Freunden oder Besuche im Pflegeheim.

Für den Fall der Pflegebedürftigkeit gibt es eine klare Präferenz für die Pflege zu Hause. Nur 13 Prozent würden sich für die stationäre Versorgung in einem Pflegeheim entscheiden, 37 Prozent jedoch lieber durch ambulante Dienste, 36 Prozent durch Angehörige und 32 Prozent in betreuten Wohnungen gepflegt werden. In einer offenen Befragung wurden Einstellungen zu alternativen Wohnformen ermittelt. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Erwartungen an Formen des „Generationenwohnens“ und der „selbstorganisierten Wohngemeinschaft“. In beiden Fällen spielt die Selbstbestimmung eine wichtige Rolle. Während beim Generationenwohnen Selbstbestimmung vor allem Achtung der Privatsphäre bedeutet, ist bei der selbstorganisierten Wohngemeinschaft damit vor allem wirtschaftliche Souveränität gemeint. Zur Frage der Pflege im Rahmen des Generationenwohnens sind die Ansichten geteilt. Nicht so bezogen auf selbstorganisierte Wohngemeinschaften. Hier kann nach Ansicht der Befragten nur Pflege von außen erbracht werden, etwa durch Pflegedienste.

Weitere Informationen:
 Vincentz Network GmbH
 Tel. (0511) 9910-033
 buecherdienst@vincentz.de
 www.vincentz.net/altenpflagemonitor

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen durch ältere Menschen

Sonja Menning

16

Mit der demografischen Alterung ist es absehbar, dass der Bedarf an medizinischen Leistungen weiter anwachsen wird. Eine wesentliche Säule der medizinischen Versorgung ist die ambulante Versorgung durch Allgemeinmediziner, Fach- und Zahnärzte. Der Artikel soll einen kurzen Überblick geben zu Umfang und Besonderheiten der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen durch ältere Menschen. Er wird Ergebnisse eines Krankenkassenreports zu Häufigkeit und Kosten der Arztbesuche durch Ältere vorstellen und anschließend auf Basis der Daten des Alterssurveys 2002 untersuchen, welche Differenzierungen das Inanspruchnahmeverhalten älterer Menschen in Bezug auf Gesundheitszustand und Fachärzteguppen aufweist.

Eine vor kurzem veröffentlichte Studie der Gmünder Ersatzkasse hat die erste umfassende versichertenbezogene Auswertung von Kassendaten zur ambulanzärztlichen Versorgung vorgelegt (vgl. dazu Gmünder Ersatzkasse, 2006). Das analysierte Datenmaterial kann Aspekte der Gesundheitsversorgung erhellen, die mit der Befragung einer Bevölkerungsstichprobe nicht zu analysieren sind. Aus dieser Studie werden im Folgenden die Ergebnisse für Behandlungsraten, Arztkontakte und Behandlungskosten vorgestellt.

Behandlungsraten sind die Anteile von Personen einer Altersgruppe, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums mindestens einmal beim Arzt waren. Insgesamt wurden in dem Report für alle Altersgruppen durchgängig hohe Behandlungsraten festgestellt. Bezogen auf das gesamte Jahr 2004 gab es bei Frauen keine Altersgruppe, die Behandlungsraten unter 92 Prozent auswies. Bei Männern liegen die niedrigsten Jahreswerte bei etwa 80 Prozent in den jüngeren Altersgruppen. Eine höhere Varianz zwischen den Altersgruppen ergibt sich, wenn der betrachtete Zeitraum kürzer gefasst wird, wie etwa bei der Auswertung der Daten für das 1. Quartal 2004. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen jüngeren und älteren Versicherten. Während des 1. Quartals 2004 nahmen 77 Prozent

der 25- bis 29-jährigen Frauen einen Arzt in Anspruch; bei den 65- bis 69-jährigen Frauen waren es bereits 81 Prozent und bei den 85- bis 89-jährigen Frauen 92 Prozent. Noch deutlicher stiegen die Behandlungsraten im Altersverlauf bei den Männern: Von den 25- bis 29-Jährigen gingen im 1. Quartal 2004 nur 45 Prozent mindestens einmal zum Arzt, bei den 65- bis 69-jährigen Männern waren es 76 Prozent und bei den 85- bis 89-jährigen Männern 91 Prozent. Während Männer im jüngeren Erwachsenenalter deutlich niedrigere Behandlungsraten als Frauen aufweisen, holen sie mit steigendem Alter bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen im Vergleich zu den Frauen auf.

Das zeigt auch die Betrachtung der Arztkontakte je Person. Bei jüngeren Männern wurden im Jahr 2004 etwa 8 und bei jüngeren Frauen etwa 15 Arztkontakte pro Jahr erfasst. Die Häufigkeit der Arztkontakte steigt mit dem Alter deutlich an, wie Abbildung 1 zeigt. Im hohen Alter wurden 2004 etwa 35 Arztkontakte bei beiden Geschlechtern registriert (Gmünder Ersatzkasse, 2006). Mit zunehmendem Alter gleicht sich die Häufigkeit der Arztkontakte der Männer der der Frauen an. Etwa ab

dem 75. Lebensjahr ist der Geschlechterunterschied nahezu ausgeglichen. Mit der Häufigkeit der Arztkontakte im Alter steigen auch die Behandlungskosten der ambulanten Versorgung. Auffallend ist, dass etwa ab dem 70. Lebensjahr die Behandlungskosten der älteren Männer die der Frauen übersteigen. Im Jahr 2004 fielen für einen 70- bis 74-jährigen Mann durchschnittlich Behandlungskosten von 692 Euro an – für eine gleichaltrige Frau waren es nur 637 Euro. Der Unterschied in den ambulanten Behandlungskosten nimmt mit höherem Alter noch zu. Bei den 80- bis 84-Jährigen lag er bei 888 Euro vs. 718 Euro (Männer/Frauen), bei den über 90-Jährigen bei 893 Euro vs. 712 Euro.

Die Analyse der Daten der Gmünder Ersatzkasse zeigt: Mit steigendem Alter nimmt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu, und damit steigen auch die Kosten für das Gesundheitswesen. Um das Inanspruchnahmeverhalten Älterer bei Arztkontakten differenzierter darzustellen, werden im Folgenden Surveydaten analysiert. Datenbasis dafür ist der Alterssurvey 2002, eine Untersuchung, bei der insgesamt 5.194 Personen zwischen 40 und 85 Jahren in Privathaushalten befragt wurden. Für die Auswer-

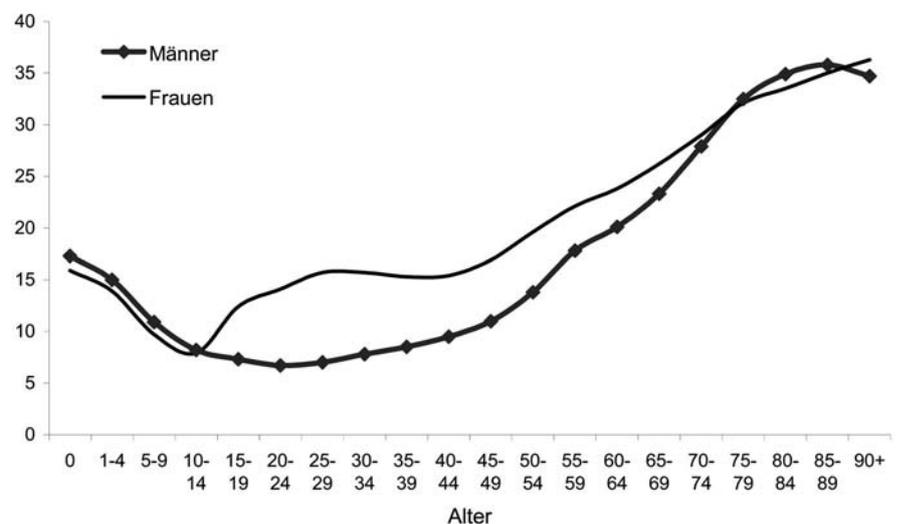


Abbildung 1: Durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte nach Geschlecht und Alter
Quelle: Gmünder Ersatzkasse 2006

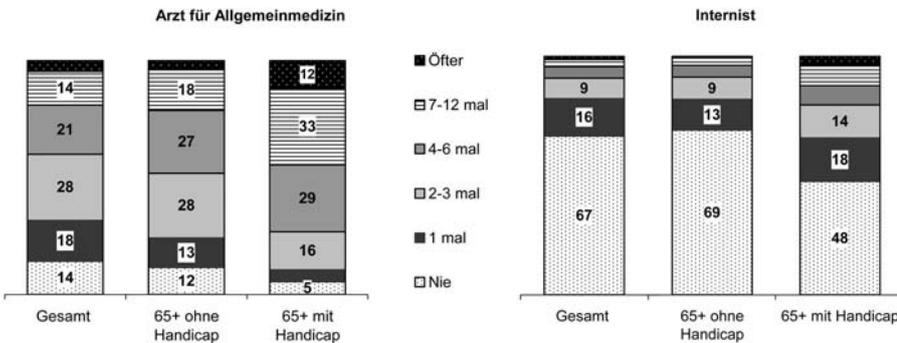


Abbildung 2: Häufigkeit der Arztkontakte zu Allgemeinmedizinern und Internisten
 Daten: Alterssurvey 2002, Replikationsstichprobe, gewichtet

tung der Daten zu den Arztkontakten in den letzten 12 Monaten stand die Fragestellung im Fokus: Wie unterscheiden sich ältere Menschen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen in der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen? Ausgangspunkt war dabei die Überlegung, dass nicht in erster Linie das Alter die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen beeinflusst, sondern vielmehr der Gesundheitszustand entscheidenden Einfluss hat.

Dafür wurden zwei Untergruppen gebildet und dem Durchschnitt aller Befragten gegenübergestellt: über 65-jährige Befragte ohne bzw. mit gesundheitlichem Handicap. Als Befragte mit Handicap wurden diejenigen Befragten definiert, die angaben, sich im täglichen Leben durch eine chronische körperliche oder seelische Krankheit bzw. Behinderung etwas oder sehr stark eingeschränkt zu fühlen. Die Ergebnisse für die Inanspruchnahme einiger ausgewählter Arztkategorien zeigen Abbildung 2 und 3.

Allgemeinmediziner werden erwartungsgemäß am häufigsten aufgesucht. Nur ein geringer Anteil aller Befragten (14 Prozent) gab an, innerhalb des letzten Jahres einen solchen Arzt nicht aufgesucht zu haben. Die Gruppe der über 65-Jährigen ohne gesundheitliches Handicap unterschied sich nur unwesentlich vom Durchschnitt aller Befragten. Dagegen wies die Gruppe der über 65-Jährigen mit einem gesundheitlichen Handicap einige Besonderheiten auf: Der Anteil derjenigen, die nie oder bis maximal dreimal einen Allgemeinmediziner aufsuchten, war bei ihnen deutlich kleiner als bei den gesünderen Älteren. Dafür war der Anteil derjenigen, die öfter als zwölfmal Arztkontakt mit einem Allgemeinmediziner hatten, bei den gesundheitlich benachteiligten über 65-Jährigen mit 12 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei den gesünderen Älteren.

Ein ähnliches Bild zeigt die Inanspruchnahme bei Internisten: Auch hier unterscheiden sich die relativ gesunden Älteren kaum vom Durchschnitt. Etwa ein Drittel aller Befragten suchte während der vergangenen 12 Monate einen Internisten auf. 16 Prozent aller Befragten und 13 Prozent der über 65-Jährigen ohne gesundheitliches Handicap gingen einmal zum Internisten, 9 Prozent beider Gruppen zwei- bis dreimal. Auch bei der Inanspruchnahme von Internisten zeigen sich die größeren Differenzen zwischen den Älteren mit und ohne gesundheitliches Handicap und nicht zwischen den Älteren und dem Durchschnitt aller Befragten. Die über 65-Jährigen mit einem gesundheitlichen Handicap nahmen zu einem größeren Prozentsatz (52 Prozent) einen Internisten in Anspruch und sie suchten ihn außerdem häufiger auf als die gesünderen Älteren.

