

Ruhestand und Gesundheit

Forschungsergebnisse zeigen den starken Einfluss des Gesundheitszustands auf den Übergang in den Ruhestand. Aber erst die Analyse des Zusammenhangs zwischen Gesundheit, Erwerbstätigkeit und Ruhestand deckt wichtige Ansatzpunkte auf, wie die Gesundheit und ein längerer Verbleib Älterer im Erwerbsleben gefördert werden können.

Mehrfacherkrankungen – Lebensqualität und Autonomie

Im demografischen Wandel nimmt die Zahl der Menschen mit Mehrfacherkrankungen stark zu. Wie Autonomie und Lebensqualität dennoch aufrecht erhalten werden können, hängt von vielen, individuell sehr unterschiedlichen Faktoren, und nicht zuletzt vom individuellen Gesundheitsverhalten ab. Was lässt sich daraus für die Prävention ableiten?

Differenzielles Altern

Allzu oft verdecken Altersstereotype den Blick auf die Vielgestaltigkeit des Alter(n)s. Dagegen steht der Begriff „differenzielles Altern“. Was ist unter differenziellem Altern zu verstehen, welche Faktoren tragen zur Differenzierung bei und welche Bedeutung hat die Wahrnehmung des differenziellen Alters für die Praxis?

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 02, März / April 2009
36. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

02

Ruhestand und Gesundheit

Susanne Wurm, Heribert Engstler, Clemens Tesch-Römer

02

Inhaltsverzeichnis

Seite 02

Ruhestand und Gesundheit

Seite 08

Mehrfacherkrankungen im Alter
– Wie Ressourcen und Verhaltensweisen helfen, Lebensqualität und Autonomie aufrechtzuerhalten

Seite 12

Differenzielles Altern

Seite 17

GeroStat – Statistische Daten:
Sozialleistungen für ältere Menschen
– die Situation nach der Reform des Sozialhilferechts

Seite 20

Zeitschriftenbibliografie
Gerontologie

Seite 25

Bibliografie gerontologischer
Monografien

Seite 27

Berichte, Ankündigungen,
Kurzinformationen

Die höhere Erwerbsbeteiligung Älterer und ihr längerer Verbleib im Erwerbsleben sind aus demografischen, volkswirtschaftlichen und wohlfahrtsstaatlichen Gründen längst zum gesellschaftspolitischen Ziel geworden. Dennoch ist die Paradoxie zwischen steigendem Bevölkerungsanteil und vergleichsweise niedriger Erwerbsbeteiligung der über 50-Jährigen keineswegs aufgelöst. Eine der Ursachen für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess, die zugleich weitere negative Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität im (Vor-)Ruhestand haben, sind krankheitsbedingte Einschränkungen. Im mittleren Erwachsenenalter nehmen gesundheitliche Probleme zu, wodurch ältere Arbeitskräfte häufiger als jüngere von chronischen Erkrankungen und funktionalen Einbußen betroffen sind. Dies führt dazu, dass sie einen höheren Krankenstand haben und teilweise aus gesundheitlichen Gründen vor Erreichen der Regelaltersgrenze ausscheiden. Andererseits werden gesundheitliche Probleme älterer Erwerbstätiger durch Einflüsse der Arbeitswelt oftmals mit verursacht oder verstärkt. Insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren und krankheitswertige Stresserfahrungen haben in den vergangenen Jahren zugenommen und tragen zu schlechter körperlicher und psychischer Gesundheit sowie zu vorzeitiger Mortalität bei. Arbeitsplatzunsicherheit, Arbeitsplatzverlust (Arbeitslosigkeit) im späten Erwerbsleben sowie ein unfreiwilliger, frühzeitiger Übergang in den Ruhestand haben ebenfalls einen ungünstigen Einfluss auf die weitere gesundheitliche Entwicklung. Daher erscheinen Anstrengungen wichtig, die darauf hinwirken, dass Personen nicht nur länger erwerbstätig sind, sondern dass sie gesund genug bleiben, um entsprechend lange erwerbstätig bleiben zu können. Wie kann dieses Ziel erreicht werden?

Um Ansatzpunkte für Interventionen zu finden, muss der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbstätigkeit älterer Erwerbspersonen sowie zwischen Gesundheit und dem Übergang in den Ruhestand genauer betrachtet werden. Dazu können wissenschaftliche Befunde zur Bedeutung von Arbeitsbedingungen

für die Gesundheit im Erwachsenenalter, zum Einfluss von Gesundheit auf den Übergang in den Ruhestand sowie zu Wirkungen des Übergangs in den Ruhestand auf die Gesundheit herangezogen werden. Der vorliegende Beitrag fasst die Ergebnisse einer ausführlichen Literaturübersicht zusammen (siehe hierzu die weiterführenden Hinweise am Ende dieses Beitrags).

Gesundheit im mittleren Erwachsenenalter

Bereits im mittleren Erwachsenenalter ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands erkennbar. Die Zunahme von (oftmals chronischen) Erkrankungen und funktionalen Einbußen bezieht sich primär auf körperliche Probleme, nicht hingegen auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Stationärer Behandlungsbedarf besteht im mittleren Erwachsenenalter in erster Linie aufgrund von Krebserkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten des Muskel-Skelettsystems. Vorzeitige Mortalität in diesem Alter ist ebenfalls am häufigsten bedingt durch Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie durch alkoholbedingte Leberkrankheit. Diese Informationen zu Morbidität und Mortalität weisen auf erhebliche Präventionspotenziale hin.

Ältere Erwerbstätige werden nicht häufiger krank als jüngere. Über die Altersgruppen hinweg steigt aber der Krankenstand an, d.h. der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage im Kalenderjahr (vgl. Abbildung 1). Das heißt, wenn ältere Erwerbstätige erkranken, haben sie oftmals längere Fehlzeiten. Eine zentrale Rolle für Arbeitsunfähigkeit spielen hierbei muskuloskelettale Erkrankungen. In den zehn Jahren zwischen 1995 und 2005 ist festzustellen, dass der Anteil von Arbeitsunfähigkeitstagen, die auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind, deutlich zugenommen hat. Insgesamt hat seit Mitte der 1990er Jahre der Krankenstand hingegen abgenommen und lag z.B. im Jahr 2006 bei 3,3 Prozent. Ebenso abgenommen haben Arbeitsunfälle sowie Berufskrankheiten. Der Großteil der älteren Erwerbstätigen schätzt die eigene Gesundheit positiv ein. Allerdings sind

hierbei deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen älterer Erwerbstätiger festzustellen. Dabei beurteilen 55- bis 64-jährige Erwerbstätige ihre Gesundheit deutlich schlechter, als 45- bis 54-jährige.

Arbeitsweltbezogene Einflüsse auf die Gesundheit

Bei der Betrachtung verschiedener arbeitsweltbezogener Einflüsse auf die Gesundheit lassen sich grob drei Arbeitsmerkmale unterscheiden: (1) Arbeitsumgebung, (2) körperliche Arbeitsanforderungen sowie (3) Arbeitsorganisation.

Besonders die Arbeitsorganisation spielt nicht nur für die körperliche Gesundheit der Erwerbstätigen, sondern auch für die psychische Gesundheit eine bedeutsame Rolle. Zu Merkmalen der Arbeitsorganisation zählen unter anderem Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit, quantitatives und qualitatives Arbeitspensum, Arbeitsplatzsicherheit sowie Anerkennung durch Vorgesetzte.

Psychischer Stress am Arbeitsplatz kann unter anderem durch zwei Faktoren entstehen: Durch ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitsplatz-Anforderungen und Kontrolle (Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek, 1979) sowie durch ein Ungleichgewicht zwischen persönlichen Anstrengungen und resultierenden Belohnungen (Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist, 1996).

Belastungen am Arbeitsplatz im Zeit- und Altersgruppenvergleich machen deutlich, dass sich die Arbeitsumgebung zwar teilweise verbessert hat, körperliche sowie psychische Arbeitsanforderungen über die Zeit hinweg jedoch zugenommen haben und zwar insbesondere in den jüngeren Altersgruppen. Ältere Erwerbstätige sind jedoch trotz der Zunahmen bei Jüngeren am häufigsten durch körperliche und psychische Arbeitsanforderungen belastet.

Studien zum Einfluss von Arbeit auf die *körperliche Gesundheit* machen deutlich, dass mehrere branchenübergreifende Faktoren einen ungünstigen Gesundheitseffekt haben. Hierzu zählen unter anderem

arbeitsbedingter Dauerstress, Über- und Fehlbelastungen, Arbeitsplatzunsicherheit, zeitliche Flexibilisierung der Arbeit sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen durch eine übermäßige, ergonomisch ungünstige Computernutzung. Im Vordergrund stehen stressbedingte Erkrankungen, insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen.

Arbeitsbezogener Stress erhöht zugleich das Risiko *psychischer Erkrankungen*. Hierzu zählen beispielsweise Depressivität, Angststörungen und somatoforme Störungen. Analysen zu reziproken Effekten zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Problemen machen deutlich, dass Arbeitsbelastungen einen stärkeren Einfluss auf die psychische Befindlichkeit haben, als umgekehrt. Arbeitsbezogener Stress wirkt sich zudem auf das *Gesundheitsverhalten* aus, insbesondere auf starken Alkoholkonsum bei Männern sowie auf Gewichtsveränderungen und ein deutlich erhöhtes Risiko für ein metabolisches Syndrom bei Männern wie Frauen. Schließlich spiegeln sich hohe, stressreiche Arbeitsbelastungen auch in einem höheren *Mortalitätsrisiko* wider, insbesondere in einer erhöhten kardiovaskulär bedingten Mortalität. Personen mit niedrigem Einkommen haben hierbei ein höheres Risiko als Personen höherer Einkommensgruppen. Zu vorzeitigem Tod können zugleich geringe Erholungszeiten und lange Arbeitszeiten beitragen, ein Phänomen, das in Japan als *Karoshi* (Tod durch Überarbeitung) bezeichnet wird.