Die höhere Inanspruchnahme von Ärzten durch ältere Menschen und insbesondere durch gesundheitlich benachteiligte Ältere lässt sich allerdings nicht für alle Facharztgruppen feststellen, wie auch die Daten des Alterssurveys belegen. Beispiele dafür sind die Inanspruchnahme zahnärztlicher und gynäkologischer Arztleistungen durch die über 65-Jährigen (Abbildung 3). Unabhängig von ihrem Gesundheitszustand gehen über 65-jährige Befragte nur

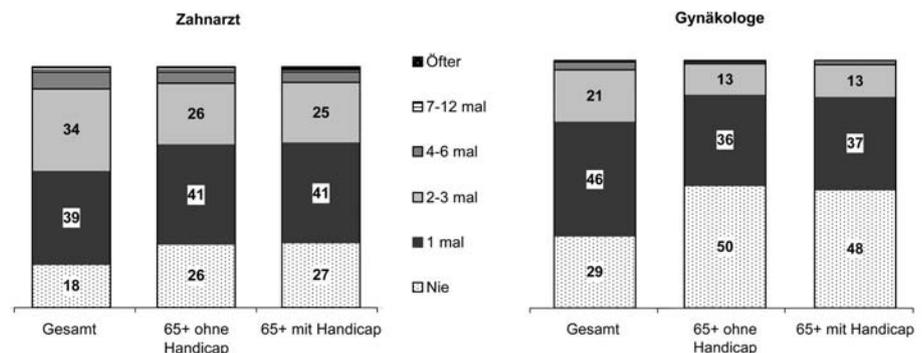


Abbildung 3: Häufigkeit der Arztkontakte zu Zahnärzten und Gynäkologen
 Daten: Alterssurvey 2002, Replikationsstichprobe, gewichtet

unterdurchschnittlich oft zum Zahnarzt. Mehr als ein Viertel der Älteren hat in den 12 Monaten vor der Befragung überhaupt keinen Zahnarzt besucht. Ähnliche Tendenzen zeigen die Arztbesuche bei Gynäkologen. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen befragten Frauen hat im Jahr vor der Befragung keinen Gynäkologen aufgesucht. Das ist ein deutlich überdurchschnittlicher Anteil. Diese beiden Beispiele geben Hinweise darauf, dass es in der älteren Bevölkerung auch Tendenzen einer problematischen Unterinanspruchnahme ärztlicher Leistungen gibt. Wichtige Möglichkeiten der Prävention und Früherkennung von Krankheiten bleiben so unter Umständen ungenutzt.

Die Analyse der Alterssurveydaten zeigt, dass sich ältere und relativ gesunde Menschen in ihrer Inanspruchnahme ambulanten ärztlicher Leistungen nicht gravierend vom Durchschnitt der über 40-Jährigen unterscheiden. Einen deutlich höheren Umfang an Arztkontakten weisen die über 65-Jährigen mit gesundheitlichen Einschränkungen auf. Der Umfang der Arztkontakte hängt demnach nicht in erster Linie vom Alter ab, sondern in erheblichem Maße vom gesundheitlichen Zustand der Älteren. In beiden Gruppen der über 65-Jährigen (mit und ohne gesundheitliches Handicap) zeigten sich Tendenzen der Unterversorgung bei einigen Facharztgruppen. Durch Vernetzung der medizinischen Versorgung und durch zielgruppenspezifische gesundheitliche Aufklärung und Information könnten hier Potenziale der Prävention und frühen Intervention erschlossen werden.

Literatur:

Gmünder Ersatzkasse (Ed.). (2006). GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2006: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

*Dipl.-oec. Sonja Menning ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am DZA im Projekt GeroStat.
Kontakt: menning@dza.de*

Buch des Monats: Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote

Ulrich Schneekloth, Hans-Werner Wahl (Hrsg.)



In der demografisch alternden Gesellschaft ist die Erhaltung größtmöglicher Selbständigkeit bis ins hohe Alter aus vielen Gründen ein prioritäres Politikziel. Die damit eng verbundene Orientierung auf ein Leben im privaten Haushalt auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit deckt sich mit den Bedürfnissen der meisten alten Menschen und ihrer Angehörigen. Um die notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen schaffen, sichern und verbessern zu können, muss Sozialpolitik jedoch auf differenzierte Daten zurückgreifen können.

Mittlerweile können zwei wissenschaftliche Untersuchungen zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (MuG I, 1991 und MuG III, 2002) herangezogen werden, um politische Konzepte und Maßnahmen in diesem Bereich mit belastbaren Daten zu unterfüttern.

Das vorliegende Buch stellt die Befunde aus der aktuellen MuG II-Untersuchung (2002) dar, integriert sie mit den zeitgleich durchgeführten Zusatzstudien, zieht Vergleiche zu den Erhebungen aus dem Jahr 1991 und entwickelt aus den Erkenntnissen eine sozialgerontologische und -politische Gesamteinschätzung der Situation und Zukunftsaufgaben im Bereich der

häuslich-ambulanten Pflege in Deutschland. Veränderungen im letzten Jahrzehnt betreffen den weiter gestiegenen Anteil der Älteren und insbesondere der Hochaltrigen und zeigen Verbesserungen im Gesundheitszustand und hinsichtlich der Alltagsselfständigkeit der Älteren. Zugleich werden neue Versorgungsherausforderungen deutlich, etwa durch die weitere Zunahme demenzieller Erkrankungen und die wachsende Zahl alleinlebender alter Menschen. Nicht zu übersehen sind erste Anzeichen für eine „neue Kultur des Helfens“ und positive Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes.

Im ersten Kapitel wird – anhand eines Überblicks zu aktuellen Konzeptionen und zum Forschungsstand – in die Thematik der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eingeführt. In den folgenden Kapiteln (2-6) werden die Befunde des Projekts dargestellt. Die Kombination der unterschiedlichen methodischen Zugänge und Ebenen der Fragestellung hat zu entsprechend reichhaltigen Ergebnissen geführt. Repräsentativdaten wurden kombiniert mit vertiefenden Studien zur Situation von Demenzerkrankten in Privathaushalten sowie mit qualitativen Analysen von häuslichen Hilfe- und Pflegearrangements. Zusätzlich wurde – auf der Meso- und Makroebene – die Bedeutung regionaler Versorgungsstrukturen anhand ausgewählter Zielgebiete untersucht, und es wurden Fragestellungen zur Wirkung der eingesetzten Hilfe- und Pflegeangebote bearbeitet.

Im zweiten Kapitel werden die Befunde der Repräsentativerhebung von MuG III zusammenfassend dargestellt. Dabei geht es vor allem um eine quantitative Charakterisierung der aktuellen Situation von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen in Privathaushalten, aber auch um den Vergleich mit den Daten von 1991 (Infratest, München/Projektleitung: Ulrich Schneekloth).

In Kapitel 3 werden erstmals in Deutschland Daten zur Versorgungssituation von an Demenz erkrankten älteren Menschen in Privathaushalten vorgelegt. Sie beziehen sich auf die vielfältigen Beeinträchtigungen der Betroffenen ebenso, wie auf die Anforderungen an helfende Angehörige und professionelle Helfer (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim/Projektleitung: Martina Schäufole). In Kapitel 4 werden die Ergebnisse einer qualitativen Tiefenanalyse von unterschiedlichen Hilfe- und Pflegearrangements unter den Gesichtspunkten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berichtet (Heinemann & Partnerinnen/Projektleitung: Marianne Heinemann). In Kapitel 5 werden Versorgungsstrukturen, auf die Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zurückgreifen können, dargestellt. Beispielhaft wurden die urbanen Regionen Dresden, Münster und Nürnberg, sowie die ländlichen Regionen Landkreis Ludwigslust, Ortenaukreis und Landkreis Uelzen untersucht (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln/Projektleitung: Dietrich Engels). In Kapitel 6 stehen die auf Basis der kommunalen Versorgungsstrukturen erzielten Wirkungen bei Hilfe- und Pflegebedürftigen im Mittelpunkt. Dabei geht es unter anderem um Fragen der Gesamtsteuerung des Versorgungssystems und die Abstimmung und Koordination zwischen Diensten (Jan Schröder Beratungsgesellschaft, Bonn/Projektleitung: Jan Schröder).

Das 7. Kapitel widmet sich der Integration und zusammenfassenden Bewertung der zuvor einzeln dargestellten Befunde. Ausgegangen wird dabei von grundlegenden Fragen nach allgemeinen Entwicklungstrends der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Deutschland, nach den vorhandenen Selbständigkeitspotenzialen, nach den Wandlungsaspekten der häuslichen Pflege, nach spezifischen Problemlagen und Herausforderungen und nach der Bedeutung regionaler Besonderheiten und kommunaler Ausgestaltungen. Es wird dargestellt, welche Antworten sich in den vorgelegten Befunden finden lassen.

Im abschließenden 8. Kapitel werden allgemeine Schlussfolgerungen gezogen und die sozialpolitischen Implikationen der MuG III Ergebnisse diskutiert.

Einige essenzielle Aussagen des Berichts:

1. In den vergangenen Jahren hat die Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die in Privathaushalten leben, weiter zugenommen, und es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend weiter fortsetzen wird.

2. Allerdings sind selbst bei den über 85-Jährigen, die in Privathaushalten leben, etwa 70 Prozent nicht pflegebedürftig und rund 34 Prozent weisen auch keinen sonstigen Hilfebedarf auf.

3. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass sich die Selbständigkeitspotenziale insbesondere bei den alten Frauen verbessert haben (dazu könnten höhere Bildung, Veränderungen des Lebensstils, neue Ansprüche an die eigene Autonomie, bessere Wohn- und Infrastruktur beigetragen haben).

4. Keine relevanten Veränderungen haben sich hingegen im Bereich der basalen ADL ergeben.

5. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Chancen, durch weiter verbesserte Präventions- und Interventionsangebote im Vorfeld den Übergang in die Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. hinauszuzögern, noch nie so günstig wie heute waren.

6. Der gewünschte Vorrang der häuslichen Pflege deckt sich in Deutschland mit der empirischen Wirklichkeit; Pflegebedürftige werden nach wie vor mehrheitlich in Privathaushalten betreut; dies gilt auch bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Formen und Schweregrade.

7. Häusliche Pflege ist keine mehr oder weniger kurze Episode, die nur bis zu einem bestimmten Grad von Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden kann, sie muss für einen bestimmten Teil der Menschen, die das hohe Lebensalter erreichen, vielmehr als eine Lebensform betrachtet werden, die rein quantitativ in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen wird.

8. Entscheidend für eine erfolgreiche Pflege zu Hause ist die Verfügbarkeit über ein belastbares soziales Umfeld und eine private Hauptpflegeperson, welche die Pflegegarantiert und organisiert. Ohne privat getragene häusliche Pflegekonstellationen lässt sich der gewünschte Vorrang der häuslichen Versorgung auf Dauer nicht aufrechterhalten.

9. Rein professionell getragene Arrangements ohne private Helferinnen und Helfer mag es im Einzelfall geben, als Regelvariante einer häuslich-ambulanten Pflege sind sie jedoch weder organisier- noch (gesellschaftlich oder privat) finanzierbar.

10. Die Entscheidung, welche Betreuung und Versorgungsform für welchen Pflegebedürftigen die angemessene ist, kann nur vor dem Hintergrund der häuslichen Situation und der Belastbarkeit der privaten Helferinnen und Helfer getroffen werden. Eine „Zuweisung“ zu einer bestimmten Betreuungsform in Abhängigkeit von der Art des Bedarfs oder der Pflegestufe ist weder zielführend noch praktikabel.