Doch nicht nur Faktoren des Arbeitsplatzes beeinflussen das Krankheits- und Mortalitätsrisiko. Auch ein *Arbeitsplatzverlust* kann von erheblichen gesundheitlichen Konsequenzen begleitet sein. Hierzu zählen Folgen für die psychische Gesundheit, insbesondere Depressivität, und zwar vor allem bei Personen mit geringeren finanziellen Ressourcen. Ältere Erwerbstätige, die ihren Arbeitsplatz verlieren, haben zugleich ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt im Vergleich zu weiterhin erwerbstätigen Älteren. Zudem erhöht sich bei Personen mit Arbeitsplatzverlust oftmals der Nikotin-

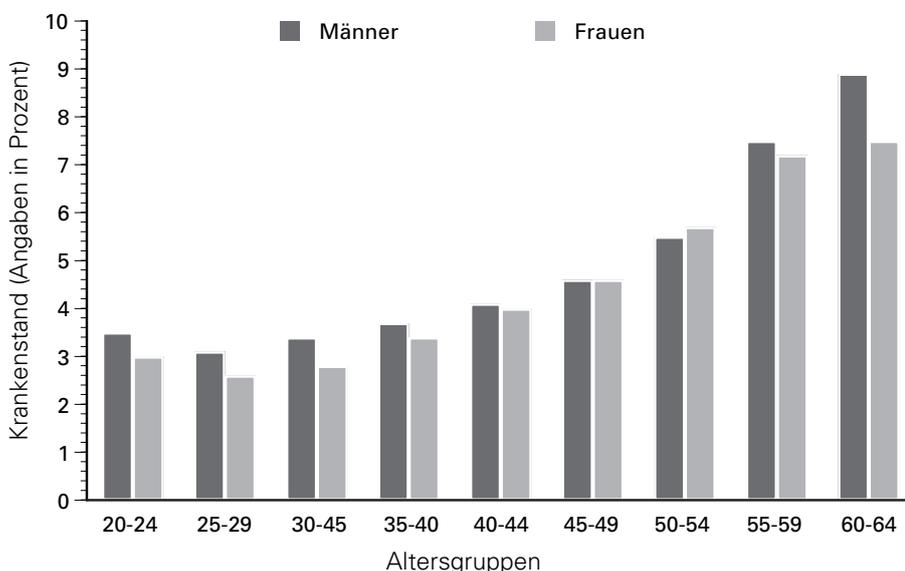


Abbildung 1: Krankenstand 2005 nach Altersgruppe und Geschlecht, AOK-Mitglieder
Quelle: Vetter, Küsgens, & Madaus, 2007; eigene Darstellung.

konsum, wodurch kardiovaskuläre Risiken steigen. Schließlich gibt es Hinweise auf eine erhöhte Mortalität nach einem Arbeitsplatzverlust, allerdings zeigt sich hier vor und während einer Wirtschaftsrezession ein unterschiedlich starker Einfluss von Arbeitslosigkeit auf vorzeitige Mortalität.

Es gibt Studien, die sich mit der Frage der Morbiditätsexpansion vs. -kompression im Kohortenvergleich beschäftigen. Sie konzentrieren sich zumeist auf Altersgruppen jenseits von 60 Jahren und zeigen eine Verbesserung des Gesundheitszustands dieser Kohorten gegenüber früher geborenen. Durch andere Studien, die Altersgruppen im mittleren Erwachsenenalter einbezogen haben, wird der Rückgang körperlicher Einschränkungen und Erkrankungen im Kohortenvergleich ebenfalls belegt. Der positiven Gesundheitsentwicklung nachfolgender Geburtskohorten stehen jedoch negative Entwicklungen gegenüber, die den Optimismus in Hinblick auf eine längere Erwerbsfähigkeit abdämpfen. Es handelt sich hierbei um mindestens drei Entwicklungen, die in Frage stellen, ob der Trend einer besseren Gesundheit nachfolgender Geburtskohorten anhält. Hierzu zählt die zunehmende Verbreitung der gesundheitlichen Risikofaktoren Übergewicht und Bewegungsmangel sowie ein höherer Nikotinkonsum bei nachfolgenden Kohorten von erwerbstätigen Frauen. Eine weitere negative Entwicklung ist der dargestellte Anstieg psychosozialer Belastungen am Arbeitsplatz. Schließlich könnte die rückläufige Zahl an Krankentagen mittelfristig zu neuen Kostenbelastungen führen, denn künftige Erkrankungen könnten ihre Ursache darin haben, dass heute Erkrankungen institutionell „verleugnet“ werden, unter anderem aus Angst um den eigenen Arbeitsplatz.

Der Einfluss der Gesundheit auf den Übergang in den Ruhestand

Welche Rolle spielt die Gesundheit für den Zeitpunkt und die Art des Übergangs in den Ruhestand? Die wissenschaftlichen Disziplinen, die den Übergang in den Ruhestand theoretisch und empirisch untersuchen (Ökonomie, Soziologie, Psychologie, Arbeitsmedizin), sehen in der Gesundheit durchgängig eine wichtige Einflussgröße. Ein schlechter Gesundheitszustand gilt als zentraler Risikofaktor für das frühzeitige Ausscheiden aus dem Arbeitsleben, da er die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, damit auch die Arbeitsproduktivität. Je nach disziplinärer Ausrichtung werden in Bezug auf den Wirkmechanismus von schlechter Gesundheit stärker das Risiko der Ausgliederung durch den Betrieb, die Abkehr von einer subjektiv unangenehm bis unerträglich gewordenen Arbeitssituation oder veränderte Nutzenkalküle des Individuums und die Verstärkung des Wunsches nach Freizeit in den Vordergrund gestellt. Unabhängig vom angenommenen Wirkmechanismus, wird in nahezu allen theoretischen Erklärungsmodellen ein negativer Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsbeteiligung Älterer erwartet. Unterschiede zeigen sich nur im erwarteten Stellenwert der Gesundheit unter den postulierten Einflüssen auf den Übergang in den Ruhestand. Ökonomische Theorien messen der Gesundheit einen geringeren Einfluss gegenüber den als maßgeblicher erachteten finanziellen Determinanten und Ruhestandsanzügen bei, soziologische Theorien gewichten die Gesundheit höher, betonen aber noch stärker betriebliche Determinanten und wohlfahrtsstaatliche Regulierungen.

Der Überblick über die empirischen Forschungsarbeiten zeigt, dass der Gesundheitszustand und seine Veränderung bei älteren Arbeitskräften tatsächlich einen starken Einfluss auf den Übergang in den Ruhestand haben. Gesundheitlich beeinträchtigte ältere Arbeitskräfte unterliegen einem deutlich erhöhten Risiko, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuscheiden und in den frühen Ruhestand zu wechseln. Im Ensemble der Determinanten des

Übergangs in den Ruhestand nimmt Gesundheit eine zentrale Stellung ein. Ob jemand bis zum Erreichen der Standardaltersgrenze, die gegenwärtig in den meisten westlichen Ländern bei 65 Jahren liegt, im Erwerbsprozess verbleibt oder vorzeitig ausscheidet, hängt mindestens so sehr von der gesundheitlichen Situation und Entwicklung ab wie von betrieblichen Einflüssen, der finanziellen Lage, der Attraktivität des Ruhestands und den institutionalisierten Regelungen. In mehreren größeren Untersuchungen erwies sich die Gesundheit als bedeutendster Einzelfaktor. Der Erklärungsbeitrag dieses *Push*-Faktors auf den Übergang in den Ruhestand war in vielen Studien höher als der Erklärungsbeitrag finanzieller Anreize, wie des erwartbaren Ruhestandseinkommens (*Pull*-Faktor).

Insbesondere eine rapide Verschlechterung des Gesundheitszustands (*health shock*) forciert den Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Schlechte Gesundheit beeinträchtigt auch die Chance zur Rückkehr in die Beschäftigung. Nicht nur die eigene Gesundheit, sondern auch die des Partners bzw. der Partnerin beeinflusst die Wahrscheinlichkeit, vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuscheiden. Dabei wirkt sich eine schlechte Gesundheit des Mannes stärker auf die Erwerbsbeteiligung der Frau aus als umgekehrt die Gesundheit der Frau auf die Erwerbsbeteiligung des Mannes. Frauen sind insgesamt stärker von Partnereinflüssen betroffen als Männer.

Dem endgültigen Ausstieg gehen oft längere Arbeitsunfähigkeitsphasen voraus, da es sich häufig um chronische degenerative Erkrankungen handelt. Das gesundheitsbedingte Ausscheiden kündigt sich also an. Es handelt sich um einen längeren Prozess, der zudem auf unterschiedlichen Pfaden in den Ruhestand führen kann. Sie münden nicht nur gehäuft in der Erwerbsminderungsrente, sondern auch in Arbeitslosigkeit vor dem endgültigen Ruhestand. Ältere Arbeitslose sind überdurchschnittlich oft gesundheitlich eingeschränkt.