11. Eine selbstbestimmte Entscheidung für häusliche Pflege setzt voraus, dass im Bedarfsfall auch Alternativen vorhanden sind (z.B. Kurzzeitangebote, betreute Wohnformen, stationäre Wohn- und Pflegeangebote).

Peter Zeman

Das Buch (256 S.) ist im Jahr 2006 im Kohlhammer Verlag, Stuttgart erschienen und kostet 28 Euro (ISBN-10: 3-17-019179-9; ISBN-13: 978-3-17-019179-2)

20

Die Zeitschriftenbibliografie wurde von der Bibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen zusammengestellt. Bitte nutzen Sie die kostenfreie Online-Datenbank GeroLit (www.gerolit.de), um sich über die zusätzlichen Neuerscheinungen im Buchbereich zu informieren.

Öffnungszeiten der DZA-Bibliothek

Die Öffnungszeiten der Präsenzbibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen sind: Dienstag 10.00–19.30 Uhr, Mittwoch und Donnerstag 10.00–16.00 Uhr. Besucher, die von auswärts anreisen oder die Bibliothek für einen längeren Studienaufenthalt nutzen wollen, können auch Termine außerhalb der Öffnungszeiten telefonisch vereinbaren (Tel. 030/26 07 40-80).

Allgemeines

Alkema, Gretchen E.; Alley, Dawn E.: Gerontology's future: an integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.574–582

Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie: Altern im Focus der Wissenschaften. 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG). Freiburg, 28.-30. September 2006. Abstracts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)Suppl. 1, S.I/III-1/67

Ferraro, Kenneth F.: Imagining the disciplinary advancement of gerontology: whither the tipping point? *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.571–573

Troisi, Joseph: Professor Gary Andrews. An outstanding scientist, an educator and a world leader in the field of ageing. *BOLD*, 16(2006)4, S.2–6

Psychologische Gerontologie/Psychologie

Cox, Enid O.; Green, Kathy E.; Seo, Honglan; Inaba, Miyuki et al.: Coping with late-life challenges: development and validation of the Care-Receiver Efficacy Scale. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.640–649

Graves, Stephen B.; Larkin, Elizabeth: Lessons from Erikson: A look at autonomy across the lifespan. *Journal of Intergenerational Relationships. Programs, policy and research*, 4(2006)2, S.61–71

Rogers, Wendy A.; Fisk, Arthur D.: Cognitive support for elders through technology. *Generations*, 30(2006)2, S.38–43

Salzman, Brooke: Myths and realities of aging. *Care Management Journals*, 7(2006)3, S.141–150

Soziologische/Sozialpsychologische Gerontologie/Soziologie

Bennett, Ronni: What a difference a year makes. *Care Management Journals*, 7(2006)3, S.121–122

Bowling, Ann: Lay perceptions of successful ageing: findings from a national survey of middle aged and older adults in Britain. *European Journal of Ageing*, 3(2006)3, S.123–136

Chan, Charles C.; HO, Wing-chung: Intensive community mentoring scheme in Hong Kong. Nurturing police-youth intergenerational relationships. *Journal of Intergenerational Relationships. Programs, policy and research*, 4(2006)2, S.101–106

Chun, JongSerl; Lee, Johee: Intergenerational solidarity in Korean immigrant families. *Journal of Intergenerational Relationships. Programs, policy and research*, 4(2006)2, S.7–21

Cockerham, William C.; Hinote, Brian P.; Abbott, Pamela: A sociological model of health life-styles. Conducting a preliminary test with Russian Data. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.177–197

Cooney, Teresa m.; An, Jeong Shin: Women in the middle: generational position and grandmothers' adjustment to raising grandchildren. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)2, S.3–23

Czaja, Sara J.; Schulz, Richard: Innovations in technology and aging. Introduction. *Generations*, 30(2006)2, S.6–8

Elling, Ray: Reflections on the health social sciences then and now. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.57–71

Gerlinger, Thomas: Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.34–56

Glaser, Karen; Wolf, Douglas A.; Tomassini, Cecilia: Guest editorial: The FAMSUP network and its comparative studies of family support for frail older people. *Ageing and Society*, 26(2006)5, S.689–692

Grundy, Emily; Henretta, John C.: Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the „sandwich generation“. *Ageing and Society*, 26(2006)5, S.707–722

Herd, Pamela: Do functional health inequalities decrease in old age? Educational status and functional decline among the 1931–1941 birth cohort. *Research on Aging*, 28(2006)3, S.375–392

Hightower, Jill; Smith, M. J.; Hightower, Henry C.: Hearing the voices of abused older women. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2006)3/4, S.205–227

Horowitz, Amy; Brennan, Mark; Reinhardt, Joann P.; MacMillan, Thalia: The impact of assistive device use on disability and depression among older adults with age-related vision impairments. *Journals of Gerontology. Social Sciences*, 61B(2006)5, S.S274–280

Görgen, T.; Nägele, B.: Sexuelle Viktimisierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.382–389

Habib, Rima R.; Zohry, Ayman; Nuwayhid, Iman; Najdi, Faten: Older adults in the division of domestic labor in communities on the outskirts of Beirut. *European Journal of Ageing*, 3(2006)3, S.137–145

Jarrott, Shannon E.; Gigliotti, Christina M.; Smock, Sara A.: Where do we stand? Testing the foundation of a shared site intergenerational program. *Journal of Intergenerational Relationships. Programs, policy and research*, 4(2006)2, S.73–92

Jungbauer-Gans, Monika: Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. Theoretische Überlegungen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.86–108

Klein, Thomas; Unger, Rainer: Einkommen und Mortalität im Lebensverlauf. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.144–157

Kreyenfeld, Michaela; Mika, Tatjana: Analysemöglichkeiten der Biografiedaten des „Scientific Use Files VVL 2004“ im Bereich Fertilität und Familie. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.583–608

Kumagai, Fumie: The fallacy of late-life divorce in Japan. *Care Management Journals*, 7(2006)3, S.123–134

Newell, Debra A.: Women with disabilities aging well: a global view. Patricia Noonan Walsh and Barbara leRoy. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company, 166 pages. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)2, S.91–92

Newman, Sally: Research and intergenerational studies: a global perspective. *Journal of Intergenerational Relationships. Programs, policy and research*, 4(2006)2, S.111–114

Pinquart, M.; Fröhlich, C.; Silbereisen, R. K.: Altersunterschiede in psychosozialen Ressourcen und im Befinden von Krebspatienten am Beginn einer Chemotherapie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.344–349

Prohaska, Thomas; Belansky, Elaine; Belza, Basia; Buchner, David et al.: Physical activity, public health, and aging: critical issues and research priorities. *Journals of Gerontology. Social Sciences*, 61B(2006)5, S.S267–273

Robert, Stephanie A.; Ruel, Erin: Racial segregation and health disparities between black and white older adults. *Journals of Gerontology. Social Sciences*, 61B(2006)4, S.S203–211

Rabiner, Donna J.; O'Keeffe, Janet; Brown, David: Financial exploitation of older persons. Challenges and opportunities to identify, prevent, and address it in the United States. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)2, S.47–68

- Randall, William L.; Prior, Suzanne M.; Skarborn, Marianne: How listeners shape what tellers tell. Patterns of interaction in lifetory inter-views and their impact on reminiscence by elderly interviewees. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)4, S.381–396
- Sadler, E. A.; Braam, A. W.; Groenou, M. I. Broese van; Deeg, D. J. H. et al.: Cosmic transcendence, loneliness, and exchange of emotional support with adult children. A Study among older parents in the Netherlands. *European Journal of Ageing*, 3(2006)3, S.146–154
- Sánchez, Mariano: Challenges to intergenerational studies. Perspective from Western Europe. *Journal of Intergenerational Relationships. Programs, policy and research*, 4(2006)2, S.107–109
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Janus, Katharina: Das Gesundheitssystem als interdisziplinäres Forschungsfeld. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.72–85
- Shemirani, Farimah Shakeri; O'Connor, Deborah L.: Aging in a foreign country: voices of Iranian women aging in Canada. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)2, S.73–90
- Stevenson, Fiona A.: The doctor-patient relationship. Interconnections between global processes and interaction. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.224–242
- Tesch-Römer, Clemens; Kondratowitz, Hans-Joachim von: Comparative ageing research: a flourishing field in need of theoretical cultivation. *European Journal of Ageing*, 3(2006)3, S.155–167
- Torres, Sandra; Hammarström, Gunhild: Speaking of „limitations“ while trying to disregard them. A qualitative study of how diminished everyday competence and aging can be regarded. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)4, S.291–302
- van Groenou, Marjolein Broese; Glaser, Karen; Tomassini, Cecilia; Jacobs, Therese: Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: a comparison of four European countries. *Ageing and Society*, 26(2006)5, S.745–766
- Verbrugge, Lois M.; Mehta, Kalyani K.; Wagenfeld-Heintz, Ellen: View of disability in the United States and Singapore. *Research on Aging*, 28(2006)2, S.216–239
- Wadsworth, Michael; Bartley, Mel: Social inequality, family structure and health in the life course. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.125–143
- Warburton, Jeni; McLaughlin, Deirdre: Doing it from your heart: the role of older women as informal volunteers. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)2, S.55–72
- Weinstein, Lenore B.: Training the teachers. An intergenerational program in teaching the holocaust. *Journal of Intergenerational Relationships. Programs, policy and research*, 4(2006)2, S.95–100
- Wenzel, Ulrich: Zur Kritik der Altersdiskriminierung: Exklusion und biographische Krise in der Moderne. *Zeitschrift für Sozialreform*, 52(2006)3, S.373–396
- Wolf, Christof: Psychosozialer Stress und Gesundheit. Belastungen durch Erwerbsarbeit, Hausarbeit und soziale Beziehungen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.158–176
- Wolf, Christof; Wendt, Claus: Perspektiven der Gesundheitssoziologie. Einleitung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.9–33
- Yardley, Lucy; Bishop, Felicity L.; Beyer, Nina; Hauer, Klaus et al.: Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.650–660
- Geriatric/Gesundheitliche Versorgung/Medizin**
- Becker, G.; Kruse, A.; Tronnier, J.; Roepke-Brandt, B.; u. a.: Rehabilitationsverlauf und Nachhaltigkeit. Erste Ergebnisse einer Studie zur Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.365–370
- Gurk, Stefanie: Kein Zuckerschlecken. Eine unsachgemäße Medikamentengabe bei Diabetes kann tödlich enden. *Altenpflege*, 31(2006)9, S.46–47
- Horvath, Brian; Silberberg, Mina; Landerman, Lawrence R.; Johnson, Frederick S. et al.: Dynamics of patient targeting for care management in medicaid. A case study of the Durham community health network. *Care Management Journals*, 7(2006)3, S.107–114
- Isralowitz, Richard; Reznik, Alex; Borkin, Sofia: Late-life benzodiazepine use among Russian-speaking immigrants in Israel. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.677–679
- Linder, Heike; Ziegler, Andrea: Es gibt mehr als eine Lösung. Fallorientierte Seminare zu ethischen Entscheidungskonflikten. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)164, S.48–50
- Menebröcker, Claudia: Machen Sie deutlich, wie wichtig das Thema ist. Strategien gegen Mangelernährung. *Altenheim*, 45(2006)12, S.48–51
- Morrow, Dan; Clark, Dan; Tu, Wanzhu; Wu, Jingwei et al.: Correlates of health literacy in patients with chronic heart failure. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.669–676
- Orwig, Denise; Brandt, Nicole; Gruber-Baldini, Ann L.: Medication management assessment for older adults in the community. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.661–668
- Schnell, Martin W.: Die Unfasslichkeit der Gesundheit. *Pflege & Gesellschaft*, 11(2006)4, S.344–350
- Udjo, Eric O.: Demographic impact of HIV/AIDS on the young and elderly populations in South Africa. *Journal of Intergenerational Relationships. Programs, policy and research*, 4(2006)2, S.23–41
- Gerontopsychiatrie/Psychiatrische Versorgung/Psychiatrie**
- Becker, S.; Kaspar, R.; Kruse, A.: Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Kompetenzgruppenbestimmung mit HILDE. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.350–357
- Donnay, Katja; Kostrzewa, Stephan: Verwandelte Welt. Dementenbetreuung. *Altenpflege*, 31(2006)10, S.32–34
- Fiedler, Petra: Belebende Wirkung. Spiele können für an Demenz Erkrankte therapeutisch äußerst sinnvoll sein. *Altenpflege*, 31(2006)10, S.40–41
- Funk, Johannes: Bauen für Demenzkranke. Licht, Farben und Möbel dienen als Orientierungshilfen. *Pflegen ambulant*, 17(2006)5, S.52–55
- Kinney, Jennifer M.; Kart, Cary S.: Not quite a panacea: technology to facilitate family caregiving for elders with dementia. *Generations*, 30(2006)2, S.64–66
- McClendon, McKee J.; Smyth, Kathleen A.; Neundorfer, Marcia M.: Long-term-care placement and survival of persons with Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology. Psychological Sciences*, 61B(2006)4, S.P220–227
- Petrovic, Kimberly: Nursing care management of older adults with HIV/AIDS and chronic depression. *Care Management Journals*, 7(2006)3, S.115–120
- Wiese, Doro: Verteilte Last. Dementenbetreuung. *Altenpflege*, 31(2006)10, S.30–31
- Sozialpolitik/Soziale Sicherung**
- Dippold, Cornelia: Wissensverwaltung und Wissensrecherche durch Integration eines Metadatenkonzepts im FDZ-RV. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.622–640
- Eckardt, Frank: Die Nachbarschaft als sozialpolitisches Maßnahmenfeld – Ein europäischer Ansatz? *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)10, S.249–254
- Eichhorn, Lothar; Huter, Jessica: Armut und Reichtum in den Bundesländern: Konzept für regionalisierte Sozialberichte. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)10, S.350–358
- Fachinger, Uwe; Himmelreicher, Ralf K.: Die Bedeutung des Scientific Use Files Vollendete Versichertenleben 2004 (SUFVVL2004) aus der Perspektive der Ökonomik. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.562–582
- Genzke, Jürgen: Auswirkung der Neuregelung der Fälligkeit der Beiträge vom Arbeitsentgelt auf die Finanzlage der gesetzlichen Rentenversicherung. *RVaktuell*, 53(2006)9/10, S.370–377
- Hauschild, Matthias: Die Ratsarbeitsgruppe „Sozialfragen“ und die Beratung der neuen Durchführungsverordnung zur Koordinierung der sozialen Sicherheit. *RVaktuell*, 53(2006)9/10, S.406–408
- Heien, Thorsten: Wer will eigentlich eine Sozialunion? – Die Haltung der Bürger zu einer Verlagerung sozialpolitischer Kompetenzen und Maßnahmen auf die europäische Ebene. *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)10, S.241–248
- Himmelreicher, Ralf K.: Erfahrungen und Perspektiven. Dritter Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung vom 26. bis 28. Juni 2006 in Bensheim. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.661–663
- Hoffmann, Lisa; Hinrichs, Karl: Die Altersversorgung von Abgeordneten in Deutschland: Entscheidungen in eigener Sache. *Zeitschrift für Sozialreform*, 52(2006)3, S.325–350
- Martens, Rudolf: Neue Regelsatzberechnung 2006. Zu den Vorschlägen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und der Bundesregierung. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)6, S.182–194
- Rehfeld, Uwe G.; Mai, Dirk; Himmelreicher, Ralf K.: Das Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung erfüllt bereits im Aufbau seine Aufgaben. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.529–536
- Röder, Frank: Die Bedeutung des Scientific Use Files FDZ-Biografiedaten-VVL2004 (SUFVVL2004) aus Sicht der Mikrosimulation. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.608–621
- Schaller, Johannes; Bundessozialgericht: Erwerbsminderungsrenten für unter 60-Jährige sind zu niedrig. Gewerkschaften raten Betroffenen zum Widerspruch. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)6, S.215–216
- „Sozialversicherungen bilden Fundament des Sozialstaates“. Beschluss des DGB-Kongresses zur Zukunft der Sozialsysteme. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)6, S.209–214
- Stegmann, Michael: Aufbereitung der Sondererhebung „Vollendete Versichertenleben 2004“ als Scientific Use File für das FDZ-RV. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.537–553

Gesundheitswesen/Kranken- und Pflegeversicherung

- Bandelow, Nils; Hassenteufel, Patrick: Mehrheitsdemokratische Politikblockaden und verhandlungsdemokratischer Reformeifer. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.320–342
- Bitzer, Eva Maria; Dörning, Hans; Beckmann, Ulrike; Somhammer, Bruno; u. a.: Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung. Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. *RVaktuell*, 53(2006)9/10, S.398–406
- Dillaway, Heather E.: Good mothers never wane: mothering at menopause. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)2, S.41–53
- Fuchs, Harry: Systemwechsel durch die Hintertür. Die Gesundheitsreform 2006. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)10, S.342–349
- Gerlinger, Thomas; Urban, Hans-Jürgen: Gesundheitspolitik in Europa. Über die Europäisierung und Ökonomisierung eines wohlfahrtsstaatlichen Politikfeldes. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.343–363
- Hess, Rainer: Alternative Behandlungsmethoden bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. Auseinandersetzung mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005. *G + G Wissenschaft*, 6(2006)4, S.7–14
- Höldke, Birgit; Szych, Lothar: Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Ergebnisse und Perspektiven der Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)7, S.230–237
- Holst, Jens: Gute Versorgung nur für Reiche. Der Kassenwettbewerb in Chile. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)164, S.54–56
- Kapp, Marshall B.: Medicaid planning, estate recovery, and alternatives for long-term care financing. *Identifying the ethical issues. Care Management Journals*, 7(2006)2, S.73–78
- Kiefer, Gernot; Ruiss, Dirk: Staatliche, administrierte Gesundheitsversorgung – Die Eckpunkte der Großen Koalition zur Gesundheitsreform. *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)10, S.255–261
- Kliemt, Hartmut: Ethik und Politik der Rationierung im Gesundheitswesen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.364–382
- Kuhlmey, Adelheid: Rechnung mit vielen Unbekannten. Überblick. *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 6(2006)Spezial 7/8, S.4–6
- Marmor, Theodore R.; Okma, Kieke G. H.; Latham, Stephen R.: Values, institutions and health politics. *Comparative perspectives. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.383–405
- Michael, Yvonne L.; Wisdom, Jenifer P.; Perrin, Nancy; Bowen, Deborah et al.: Expression and ambivalence over expression of negative emotion. Cross-sectional association with psychosocial factors and health-related quality of life in postmenopausal women. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)2, S.25–40
- Pfaff, Holger; Schreiber, Fülöp: Versorgung und Versorgungsqualität im Krankenhaus. Standardisierung und Individualisierung als Trends. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.432–443
- Putz, Friedrich: Das Pflegebudget im Test. Die Bedeutung der Modellversuche als politische Entscheidungsgrundlage. *Pflegen ambulant*, 17(2006)5, S.26–31
- Reimann, Axel; Pottins, Ingrid; Korsukéwitz, Christiane: Rahmenbedingungen der kardiologischen Rehabilitation und Prävention 2006. *RVaktuell*, 53(2006)9/10, S.388–397
- Rob, Wolfgang: Dienstplanqualität im Gesundheitswesen. Objektivierung und automatisierte Bewertung von Dienstplanqualität. *www.PRINTERNET.info*, 8(2006)11, S.622–628
- Robert-Koch-Institut; Statistische Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland erschienen. Bericht aus Berlin. *ZFSH/SGB – Sozialrecht in Deutschland und Europa*, 45(2006)10, S.624–638
- Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne: Die Public Health Perspektive. Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.243–269
- Rothgang, Heinz: Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive auf dem Weg zur Konvergenz? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.298–319
- Schanz, Benno; Fellgiebel, Andreas: Integrierte Versorgung (IV) ist ein aktuelles Thema. Finanzierung und Konzeptionierung von IV. *www.PRINTERNET.info*, 8(2006)11, S.615–621
- Schneider, N.: Health care in seniority: crucial questions and challenges from the perspective of health services research. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.331–335
- Strodtholz, Petra; Badura, Bernhard: Patientorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.444–463
- Ullrich, Carsten G.; Christoph, Bernhard: Soziale und Risikosolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Akzeptanz von „Entsolidarisierungsoptionen“ bei gesetzlich Versicherten“. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.406–431
- Wagner, Wolfgang: Oh Wehe. Die schwere Geburt der Gesundheitsreform. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)164, S.16–18
- Wasem, Jürgen: „Die Veränderungen verlaufen geräuschlos“. *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 6(2006)Spezial 7/8, S.13
- Wasem, Jürgen; Hessel, Franz; Neumann, Anja: Der „Heilversuch“ aus Sicht der Gesundheitsökonomie. Überlegungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005. *G + G Wissenschaft*, 6(2006)4, S.15–21
- Weller, Christian E.; Wenger, Jeffrey B.; Gould, Elise: A prescription for more retirement income security. *Retiree health insurance coverage in an era of declining access to employer-sponsored insurance. Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)2, S.11–30
- Wendt, Claus: Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.272–297
- Altenhilfe/Altenpolitik/Altenorganisationen/ Freie Wohlfahrtspflege**
- Denzler, Erwin: Verschlossene Türen. Der neue Tarifvertrag TVÖD enttäuscht die Erwartungen von Altenpflegern. *Altenpflege*, 31(2006)8, S.48–49
- Dubble, Christopher: A policy perspective on elder justice through APS and law enforcement collaboration. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2006)3/4, S.35–55
- Berg-Warman, Ayelet; Brodsky, Jenny: The supportive community: a new concept for enhancing the quality of life of elderly living in the community. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)2, S.69–83
- Borutta, Manfred; Giesler, Christiane: Aufstieg mit Hindernissen. Karriereverläufe von Männern und Frauen in der Altenpflege. *Altenpflege*, 31(2006)11, S.39–42
- Großkopf, Volker; Schanz, Michael: Kleine Schritte. *Recht. Altenpflege*, 31(2006)11, S.56–57
- Klingbeil, Darren; Deutsche Angestellten Krankenkasse; Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Hohe Belastungen – und trotzdem zufrieden. Erste bundesweite Studie zur Arbeitssituation und -zufriedenheit ambulanter Pflegekräfte. *Häusliche Pflege*, 15(2006)11, S. 22–25
- Richter, Ronald; Schleipen, Thomas; Wipp, Michael: Wie Sie die Kostenträger überzeugen. *Sektorenübergreifender Personaleinsatz. Altenheim*, 45(2006)10, S.24–27
- Richter, Ronald; Wipp, Michael: Setzen Sie ihr Personal flexibel ein. Stationärer und ambulanter Betriebsteil. *Altenheim*, 45(2006)10, S.20–22
- Rothman, Max B.; Dunlop, Burton D.: Elders and the courts: judicial policy for an aging America. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)2, S.31–46
- Schrader, Steve; Schiffer, Paul-Jürgen: „Wir sollten diesen Weg gemeinsam beschreiten“. *Sektorenübergreifender Personaleinsatz. Altenheim*, 45(2006)10, S.28–29
- Slobodzin, Susanne: Armut und Reichtum. *Altenpflege International. Altenpflege*, 31(2006)11, S.44–46
- Wipp, Michael; Richter, Ronald; Schleipen, Thomas: Vernetzter Personaleinsatz. Flexibler Mitarbeiterinsatz zwischen ambulanten und stationären Betriebsteilen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)10, S.22–24
- Sozialarbeit/Altenarbeit/Selbsthilfe/Ehrenamtlichkeit**
- Klein, Ansgar; Rahn, Erik: Nichtstun liegt Senioren nicht. *Bürgerschaftliches Engagement. G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 6(2006)Spezial 7/8, S.18–19
- Leube, Konrad: Gesetzliche Unfallversicherung im Ehrenamt – Religionsgemeinschaften und deren Einrichtungen. *ZFSH/SGB – Sozialrecht in Deutschland und Europa*, 45(2006)10, S.579–582
- Pflege/Rehabilitation/Therapie**
- Abderhalden, Christoph; Boeckler, Uta; Schippers, Andrea Dobrin; Feuchtinger, Johanna; u. a.: Arbeitsgruppe Instrumente zur Erfassung von Pflegesystemen AG IzEP: Ein Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP): Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung. *www.PRINTERNET.info*, 8(2006)7/8, S. 420–424
- Bielefeld, Birgit; Noska, Mechthild: Evaluation von Pflegecurricula – Instrument zur vergleichenden Beschreibung und Bewertung anhand von Curriculumdokumenten. *www.PRINTERNET.info*, 8(2006)11, S.581–595
- Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft: Ausbildungsfinanzierung und Qualitätsstandards in den Pflegefachberufen. *Positionspapier der Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Pflege & Gesellschaft*, 11(2006)4, S.375–382
- George, Wolfgang: Anmerkungen zu den Zielen und ethischen Begründungen der Angehörigenintegration. *www.PRINTERNET.info*, 8(2006)10, S.522–527