Wie stark der Einfluss gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf die Wahrschein-

lichkeit ist, die eigene Erwerbstätigkeit – vorzeitig – zu beenden, hängt von verschiedenen Bedingungen ab. Zwar sind diese bislang erst wenig untersucht worden, es deuten sich aber folgende Zusammenhänge an:

- 1) *Finanzielle Lage und Versorgung*: Hängt das Familieneinkommen zu großen Teilen vom eigenen Erwerbseinkommen ab (*bread winner*), erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, trotz schlechter Gesundheit weiter zu arbeiten. Tritt die gesundheitliche Verschlechterung im rentennäheren Alter (Ende 50) ein, ist der Effekt auf die Ausstiegswahrscheinlichkeit höher als bei einer Verschlechterung mit Anfang 50. Hat man demnach die Option eines sozialstaatlich oder privat abgesicherten vorzeitigen Übergangs in den Ruhestand, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, bei gesundheitlich bedingter Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, diese Möglichkeit in Anspruch zu nehmen. Dafür sprechen auch festgestellte Länderunterschiede des Effekts schlechter Gesundheit.
- 2) *Anpassung der Arbeitssituation*: Der positive Einfluss schlechter Gesundheit auf die Wahrscheinlichkeit, die Arbeitszeit zu reduzieren, spricht für das Potenzial, das der Anpassung der Arbeitssituation an die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit zur Verringerung des Effekts schlechter Gesundheit auf die Ausstiegswahrscheinlichkeit hat. Die Reduzierung der Wochenarbeitszeit kann den krankheitsbedingten Erwerbsausstieg verzögern.

Der Einfluss schlechter Gesundheit zeigt sich bei Verwendung subjektiver und objektiver Gesundheitsindikatoren gleichermaßen. Die akademische Debatte um die Angemessenheit der – überwiegend verwendeten – subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands scheint überzogen zu sein. Die standardisierte Bewertung des eigenen Gesundheitszustands hat sich als genauso aussagekräftig und prognosefähig erwiesen wie die objektiveren Gesundheitsindikatoren zu spezifischen Erkrankungen und funktionalen Beeinträchtigungen.

Methodisch bedeutsamer sind mögliche

Unterschätzungen des Gesundheitseinflusses durch Selektionseffekte in der Teilnahme an Befragungsstudien mit Repräsentativitätsanspruch. In nahezu keiner der betrachteten Längsschnittstudien wird näher auf Selektivitäten in der sogenannten Panelsterblichkeit eingegangen, obwohl gesundheitliche Probleme als einer der Hauptfaktoren eines selektiven Teilnahmeausstiegs in prospektiven Längsschnittstudien gelten. Zwar wird versucht, selektive Ausfälle zumindest bei deskriptiven Ergebnisdarstellungen durch eine entsprechende Höhergewichtung der verbleibenden Fälle auszugleichen; ob das nicht-beobachtete weitere Verhalten der ausgeschiedenen Untersuchungsteilnehmer mit schlechter Gesundheit dem der weiterhin Teilnehmenden mit entsprechenden Merkmalen entspricht, ist jedoch nicht bekannt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass der Gesundheitseinfluss auf den Erwerbsausstieg aufgrund der gesundheitsbezogenen Selektivität der Panelteilnahme eher unter- als überschätzt wird.

Die Bedeutung des Übergangs in den Ruhestand für die Gesundheit

Der Übergang in den Ruhestand hat einen ambivalenten Charakter. Einerseits kann er als Verlust betrachtet werden, da Erwerbsarbeit nicht nur die wesentliche Einkommensquelle darstellt, sondern auch soziale Einbindung, Strukturierung des Alltags, berufliche Stellung sowie biografische Identität und Kontinuität vermittelt. Ruhestand kann aber auch als Gewinn, als eine Art „späte Freiheit“ verstanden werden, da Belastungen des Erwerbslebens (u.a. zeitliche und hierarchische Zwänge) verschwinden und eine Person die Möglichkeit erhält, die vor ihr liegende Zeit selbstbestimmt zu gestalten.

Wird der *Ruhestand als Gewinn* erlebt, sind eher positive Folgen für die Gesundheit zu erwarten (Ruhestand als Entlastung), während negative gesundheitliche Folgen zu erwarten sind, wenn der *Ruhestand als Verlust* erlebt wird (Ruhestand als Belastung). Schließlich kann der Übergang in den Ruhestand auch nur ein *Epiphänomen* einer altersbedingten Verschlechterung von Gesundheit sein, ohne eigenständigen Erklärungswert.

Eine Reihe von Faktoren können die möglichen Auswirkungen des Übergangs in den Ruhestand auf die Gesundheit moderieren. Hierzu zählen das Alter, in dem eine Person in den (vorzeitigen) Ruhestand wechselt, das Geschlecht (da männliche und weibliche Erwerbsbiografien sich häufig unterscheiden), die Arbeitssituation selbst (belastende vs. anregende Arbeitsbedingungen), die Freiwilligkeit des Übergangs in den Ruhestand, das Einkommen, die soziale Integration einer Person sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z.B. Regelungen des Sozialen Sicherungssystems, Altersnormen des Übergangs in den Ruhestand). Schließlich ist der Gesundheitszustand vor dem Übergang in den Ruhestand ein wichtiger Faktor für die weitere gesundheitliche Entwicklung.