- Gitlin, Laura N.; Reeve, Karen; Dennis, Marie P.; Mathieu, Esther et al.: Enhancing quality of life of families who use adult day services. Short- and long-term effects of the adult day services plus program. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.630–639
- Haarhaus, Friedrich: Versorgen, trösten, heilen: Dennoch werden Pflegeberufe unterschätzt. *Pflegen ambulant*, 17(2006)5, S.23–25
- Hinghofer-Szalkay, Irma M.; Wiltsche, Werner: Traditionelle und alternative Mentoring-Modelle für die professionelle Pflege (MMP). www.PRINTERNET.info, 8(2006)10, S.517–521
- Kämmer, Karla: Märchenhafte Potenziale. In: Märchen finden sich Hinweise für eine verantwortungsvolle Personalführung. *Altenpflege*, 31(2006)10, S.23–25
- Risse, Ludger: Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegenden aus pflegerischer Sicht. *PflegeRecht*, 10(2006)10, S.457–462
- Schaepe, Christiane: Der Einfluss des Pflegesystems auf die Qualität der Pflege(dokumentation). Ein Beitrag zur Methodenentwicklung zur Evaluation von Pflegesystemen. www.PRINTERNET.info, 8(2006)7/8, S.425–440
- Schmackes, Norbert: Neuer Spielplan für Medizin und Pflege. *Versorgung. G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 6(2006)Spezial 7/8, S.10–12
- Staub, Maria Müller; Georg, Jürgen; Lunney, Margaret: Pflegediagnostik: Genauigkeit ist nicht dichotom. Interview mit Margaret Lunney. www.PRINTERNET.info, 8(2006)11, S.629–634
- Swoboda, Beate: Sprachliche Ungetüme. *Pflegellexikon. Altenpflege*, 31(2006)11, S.28–29
- Swoboda, Beate: Wissen, wo es steht. Diesmal geht es um den Pflegestandard. *Altenpflege*, 31(2006)10, S.44–45
- Vosseler, Birgit; Birnbaum, Barbara; Prochowski, Patricia; Zech, Elke: Krankenschwester ade – das neue Gesicht der Pflege. *Krankenschwester – nur noch ein tradiertes Berufsbild? Pflege in einer Phase des gesellschaftlichen Umbruchs!* www.PRINTERNET.info, 8(2006)11, S.596–605
- Familiale Altenpflege/Informelle Hilfe**
- Dörpinghaus, Sabine; Bosch Betriebskrankenkasse; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung: Pflegekurse für Angehörige: Nicht nur eine fachliche Stütze. *dip untersucht Bedeutung und Qualität von Schulungsangeboten. Pflegen ambulant*, 17(2006)5, S.32–35
- Earle, Shirley S.: Reflections on 12 years of facilitating Alzheimer's caregiver support groups. *Care Management Journals*, 7(2006)3, S.135–140
- Eschner, Monika: Leben im Land des Vergessens. AOK-Projekt IDA. *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 6(2006)Spezial 7/8, S.8–9
- Graham, Janice E.; Bassett, Raewyn: Reciprocal relations: The recognition and co-construction of caring with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)4, S.335–349
- Haberstroh, J.; Neumeyer, K.; Schmitz, B.; Perels, E.; u. a.: Kommunikations-TANDEM. Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikations-Trainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.358–364
- Lungaro-Mifsud, Stephen: Supporting family carers of older people in Europe – the National Background Report for Malte. Joseph Troisi and Marvin Formosa, Berlin, Lit Verl., 2006, 152 pp., ISBN 3-8258-9247-6. *BOLD*, 16(2006)4, S.29–30
- Metzing, Sabine; Schnepf, Wilfried; Hübner, Bettina; Büscher, Andreas: Die Lücke füllen und in Bereitschaft sein – Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. *Pflege & Gesellschaft*, 11(2006)4, S.351–373
- Müller-Schulz, Heike: Wenn es dem Partner zu viel wird. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige von Demenzkranken. *Pflegen ambulant*, 17(2006)5, S.6–10
- Smith, Tamara L.; Roseland, Ronald W.: The effectiveness of a telephone support program for caregivers of frail older adults. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.620–629
- Whitlatch, Carol J.; Judge, Katherine; Zarit, Steven H.; Femia, Elia: Dyadic intervention for family caregivers and care receivers in early-stage dementia. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.688–694
- Soziale Dienste/Mobile Dienste**
- Aufinger, Simone; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Präzise Vorgaben formulieren. *Erfahrungsbericht: Den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in vier Phasen umsetzen. Häusliche Pflege*, 15(2006)8, S.26–28
- Böhme, Hans; Bundessozialgericht: Dürfen Pflegedienste Leistungen bundesweit abrechnen? Rechtsfragen aus dem Alltag der ambulanten Pflege. *Pflegen ambulant*, 17(2006)5, S.44–46
- Broekmann, Petra: Starke Teams statt einsame Kämpfer. *Praxiserfahrungen aus einem betrieblichen Umstrukturierungsprozess – ein Projektbericht. Häusliche Pflege*, 15(2006)11, S.38–40
- Brucker, Uwe: Nach einheitlichen Kriterien. Im Überblick überarbeitete Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. *Häusliche Pflege*, 15(2006)11, S.26–28
- Büker, Christa; Kiel-Philipp, Andrea; Liesemann, Gabriele: Lotsen im Gesundheitsnetz. In: Lippstadt helfen Case Manager ambulant betreuten Patienten. *Pflegen ambulant*, 17(2006)5, S.38–40
- Daneke, Sigrid: Auf Nummer sicher gehen. Technische Sicherheitssysteme für die Häusliche Pflege nutzen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)11, S.30–32
- Engeln, Magnus; Hennes, Hans-Jürgen; Stehling, Heiko; Ziegenbein, Ralf: Der Blaylock-Risk-Assessment-Score (Modifizierter BRASS-Index) als Initialassessment im multiprofessionellen Entlassungsmanagement. www.PRINTERNET.info, 8(2006)10, S.545–549
- Fahnenstich, Jürgen; Bundessozialgericht: Keine örtliche Beschränkung. Urteil: Ambulante Pflegedienste sind durch Versorgungsvertrag bundesweit zugelassen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)10, S.32–33
- Greulich, Andrea; Ihle, Jutta: Das Modell der Balanced Scorecard. Teil 2. www.PRINTERNET.info, 8(2006)11, S.606–614
- Greulich, Andreas; Ihle, Jutta: Das Modell der Balanced Scorecard. www.PRINTERNET.info, 8(2006)10, S.528–537
- Groß, Johannes; Bundessozialgericht: Was notwendig ist, ist auch zu erstatten. BSG-Urteil zu selbstbeschafften SGB V-Leistungen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)11, S.34–35
- Heiber, Andreas: Kunden zeigen, was ambulant möglich ist. *Komplette Angebotsketten bilden: Versicherungs- und Privatzahlerleistungen verzahnen. Häusliche Pflege*, 15(2006)10, S.16–21
- Held, Holger; Markert, Peter; Europäische Union: Am Kundenwunsch orientiert. Die Studie „Profit goes Social“ zeigt Potenziale des Marktes für haushaltsnahe Dienste. *Häusliche Pflege*, 15(2006)11, S.16–21
- Jahn, Isabel: Gesundheit und Leistung fördern. *Arbeitsrecht: Urlaubsanspruch von Arbeitnehmern. Häusliche Pflege*, 15(2006)10, S.34–35
- Kaminski, Ralf: Mögliche Mängel vermeiden. *Arbeitsrecht: Zur Anhörung des Betriebsrats bei Kündigungen. Häusliche Pflege*, 15(2006)11, S.36–37
- Klingbeil, Darren: „Unsere wichtigste Ressource schützen: die Mitarbeiter“. *Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz: Erfahrungen eines Pflegedienstes. Häusliche Pflege*, 15(2006)10, S.28–31
- Olaison, Anna; Cedersund, Elisabet: Assessment for home care: negotiating solutions for individuals needs. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)4, S.367–380
- Roßbruch, Robert: Erbringung ambulanter Pflegeleistungen außerhalb des in einem Versorgungsvertrag festgelegten örtlichen Einzugsbereichs. BSG, Urt. v. 24.05.2006 - B 3 P 1/05 R. *PflegeRecht*, 10(2006)11, S.522–527
- Roßbruch, Robert: Krankenkasse muss Pflegedienstkosten bei Fehlen einer vertraglichen Grundlage nach Bereicherungsrecht übernehmen. *PflegeRecht*, 10(2006)11, S.534–542
- Roßbruch, Robert: Medikamentengabe als Teil der häuslichen Krankenpflege muss vergütet werden. *Hessisches LSG, Urt. v. 29.06.2006 - L 2 KR 105/04. PflegeRecht*, 10(2006)10, S.487–489
- Schanz, Benno: Budgetkenntnisse sind Erfolgsparameter. www.PRINTERNET.info, 8(2006)10, S.538–544
- Ziesche, Frank; Unternehmensberatung Wißgott: Warnhinweise frühzeitig erkennen. 100 Pflegedienste nahmen an einer Studie zu ihrer wirtschaftlichen Situation und Qualität teil. *Häusliche Pflege*, 15(2006)10, S.36–39
- Heimunterbringung/Geschlossene Altenhilfe/Stationäre Einrichtungen**
- Bähr, Robin: Leitlinie zur Qualitätssicherung. *Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz. Altenheim*, 45(2006)12, S.40–43
- Daneke, Sigrid: Abbeyfield: gegen Einsamkeit im Alter. *Ehrenamtliches Engagement sichert Bewohnern von Abbeyfield-Häusern Unterstützung und soziale Teilhabe. Altenheim*, 45(2006)11, S.26–27
- Dauenhauer, Jason A.: Mindfulness theory and professional family caregivers in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)4, S.351–365
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen; Reggentin, Heike; Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung: Überholte Gesetzeslage. *Mitwirkung der Bewohner. Altenheim*, 45(2006)10, S.52–55
- Döhning, Ingo: Mit der richtigen Rechtsform sparen Sie Geld. *Servicegesellschaften. Altenheim*, 45(2006)10, S.50–51
- Dreizler, Jutta; Brandenburg, Hermann; Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft: Sterben im Heim. *Untersuchung. Altenheim*, 45(2006)9, S.53–55
- Edelman, Perry; Guihan, Marylou; Bryant, Fred B.; Munroe, Donna J.: Measuring resident and family member determinants of satisfaction with assisted living. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.599–608
- El-Nawab, Susanne; Dürrmann, Peter: „Viele Menschen sind im Heim fehlversorgt“. *Wohn- und Kompetenzzentrum. Altenheim*, 45(2006)12, S.26–27
- Feulner, Martina: Den Wandel aktiv gestalten. *Hauswirtschaftsleitung qualifizieren. Altenheim*, 45(2006)8, S.22–23
- Gennrich, Rolf: So wenig Heim wie möglich. *Angebotsstrukturen der Zukunft. Altenheim*, 45(2006)12, S.16–18
- Görres, Stefan; Al-Diwany, Markus; Forschungsbereich Heimtiere in der Gesellschaft; Bremen, Arbeiterwohlfahrt; Institut für Soziales Lernen: Der Aufwand ist gering – die Wirkung groß. *Tierbesuchsdienste. Altenheim*, 45(2006)11, S.36–39