Drei Formen von Studien sind im Zusammenhang mit der Untersuchung von Auswirkungen des Übergangs in den Ruhestand auf die Gesundheit zentral: (1) Längsschnittstudien, die einen Vergleich zwischen dauerhaft erwerbstätigen Personen ermöglichen und solchen, die in den vorzeitigen Ruhestand wechseln (beim regulären Ruhestand gibt es kaum mehr eine Vergleichsgruppe), (2) Längsschnittstudien, die für eine Gruppe von Personen die gesundheitliche Entwicklung vor und nach dem Übergang in den Ruhestand analysieren (ohne Vergleichsgruppe) sowie (3) Querschnittstudien auf der Grundlage von national repräsentativen Surveys. Auf diesen drei Untersuchungsformen basieren die dargestellten empirischen Ergebnisse.

Empirische Studien zur Frage, ob der Übergang in den Ruhestand die *Sterbewahrscheinlichkeit* erhöht (sog. „Pensionierungstod“), machen deutlich, dass der Übergang in den Altersruhestand nicht zu erhöhter Mortalität führt. Im Gegenteil: Bei Personen mit geringer beruflicher Stellung sank das Mortalitätsrisiko nach einem Übergang in den Ruhestand im Vergleich zum Risiko während des Erwerbslebens. Ein sehr früher Übergang in den Ruhestand hingegen korrespondiert mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko, allerdings ist dies teilweise darauf zurückzuführen, dass Personen, die in einen sehr frühen Ruhestand gehen, oftmals krankheitsbedingt die Berufstätigkeit aufgeben müssen.

Die Zusammenfassung verschiedener Studien zum Einfluss des Übergangs in den Ruhestand auf die *körperliche Gesundheit* macht deutlich, dass keine nennenswerten Unterschiede zwischen Personen festzustellen sind, die in den Altersruhestand wechseln oder erwerbstätig bleiben. Personen, die am Ende ihres Erwerbslebens arbeitslos werden, haben jedoch ein doppelt so hohes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall gegenüber jenen Personen, die erwerbstätig bleiben. Empirische Studien zur Bedeutung des Übergangs in den Ruhestand für die *psychische Gesundheit* weisen darauf hin,

dass der reguläre *Altersruhestand* eher mit einer psychischen Entlastung einhergeht, insbesondere bei Personen mit höherer beruflicher Stellung. Hingegen wirkt sich ein früher Übergang in den Ruhestand (im Alter von 55 Jahren oder früher) ungünstig auf die psychische Gesundheit aus.

In Hinblick auf das *subjektive Gesundheitserleben* zeigen empirische Studien ähnliche Ergebnisse wie für die psychische Gesundheit. Auch hier wird deutlich, dass der Übergang in den Altersruhestand zu Verbesserungen des Gesundheitserlebens führt. Ein vorzeitiger und unfreiwilliger Übergang in den Ruhestand wirkt sich allerdings ungünstig auf das Gesundheitserleben aus.

Die Befundlage zu Veränderungen im *Gesundheitsverhalten* ist nicht eindeutig, was mit der geringen Zahl hierzu vorliegender Studien zusammenhängt. Die Hoffnung, dass sich mit dem Übergang in den Ruhestand das Gesundheitsverhalten verbessert, konnte in den Studien nicht durchgängig bestätigt werden. Zwar steigt offensichtlich der Anteil der Personen, die nach dem Übergang in den Ruhestand sportlich aktiver werden, aber es bleibt offen, ob diese zusätzliche sportliche Aktivität den Verlust arbeitsbezogener körperlicher Tätigkeiten kompensiert. Mit Blick auf das Ernährungsverhalten gibt es sowohl eher optimistische als auch eher pessimistische Befunde: Einerseits steht mehr Zeit zur Bereitung von Mahlzeiten zur Verfügung, so dass (in den USA) die Häufigkeit abnimmt, mit der Mahlzeiten außer Haus konsumiert werden (*Fast Food*). Andererseits wird mehr gegessen, was sich negativ auf das Gewicht (Übergewicht) auswirkt.

Insgesamt machen die Studien deutlich, dass sich der Übergang in den Ruhestand auf die Gesundheit von Männern stärker auswirkt als auf die Gesundheit von Frauen. Allerdings wurden in zahlreichen Studien ausschließlich Männer untersucht, so dass viele Studien keine Geschlechtervergleiche ermöglichen.