- Hoffmann, Alfred T.; Dürrmann, Peter; Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen; DVLAB: Ungleiche Befugnisse - ungleiche Bezahlung. DVLAB-Umfrage unter Heimleitungen. *Altenheim*, 45(2006)12, S. 36–39
- Kalfhues, Adolf Johannes: Voll vernetzt – das Altenheim der Zukunft. Technische Assistenz. *Altenheim*, 45(2006)11, S.42–44
- Kash, Bitia A.; Castle, Nicholas G.; Naufal, George S.; Hawes, Catherine: Effect of staff turnover on staffing: a closer look at registered nurses, licensed vocational nurses, and certified nursing assistants. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.609–619
- Klie, Thomas; Verwaltungsgerichtshof Stuttgart: Zuschläge bei Einzelzimmern sind nur bei Komfortleistungen möglich. Das Urteil. *Altenheim*, 45(2006)12, S. 32–33
- Klie, Thomas; Klein, Andreas; Oberlandesgericht München: Das Verbot der Zuwendungen an Heime gilt auch für Angehörige eines Bewohners. Das Urteil. *Altenheim*, 45(2006)10, S. 36–37
- Kormann, Wolfgang; Mussmann, Susanne: So gelingt der Aufbau selbstorganisierter Teams. Führungsinstrumente. *Altenheim*, 45(2006)11, S.20–22
- Kormann, Wolfgang; Mussmann, Susanne: Stärken Sie die Verantwortung der Teams. Effizienz in den Personalstrukturen. *Altenheim*, 45(2006)11, S.16–18
- Kwiatkowski, Bernd: MDK-Prüfrichtlinien schreiben Hauswirtschaftskonzept vor. *Pflegen ambulant*, 17(2006)5, S.56–57
- Lachs, Mark; Bachman, Ronet; Williams, Christianna S.; Kossack, Alice et al.: Violent crime victimization increase the risk of nursing home placement in older adults. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.583–589
- Lapane, Kate L.; Resnick, Linda: Weighing the relevant issues: obesity in nursing homes. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)2, S.1–9
- Leith, Katherine H.: „Home is where the heart is or is it?“. A phenomenological exploration of the meaning of home for older women in congregate housing. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)4, S.317–333
- Molter-Bock, E.; Hasford, J.; Pfundstein, T.: Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.336–343
- Pleschberger, S.: Palliative care in Pflegeheimen. Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.376–381
- Roßbruch, Robert: Anspruch eines Heimbewohners auf Rückzahlung von Verpflegungsgeld bei Aufnahme von Sondennahrung. OLG Karlsruhe, Urt. v. 13.04.2006 - 1 U 202/05. *PflegeRecht*, 10(2006)11, S.542–550
- Roßbruch, Robert: Schmerzensgeldanspruch des Ehepartners aus übergegangenem Recht nach Sturz mit Todesfolge in Pflegeeinrichtung. OLG Zweibrücken, Urt. v. 01.06.2006 - 4 U 68/05. *PflegeRecht*, 10(2006)10, S.490–494
- Roßbruch, Robert: Verwaltung des Barbetrages durch ein Pflegeheim für einen Heimbewohner – Verpflichtung zur Gewährleistung des Bedarfsdeckungsgrundsatzes durch den Sozialhilfeträger. Sächsisches OVG, Urt. v. 14.12.2005 - 4 B 886/04. *PflegeRecht*, 10(2006)7, S.337–345
- Roßbruch, Robert: Zum Betrieb einer geschlossenen Abteilung durch einen unzuverlässigen Heimbetreiber. VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 24.05.2006 - 6 S 2074/05. *PflegeRecht*, 10(2006)10, S.494–500
- Roßbruch, Robert: Zur Gewährung von Fördermitteln für vor dem 01.06.1994 vorhandene bzw. weitgehend fertig gestellte Pflegeheime. BSG, Urt. v. 26.01.2006. *PflegeRecht*, 10(2006)9, S.433–443
- Rulle, Oliver: Mehrausgaben lassen sich reduzieren. Umsatzsteuererhöhung. *Altenheim*, 45(2006)10, S.46–49
- Schorning, Dirk: Alles unter Kontrolle? Mobil erfasste Daten auch für die Unternehmenssteuerung nutzen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)10, S.25–27
- Schrader, Steve: Stationär leiten – ambulant pflegen. Bremer Heimstiftung. *Altenheim*, 45(2006)12, S.19–21
- Schrader, Steve; Jakob, Maria: „Die Identifikation mit dem Haus ist gestiegen“. Selbstorganisierte Teams. *Altenheim*, 45(2006)11, S.24–27
- Sikorska-Simmons, Elzbieta: Linking resident satisfaction to staff perceptions of the work environment in assisted living. A multilevel analysis. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.590–598
- Tybussek, Kai: Die richtige Strategie für die Entgelterhöhung. *Pflegesatzverhandlung*. *Altenheim*, 45(2006)11, S.40–41
- Wallrafen-Dreisow, Helmut: Abschied vom Heim. Sozialholding Mönchengladbach. *Altenheim*, 45(2006)12, S.22–24
- Wischniewski, Alexander: Erhöhtes Klagerisiko. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz. *Altenheim*, 45(2006)10, S.42–45
- Zhan, Heying J.; Liu, Guangya; Guan, Xinping; Bai, Hong-guang: Recent developments in institutional elder care in China: changing concepts and attitudes. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(2006)2, S.85–108
- Sterbehilfe/Sterbebegleitung/Lebensverlängerung/Tod**
- Asselt, D. van: Advance directives: prerequisites and usefulness. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)5, S.371–375
- Giese, Constanze; Koch, Christian; Siewert, Dietmar: Sterbehilfe – kein Thema für die Pflege? Zum Beitrag Pflegenden zur aktuellen Sterbehilfe-Diskussion. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)164, S.43–46
- Lebensverhältnisse Älterer**
- Follentine, Sharon: Ageing in South Africa. An overview. *BOLD*, 16(2006)4, S.7–16
- Susuman, Sathiya: The health of the aged in South India. *BOLD*, 16(2006)4, S.17–27
- Wohnen/Wohnumfeld**
- Janeski, James F.; Pruchnicki, Alec: Dignity for all: affordable assisted living. *Care Management Journals*, 7(2006)3, S.151–156
- Klie, Thomas; Bundesgerichtshof: Die Koppelung von Miet- und Servicevertrag im Betreuten Wohnen ist nicht sittenwidrig. Das Urteil. *Altenheim*, 45(2006)11, S. 32–33
- Michel, Lutz H.: Neue DIN-Norm setzt bundesweiten Standard. *Betreutes Wohnen*. *Altenheim*, 45(2006)12, S.44–47
- Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand**
- Adamy, Wilhelm: Warum in Nachbarländern mehr Ältere beschäftigt sind. Was bringt Münchenerings „Initiative 50plus“? Soziale Sicherheit. *Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)10, S.322–330
- Au, Cornelia: „Work Ability“ – Das Arbeitsfähigkeitskonzept des Finnish Institute of Occupational Health. *Informationsdienst altersfragen*, 33(2006)6, S.16–18
- Berger, Ellie D.: „Aging“ identities: degradation and negotiation in the search for employment. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)4, S.303–316
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Der Fünfte Altenbericht – „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“. Teil 2. *Informationsdienst altersfragen*, 33(2006)6, S.12–15
- Charness, Neil: Work, older workers, and technology. *Generations*, 30(2006)2, S.25–30
- Engstler, Heribert; Brüssig, Martin: Arbeitslosigkeit am Ende des Erwerbslebens. *Informationsdienst altersfragen*, 33(2006)6, S.2–6
- Müller, Bettina; Hoffmann, Elke: Gerostat – Statistische Daten. Das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland in altersstruktureller Sicht. *Informationsdienst altersfragen*, 33(2006)6, S.19–21
- Radl, Jonas: Pfade in den Ruhestand und die Heterogenität des Renteneintrittsalters. Eine Analyse auf Datenbasis des Scientific Use Files Versichertenrentenzugang 2004 des Forschungszentrums der Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.641–660
- Röslen, Michael: Eine Chance für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz? *PflegeBulletin*, 7(2006)5, S.1–5
- Siegrist, Johannes; Dragano, Nico: Berufliche Belastungen und Gesundheit. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2006)SH 46, S.109–124
- Stegmann, Michael: Die Bedeutung des Scientific Use Files FDZ-Biografiedaten-VVL 2004 (SUFVL2004) für die Arbeitsmarktforschung. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)9/10, S.554–561
- Stößel, Dieter: Der Gastbeitrag: Beschäftigung älterer Mitarbeiter – Wie stehen Unternehmen dazu? *Informationsdienst altersfragen*, 33(2006)6, S.7–11
- Tesch-Römer, Clemens: Ältere können und wollen mehr. *Arbeitswelt. G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 6(2006)Spezial 7/8, S.16–17
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie/Geriatrie/Pflege**
- Meuser, Thomas M.; Carr, David B.; Berg-Weger, Marla; Niewoehner, Pat et al.: Driving and dementia in older adults: Implementation and evaluation of a continuing education project. *The Gerontologist*, 46(2006)5, S.680–687
- Gesetze/Verordnungen/Richtlinien/Recht**
- Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit, Ref. D3: Chancengleichheit verwirklichen. Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierungen. Teil 1: Diskriminierung als Thema – Wozu ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft? Bericht aus Brüssel. *ZFSH/SGB - Sozialrecht in Deutschland und Europa*, 45(2006)9, S.558–570
- Kreutz, Marcus: Die Rechtsnatur von Zielvereinbarungen nach § 5 BGG. *ZFSH/SGB – Sozialrecht in Deutschland und Europa*, 45(2006)10, S.583–586

Die vorliegende Bibliografie gerontologischer Monografien wurde zusammengestellt von der Bibliothek von Pro Senectute Schweiz, der größten Fachbibliothek zu den Themen Alter, Altern und Generationenbeziehungen in der Schweiz. Alle aufgeführten Bücher sind im Buchhandel oder bei der angegebenen Bezugsadresse erhältlich.

Gerontologie allgemein

Zukunftsgestaltung in einer alternden Gesellschaft: eine Herausforderung für alle Generationen: vom zweiten Weltaltenplan zu einem Nationalen Aktionsplan/Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). – Bonn: BAGSO, 2006. – 127 S. – (BAGSO Publikation; Nr. 16)
ISBN 3-9809618-4-2 [Bezug: www.bagso.ch]

Psychologische Gerontologie

Flemming, Daniela: „Keiner ist allein“: Demenz und Alzheimer: Informationen und Hilfen für Angehörige. – Weinheim; Basel etc.: Beltz, 2006. – 223 S. – (Beltz Taschenbuch. Ratgeber; 895)
ISBN 3-407-22895-3: EUR 14.90

Franke, Luitgard: Demenz in der Ehe: über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung: eine Studie zur psychosozialen Beratung für Ehepartner von Menschen mit Demenz. – Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, 2006. – 454 S. – (Mabuse-Verlag Wissenschaft; 101)
ISBN 3-938304-49-9: EUR 39.90

Schweitzer, Pam; Angelika Trilling: Making memories matter: the record of a European reminiscence network project = Erinnerungen Raum geben: Dokument eines europäischen Erinnerungsprojekts. – Kassel: euregioverlag, 2005. – 128 S.: Ill. Texte in Engl. und Deutsch
ISBN 3-933617-22-7: EUR 19.00

Zander-Schneider, Gabriela: Sind Sie meine Tochter? Leben mit meiner alzheimerkranken Mutter. – Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2006. – 221 S. – (Rororo Sachbuch; 62189)
ISBN 3-499-62189-4: EUR 8.90

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie

Haiden, Christine; Petra Rainer: Vielleicht bin ich ja ein Wunder: Gespräche mit 100-Jährigen. – St. Pölten etc.: Residenz Verlag, 2006. – 157 S.
ISBN 3-7017-3023-7: EUR 29.90

Psychosoziales Training bei neurologischen Erkrankungen – Schwerpunkt Parkinson: ein Programm für die Schulung von Patienten und Angehörigen/Heiner Ellgring et al. (Hrsg.). – Stuttgart: Kohlhammer, 2006. – 159 S. + 1 CD-ROM. – (Störungsspezifische Psychotherapie)
ISBN 3-17-019178-0: EUR 29.80

Geriatric/Gerontopsychiatrie

Demenz – eine Herausforderung für Pflege und Betreuung/Elisabeth Sittner (Hrsg.) – Wien: Facultas, 2005. – 127 S.
ISBN 3-85076-743-4: EUR 17.90

Dubiel, Helmut: Tief im Hirn. – München: Antje Kunstmann, 2006. – 141 S.
ISBN 3-88897-451-8: EUR 14.90

Fischer-Böroid, Cornelia; Siglind Zettl: Demenz: Visite Gesundheitsbibliothek: Formen von Demenz, Vorbeugung, Tipps für Angehörige, Leben in Würde. – Hannover: Schlütersche, 2006. – 128 S. – (NDR Visite)
ISBN 3-89993-520-9: EUR 12.90

Kipp, Johannes; Hans-Peter Unger, Peter M. Wehmeier; Geleitwort von Martin Teising: Beziehung und Psychose: Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen, depressiven und manischen Patienten. – 2. überarb. und erw. Aufl. – Giessen: Psychosozial-Verl., 2006. – 220 S. – (Edition psychosozial)
ISBN 3-89806-499-9: EUR 19.90

Rentsch, Hans Peter; Peter O. Bucher: ICF in der Rehabilitation: die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. – 2. Aufl. – Idstein: Schulz-Kirchner, 2006. – 344 S. – (Das Gesundheitsforum)
ISBN 978-382-480-4481: EUR 42.95

Sozialpolitik/Soziale Sicherung

Kröhnert, Steffen; Franziska Medicus und Reiner Klingholz: Die demografische Lage der Nation: wie zukunftsfähig sind Deutschlands Regionen?/Hrsg.: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. – 2. Aufl. – München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2006. – 191 S.: Ill. – (dtv; 34296). – Originalausg. –
ISBN 3-423-34296-X: EUR 10.00

Reinprecht, Christoph: Nach der Gastarbeit: prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. – Wien: Braumüller, 2006. – V, 249 S.
ISBN 3-7003-1541-4: EUR 26.90

Walla, Wolfgang; Bernd Eggen, Heike Lipinski: Der demographische Wandel: Herausforderungen für Politik und Wirtschaft. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 2006. – 261 S.
ISBN 3-17-019023-7: EUR 25.90

Altenhilfe/Altenpolitik/Altenarbeit

Bachmaier, Helmut; René Künzli: Am Anfang steht das Alter: Elemente einer neuen Alterskultur. – Göttingen: Wallstein, 2006. – 175 S.
ISBN 3-8353-0035-0: EUR 19.00

Breitscheidel, Markus: Gesund gepflegt statt abgezockt: Wege zur würdigen Altenbetreuung. – Berlin: Econ, 2006. – 175 S.
ISBN 3-430-30011-8: EUR 16.95

Peikert, Ingrid: Deutsch für die Altenpflege: Arbeitsbuch für MigrantInnen. – München [etc.]: Elsevier, Urban & Fischer, 2006. – 224 S.
ISBN 3-437-27420-1: EUR 19.95

Reitinger, Elisabeth; mit einem Vorw. von Andreas Heller: Bedürfnismanagement in der stationären Altenhilfe: systemtheoretische Analyse empirischer Evidenzen. – Heidelberg: Carl-Auer Systeme, 2006. – 200 S. – (Management)
ISBN 3-89670-350-1: EUR 19.95

Sozialarbeit/Selbsthilfe

Effinger, Herbert: Lachen erlaubt: Witz und Humor in der sozialen Arbeit. – Originalausg. – Regensburg: ed. buntehunde, 2006. – 59 S.
ISBN 3-934941-12-5: EUR 9.80

Eisenmann, Peter: Werte und Normen in der sozialen Arbeit. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 2006. – 257 S.
ISBN 3-17-018443-1: EUR 24.00

Gesellschaftliches und familiäres Engagement älterer Menschen als Potenzial/Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). – Berlin: LIT, 2006. – 528 S. – (Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung; Bd. 5)
ISBN 3-8258-9509-2: EUR 39.90

Lebensverhältnisse Älterer

Bovenschen, Silvia: Älter werden: Notizen. – Frankfurt a.M.: S.Fischer, 2006. – 154 S.
ISBN 3-10-003512-7: EUR 19.90

Einkommenssituation und Einkommensverwendung älterer Menschen/Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). – Berlin: LIT, 2006. – 329 S.: Ill. – (Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung; Bd. 3)
ISBN 3-8258-9507-6: EUR 29.90

Es schneit in meinem Kopf: Erzählungen über Alzheimer und Demenz/hrsg. von Klara Obermüller; Autoren: Martin Beglinger et al. – München etc.: Nagel & Kimche, 2006. – 172 S.
ISBN 3-312-00381-4: EUR 17.90

Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland/Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). – Berlin: LIT, 2006. – 285 S.: Ill. – (Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung; Bd. 6)
ISBN 3-8258-9510-6: EUR 24.90

Produkte, Dienstleistungen und Verbraucherschutz für ältere Menschen/Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). – Berlin: LIT, 2006. – 351 S.: Ill. – (Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung; Bd. 4)
ISBN 3-8258-9508-4: EUR 29.90

Smith, Patricia Burkhart; Mary Mitchell Kenan, Mark Edwin Kunik; Übers. aus dem Amerikan. von Susanne Raisig: Alzheimer für Dummies: so helfen Sie einem geliebten Menschen, wenn er es selbst nicht mehr kann. – Weinheim: Wiley-VCH, 2006. – 322 S.
ISBN 3-527-70283-0: EUR 19.95

Wohnen/Wohnumfeld

Barsuhn, Astrid: Mehrgenerationenhäuser: planen und bauen: Wohlfühlen unter einem Dach. – Taunusstein: Blottnet, 2006. – 125 S.
ISBN 3-89367-641-4: EUR 39.80