Die empirischen Arbeiten stützen insgesamt die These, dass der Übergang in den Ruhestand *kein* Risikofaktor für erhöhte Mortalität und schlechter werdende Gesundheit ist. Mit Blick auf die eingeführten theoretischen Konzeptionen lässt sich deshalb feststellen, dass der Übergang in den Ruhestand für die Gesundheit der betroffenen Personen unerheblich ist, vorausgesetzt, der Übergang wird in einem gesellschaftlich akzeptierten Alter, in Deutschland also mit rund 62 bis 65 Jahren, vollzogen („Ruhestand als Epiphänomen“). Ein deutlich früherer endgültiger Ausstieg aus dem Erwerbsleben wirkt sich hingegen negativ auf die Gesundheit der betroffenen Personen aus („Ruhestand als Verlust“).

Schlussfolgerungen

Mit Blick auf die steigende Regelaltersgrenze erscheint es dringend erforderlich, noch stärker als bisher präventiv dem Entstehen von Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen sowie einer Chronifizierung von Erkrankungen entgegenzuwirken. Ihren Beitrag hierzu leisten müssen die Arbeitskräfte, die Betriebe, die Sozialpartner und der Staat.

An zentraler Stelle steht hierbei das Gesundheitsbewusstsein. Bisher zeichnet sich zwar der positive Trend ab, dass nachfolgende Kohorten Älterer mit einer besseren Gesundheit ins Alter kommen. Ob dieser Trend jedoch anhält und sich auch bei jenen zeigt, die noch im Erwerbsleben stehen, hängt wesentlich vom Gesundheitsverhalten ab. In Deutschland wie in anderen westlichen Ländern ist festzustellen, dass Bewegungsmangel, Übergewicht und Diabetes II bei jüngeren und älteren Personen zunehmend verbreitet sind. Diese und andere zentrale Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum) könnten dazu führen, dass für viele Personen die Arbeitsfähigkeit bis zum Alter von 67 Jahren nur mit erheblichen gesundheitlichen Beschwerden möglich ist. Ein angemessenes Gesundheitsverhalten ist hierbei nicht allein Aufgabe des einzelnen Individuums, sondern kann auch durch verschiedene Maßnahmen unterstützt werden. Hierzu

zählen beispielsweise betriebliche und staatliche Regelungen (z.B. das Nichtraucherschutzgesetz) sowie Präventions- und Rehabilitationsangebote.

Ein wesentlicher Gesundheitsschutz kann zugleich am Arbeitsplatz selbst erfolgen. Denn nicht nur der unfreiwillige (und oftmals gesundheitsbedingte) Ausstieg aus dem Erwerbsleben hat negative Folgen für die weitere gesundheitliche Entwicklung und Lebenserwartung. Auch der Arbeitsplatz selbst trägt erheblich zur Aufrechterhaltung oder Bedrohung der Gesundheit bei. Während sich in den vergangenen Jahren gesundheitliche Risiken aufgrund der Arbeitsumgebung verringert haben, haben die physischen und psychischen Arbeitsanforderungen deutlich zugenommen und zwar insbesondere in den jüngeren Altersgruppen, die die zukünftigen älteren Erwerbstätigen stellen. Mit Blick auf körperliche Belastungen ist es auch in Zukunft wichtig, Anstrengungen zu unternehmen, die darauf abzielen, körperliche Über- und Fehlbelastungen zu vermeiden und damit insbesondere das Risiko muskuloskelettaler Erkrankungen zu verringern.

Ein im Vergleich zu Risiken der Arbeitsumgebung sowie körperlichen Arbeitsbelastungen neueres Gesundheitsrisiko sind psychische Arbeitsbelastungen. Diese führen in zunehmendem Maße zu Krankheiten und Fehlzeiten, aber auch zu Frühberentungen. In der ausführlichen, schriftlichen Expertise wurden einige dieser psychosozialen Stressfaktoren von Arbeitsplätzen dargestellt. Anhand dieser Stressfaktoren werden im Umkehrschluss Ansatzpunkte für eine gesunde Arbeitswelt erkennbar. Hierzu zählen unter anderem ein Gleichgewicht zwischen Arbeitsanforderungen und Kontrollmöglichkeiten, soziale Unterstützung und angemessene Gratifikation von erbrachten Arbeitsleistungen (z.B. in Form von Gehalt, Wertschätzung, beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten), die Vermeidung von lang andauerndem Arbeiten unter Zeitdruck ohne ausreichende Erholungszeiten sowie die Vermittlung von Arbeitsplatzsicherheit. Die weitere

Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Gesundheitsschutz ist eine wesentliche Aufgabe der Betriebe. Der Staat könnte hierfür jedoch Anreize schaffen, beispielsweise durch Bonus-Malus-Elemente in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Auch wenn präventive Maßnahmen wesentlich dazu beitragen können, dass Erwerbstätige in guter Gesundheit älter werden, wird es auch in Zukunft Personen geben, die krankheitsbedingt vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden müssen. Davon betroffen sind heute wie vermutlich auch in Zukunft insbesondere Personen in niedriger beruflicher Stellung und mit geringerem Einkommen. Wichtig erscheint deshalb, dass das vorzeitige Beenden des Erwerbslebens nicht mit gravierenden finanziellen Einbußen einhergeht. Andernfalls ist zu befürchten, dass in Zukunft Altersarmut deutlich zunimmt. Leistungen der Erwerbsminderungsrente sollten deshalb so gestaltet sein, dass der Eintritt dauerhafter Erwerbsunfähigkeit nach jahrzehntelanger Arbeit kein Armutsrisiko darstellt.