- Bischof, Kurt: Erfolgsbedingungen in der Betreuung Demenzerkrankter: eine Untersuchung zu kritischen Erfolgsfaktoren in stationären Pflegeeinrichtungen. – Kassel: kassel university press, 2006. – XIV, 382 S. – Zugleich: Diss. Univ. Kassel, 2006. – ISBN 3-89958-228-4: EUR 49.00
- Heeg, Sibylle; Katharina Bäuerle: Demenzwohngruppen und bauliches Milieu: Beispiele für Umbau und Innenraumgestaltung. – Stuttgart: Demenz Support, 2006. – 81 S. – (Reihe Planen und Bauen; Bd. 2) ISBN 3-937605-03-7: EUR 17.50
- Heimhilfe: Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause/Elisabeth Jedelsky (Hrsg.). – Wien [etc.]: Springer, 2006. – 255 S.: graph. Darst. ISBN 3-211-29127-X: EUR 24.90
- Residenzen: Premium-Wohnen im Alter: Deutschland, Österreich, Schweiz/Hrsg.: Thomas Neureuter; Texte: Konrad Franke. – München: Ed. Neureuter, 2006. – 71 S. ISBN 978-398-089-888-1: EUR 19.80
- Schöffler, Mona: Wohnformen im Alter. – Lahrt: Kaufmann, 2006. – 141 S. ISBN 3-7806-3026-5: EUR 14.95
- Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote/Ulrich Schneekloth, Hans-Werner Wahl (Hrsg.); mit Beitr. von Dietrich Engels et al. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 2006. – 256 S. ISBN 3-17-019179-9: EUR 28.00
- Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand**
- Alter werden – aktiv bleiben: Beschäftigung in Wirtschaft und Gesellschaft/[Autoren: Hans J. Barth et al.]; Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). – Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2006. – 278 S. – Carl Bertelsmann-Preis 2006 ISBN 3-89204-906-8: EUR 30.00
- Beschäftigungschancen für ältere Arbeitnehmer: internationaler Vergleich und Handlungsempfehlungen/Lothar Funk et al.; Bertelsmann Stiftung, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.). – 2. Aufl. – Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2005. – 229 S. ISBN 3-89204-740-5: EUR 10.00
- Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmer/Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). – Berlin: LIT, 2006. – 203 S. – (Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung; Bd. 1) ISBN 3-8258-9343-X: EUR 19.90
- Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer: Voraussetzungen und Möglichkeiten/Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). – Berlin: LIT, 2006. – 361 S. – (Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung; Bd. 2) ISBN 3-8258-9506-8: EUR 34.90
- Morschhäuser, Martina; Peter Ochs, Achim Huber: Erfolgreich mit älteren Arbeitnehmern: Strategien und Beispiele für die betriebliche Praxis/Bertelsmann Stiftung, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.). – 2. Aufl. – Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2005. – 183 S. ISBN 3-89204-738-3: EUR 10.00
- Vorbereitung auf das Alter/Weiterbildung/Bildung Älterer**
- Anding, Angela: Bildung im Alter: Bildungsinteressen und -aktivitäten älterer Menschen; Beitrag zu einer Bildungstheorie des Alters. – 2. Aufl. – Leipzig: Ille & Riemer, 2006. – 254 S. – (Ilri Bibliothek Wissenschaft; Bd. 1). – Zugl.: Diss. Wittenberg Univ. Halle, 2002. ISBN 3-936308-70-5: EUR 30.00
- Bürgisser, Margret: Noch voll dabei: wie Menschen im Alter aktiv bleiben. – Zürich: Orell Füssli, 2006. – 201 S. ISBN 3-280-05189-4: EUR 24.00
- Cohen, Gene D.; mit einem Vorw. von Manfred Spitzer; aus dem Amerikan. von Christoph Trunk: Vital und kreativ: geistige Fitness im Alter. – Düsseldorf: Walthert, 2006. – 220 S. – Übers. von: The mature mind ISBN 3-530-42205-3: EUR 18.00
- Dokumentation der Semester-Eröffnungsvorträge der Jahre 1995–2005/Gerhard Breloer und Mechthild Kaiser (Hrsg.). – Münster etc.: Waxmann, 2006. – 189 S. – (Studium im Alter: Forschungen und Dokumentationen, ISSN 1430-2683; Bd. 8) (Einblicke in die Wissenschaft; 2) ISBN 3-8309-1635-3: EUR 14.90
- Schwebel, Walter: Die späte Kür: Aufbruch in den aktiven Unruhestand. – Darmstadt: Pala-Verlag, 2006. – 197 S. ISBN 3-89566-223-2: EUR 14.00
- Freizeit/Medien**
- Eichhorn-Kösler, Elfi; Bernhard Kraus: Senioren-Nachmittage: Impulse und Anregungen. – Freiburg i.Br.; Basel: Herder, 2006. – 79 S. – (Gemeinde leben) ISBN 3-451-29172-X: EUR 9.90
- Heidenreich, Lars: Ältere Menschen und E-Commerce. – Taunusstein: Driesen, 2006. – 341 S. – (Driesen Edition Wissenschaft). – Zugleich: Diss. Univ. Mannheim, 2006. – ISBN 3-936328-55-2: EUR 39.00
- Hieronymus, Philipp: Gedichte, Lieder, Sketche: Textvorlagen für jeden Anlass – Hannover: Vincentz Network, 2006. – 91 S. ISBN 3-86630-002-6: EUR 11.80
- Horn, Lydia: Generation 50+ in der Werbung: visuelle Stereotypen in der Printwerbung. – Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2006. – 121 S. ISBN 3-86550-327-6: EUR 49.00
- Generationen/Generationenbeziehungen**
- Hippe, Wolfgang; Norbert Sievers: Kultur und Alter: Kulturangebote im demografischen Wandel/ hrsg. vom NRW Kultursekretariat Wuppertal. – Essen: Klartext Verl., 2006. – 104 S. – (NRW Kultursekretariat Wuppertal; Bd. 11) ISBN 3-89861-632-0: EUR 14.90
- Krasnow, Iris: Ich bin die Tochter meiner Mutter: Frieden schliessen, bevor es zu spät ist. – Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2006. – 256 S. – Übers. von: I am my mother's daughter: making peace with mom before it's too late ISBN 3-579-06951-9: EUR 19.95
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie/Geriatrie/Altenhilfe**
- Borutta, Manfred; Christiane Giesler; mit einem Geleitw. von Heribert W. Gärtner: Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege: eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse. – Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag, 2006. – XVII, 196 S. – (Sozialwissenschaft). – Zugl.: Köln, Kath. Fachhochsch. NW, Diplomarbeit, 2004 ISBN 3-8350-6029-5: EUR 35.90
- Liedtke, Christel; Anke Gössling-Brunken, Helen Kohlen: Aufgaben und Konzepte/Hrsg.: Hans Udo Zenneck. – Hamburg: Verlag Handwerk und Technik Dr. Felix Büchner, 2006. – 199 S. – (Altenpflege in Lernfeldern) ISBN 3-582-04651-6: EUR 14.80
- Gesundheit/Ernährung/Sport**
- Jenkins, Deirdre; Übers. aus dem Engl. von Britta Wilken: Der beste Anzug: Hautpflege bei Menschen mit Demenz. – Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2006. – 87 S. – (Türen öffnen zum Menschen mit Demenz; 4). – Übers. von: The birthday suit ISBN 3-935299-93-1: EUR 9.80
- Meier-Baumgartner, Hans Peter; Ulrike Dapp, Jennifer Anders: Aktive Gesundheitsförderung im Alter: ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. – 2., aktual. und erw. Aufl. – Stuttgart: Kohlhammer, 2006. – 183 S. ISBN 3-17-019327-9: EUR 29.00
- Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen – 4., überarb. und erw. Aufl. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 2006. – 267 S. ISBN 3-17-019073-3: EUR 25.00
- Aktivierung/Pflege/Rehabilitation/Therapie**
- Bayer-Feldmann, Claudia: Gruppen für Angehörige von Demenzzkranken. – Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2005. – 88 S. – (Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.; Bd. 7) EUR 3.00
- Dekoninck, Caroline (Text): Freibeuter im Pflegeheim: ein „lästiger“ Bewohner als Lehrmeister im Loslassen/Red.: Cora van der Kooij; [aus dem Niederländ. übers. von Antje von Glan]. – Apeldoorn: Zorgtalentproducties, 2006. – 48 S. – (Pflegetal). – Übers. von: Vrijbouter in het verpleeghuis ISBN 90-809165-6-0: EUR 9.00
- Ertl, Regina; Ursula Kratzer: Heimhilfe: ein Lehrbuch für Theorie und Praxis. – Wien: Facultas, 2006. – 198 S. ISBN 3-85076-704-3: EUR 17.40
- George, Wolfgang; Vorw. von Heike Ulrich: Patientenintegration: mit einem Leitfaden zum Patientenessessment. – München; Basel: E. Reinhardt, 2006. – 159 S. ISBN 3-497-01839-2: EUR 29.90
- Langfeldt-Nagel, Maria: Psychologie in der Altenpflege: Lehrbuch. – München; Basel: E. Reinhardt, 2006. – 221 S. – (Reinhardts gerontologische Reihe, ISSN 0939-558X; Bd. 38) ISBN 3-497-01875-9: EUR 19.90
- Der Nutzen der Demenztherapie für pflegende Angehörige und Pflegekräfte: 19. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ 6. Juli 2005 in Düsseldorf/Hrsg.: Ingo Fügen, Klaus-Dieter Kossow. – Frankfurt a.M.: Zukunftsforum Demenz, 2006. – 69 S. – (Dokumentationsreihe; Bd. 15).
- Pflegekompetenz durch PflegeexpertInnen/Helga Schneider (Hrsg.). – Wien: Facultas, 2005. – 72 S. ISBN 3-85076-712-43: EUR 11.90
- Sterben/Sterbebegleitung/Tod**
- Rüegger, Heinz: Das eigene Sterben: auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. – Göttingen: Vandhoeck & Ruprecht, 2006. – 128 S. ISBN 3-525-63371-8: EUR 14.90
- Schütte, Anne: Würde im Alter im Horizont von Seelsorge und Pflege: der Beitrag eines integrativen dialogischen Seelsorgekonzepts in der palliativen Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Altenpflegeheimen. – Würzburg: Echter, 2006. – 287 S. – (Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge; 64) ISBN 3-429-02774-8: EUR 25.00

Paul Baltes (1939–2006)

Einer der bedeutendsten deutschen Psychologen unserer Zeit, Prof. Dr. Dr. h.c. (mult.) Paul Baltes, ist am 7. November verstorben. Baltes war einer der international führenden Vertreter einer Psychologie der Lebensspanne. Gleichzeitig leistete er zur Entwicklung der modernen psychologischen Altersforschung einschließlich ihrer notwendigen interdisziplinären Bezüge (etwa zur Biologie und Medizin des Alterns) überragende theoretische und empirische Beiträge. Bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2004 war Paul Baltes Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin. Danach leitete Baltes ein alternswissenschaftliches Forschungsnetzwerk der Max-Planck-Gesellschaft.

Paul Baltes wurde 1939 in Saarlouis geboren. Von 1959 bis 1967 studierte er an der Universität Saarbrücken bei Ernst Boesch, einem Schüler Piagets, und Günter Reinert. Das akademische Jahr 1963/64 verbrachte Baltes in den USA an der University of Nebraska, wo er mit dem einflussreichen Entwicklungs- und Alternspsychologen Warner Schaie zusammen arbeitete und wichtige Impulse für seine Dissertation zu einem Grundproblem der Entwicklungsforschung, der Trennbarkeit von Alter, Geburtskohorte und Zeitperiodeneinflüssen, erhielt. Nach Fertigstellung der Dissertation in Saarbrücken kehrte Paul Baltes im Jahr 1967 in die USA zurück und wirkte seit 1974 als Full Professor an der Pennsylvania State University. Als Direktor des College of Human Development baute er dort – gemeinsam mit Kollegen wie John Nesselroade and Richard Lerner – ein interdisziplinäres Graduiertenprogramm zu Forschungsfragen der lebenslangen Entwicklung auf. Die von diesen Aktivitäten inspirierte vielbändige Buchreihe „Lifespan Development and Behavior“ ist längst zu einem Klassiker der modernen Lebenslaufpsychologie geworden. Im Jahr 1980 wurde Paul Baltes zum Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin und zum Honorarprofessor der Freien Universität berufen.

Weit über die Psychologie hinaus bekannt geworden sind die Arbeiten von Baltes zu Entwicklungsverläufen der geistigen Leistungsfähigkeit. Seine Arbeiten haben fundamental neue Einsichten zur Trainierbarkeit der Intelligenz im Alter, aber auch zu den Grenzen der Plastizität in späten Lebensphasen erbracht. Sein völlig kompromissloser Anspruch an sich und andere, die Wahrung von Exzellenz in der Methodik, konnte Baltes auch in empirisch nur schwer zugänglichen Domänen, wie der Erfassung von Weisheit, zur Geltung bringen. Baltes hat der Entwicklungspsychologie mit dem Modell der selektiven Optimierung und Kompensation neue und international nachhaltig wirkende theoretische und empirische Impulse zur Erklärung erfolgreichen Alterns gegeben. Hervorzuheben ist auch seine maßgebliche Rolle an der weltweit einzigartigen „Berliner Altersstudie“, einer interdisziplinären Studie zum hohen Lebensalter in seinen psychologischen, soziologischen und medizinischen Aspekten. Schließlich war eines der Hauptcharakteristika im Wirken von Paul Baltes, Exzellenz in der Forschung durch internationale Kontakte zu den besten Wissenschaftlern und Forschungsinstitutionen zu fördern.

Paul Baltes war Mitglied in verschiedensten akademischen Netzwerken und Institutionen. Er war unter anderem Fellow des Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences at Stanford, Präsident der International Society for the Study of Behavioral Development (1983–1987) und Mitglied des amerikanischen Social Science Research Council. Gesellschaftliche Wirkungen erzielte Paul Baltes über seine Mitgliedschaften in der American Academy of Arts and Sciences, der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, der Leopoldina und seit 2000 als Mitglied des Ordens „Pour le mérite“ der Wissenschaften und Künste.

Für seine wissenschaftlichen Forschungen erhielt Baltes zahlreiche Auszeichnungen, u.a. Robert W. Kleemeier Award der Gerontological Society of America 1991, Deutscher Psychologiepreis 1994, Internationaler Psychologie-Preis der American Psychological Association 1995, Aristoteles-Forschungspreis der Vereinigung Europäischer Psychologischer Gesellschaften 1997, Novartis Prize der International Association of Gerontology 1999 und das Große Bundesverdienstkreuz mit Stern der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2001.

Paul Baltes war Mentor ganzer Generationen von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die heute im In- und Ausland führende Positionen in Wissenschaft und Forschung einnehmen. Seine wissenschaftliche Generativität hat damit eine einzigartig reichhaltige Entfaltung gefunden, die noch lange in die Zukunft fortwirken wird.

*Hans-Werner Wahl
und Clemens Tesch-Römer*

Impressum

Herausgeber: Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin
Telefon (030) 260 7400, Fax (030) 785 4350
DZA im Internet: www.dza.de
(Links zum kostenfreien GeroLit-Angebot und
zur Internetausgabe des redaktionellen Teils des
informationdienst altersfragen)
presserechtlich verantwortlich und Redaktion:
Dr. Peter Zeman (zeman@dza.de)
verantwortlich für den Inhalt von GeroStat:
Dr. Elke Hoffmann
für GeroLit: Mahamane Baba Ali, Michael Flascha,
Beate Schwichtenberg-Hilmert; für die Bibliografie
gerontologischer Monografien:
Bibliothek und Dokumentation Pro Senectute
Schweiz, Fachstelle für angewandte Altersfragen
Lavaterstrasse 60, Postfach, CH-8027 Zürich
Telefon 0041-(0)1-283 89 80, Fax -283 89 80
Gestaltung und Satz: Mathias Knigge in Zusammen-
arbeit mit gold; Druck: Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich.
Bestellungen sind nur im Jahresabonnement mög-
lich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich
Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist
zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das
DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Aus-
zügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt.
Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) wird
institutionell gefördert vom Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 0724-8849