Für eine ausführliche Fassung mit Literaturhinweisen siehe Wurm, Susanne; Engstler, Heribert, Tesch-Römer, Clemens: Ruhestand und Gesundheit, in: Kurt Kochsiek (Ed.): Altern und Gesundheit (Altern in Deutschland, Band 7), Nova Acta Leopoldina NF 105, Nr. 369, S.81–92 (2009)

oder Wurm, Susanne; Engstler, Heribert, Tesch-Römer, Clemens (2009): Ruhestand und Gesundheit. DZA-Diskussionspapier Nr. 46

Kontakt: susanne.wurm@dza.de, heribert.engstler@dza.de, clemens.tesch-roemer@dza.de

Mehrfacherkrankungen im Alter – Wie Ressourcen und Verhaltensweisen helfen, Lebensqualität und Autonomie aufrechtzuerhalten

Benjamin Schüz & Susanne Wurm

08

Mit steigender Lebenserwartung wächst die Zahl der Menschen, die unter Mehrfacherkrankungen im Alter leiden. Allerdings sind nicht alle Älteren davon in gleicher Weise betroffen. Vielmehr gibt es große individuelle Unterschiede, nicht nur zu welchem Zeitpunkt und in welcher Weise die Beeinträchtigungen durch Multimorbidität im Altersverlauf zunehmen, sondern auch wie es gelingt, Autonomie und Lebensqualität dennoch aufrechtzuerhalten. Welche personenbezogenen Faktoren werden hierbei wirksam? Welche Bedeutung hat das individuelle Gesundheitsverhalten? Und welche Implikationen lassen sich daraus für Prävention ableiten?

Mehrfacherkrankungen

Immer mehr ältere Menschen sind vom gleichzeitigen Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen betroffen (Multimorbidität). Begünstigt durch die steigende Lebenserwartung und den demografischen Wandel wird diese Entwicklung in den kommenden Jahren weiter zunehmen. In Deutschland sind in der Altersgruppe zwischen 40 und 54 Jahren 35,6 Prozent, in der Altersgruppe zwischen 55 und 69 bereits 57,2 Prozent und in der Altersgruppe zwischen 70 und 85 insgesamt 70,2 Prozent (Wurm & Tesch-Römer, 2006) aller Menschen von zwei oder mehr Erkrankungen betroffen.

Allerdings nimmt nicht nur die Anzahl von Erkrankungen zu, sondern auch das Auftreten von bestimmten Mustern von Erkrankungen. Einige Krankheiten treten häufiger zusammen auf als andere. Das liegt daran, dass einige Krankheiten die Wahrscheinlichkeit für Folgekrankheiten erhöhen (Laux, Kuehlein, Rosemann, & Szecsenyi, 2008). Beispielsweise tritt Diabetes Typ 2 deutlich häufiger bei Personen auf, die einen zu hohen Blutdruck haben – bei Frauen mit Bluthochdruck ist Diabetes Typ 2 zehnmal so häufig wie bei Frauen ohne Bluthochdruck, bei Männern immerhin achtmal so häufig. Zudem sind bestimmte Kombinationen von Erkrankungen mit stärkeren Einbußen in der Lebensqualität verbunden als andere (Fortin, Dubois, Hudon, Soubhi, & Almirall, 2007). Schließlich sind für das subjektive

Wohlbefinden, je nach Krankheitskonstellation, unterschiedliche Ressourcen wichtig (Schüz, Wurm, Warner, & Tesch-Römer, 2009). Multimorbidität ist mehr als nur die Summe der Erkrankungen.

Die oft über die Lebensjahre hinweg zunehmende Anzahl von Erkrankungen bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, dass alle Älteren unter starken gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen in der Lebensqualität leiden. Vielmehr gibt es besonders bei älteren Menschen große gesundheitliche Unterschiede. Während einige Personen tatsächlich über viele Jahre mehrere Erkrankungen haben und dadurch beeinträchtigt sind, gibt es Personen, die mit recht guter Gesundheit ins Alter kommen und erst kurz vor dem Lebensende deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen erfahren. Diese großen Unterschiede zwischen Menschen gleichen Alters sind durch eine Reihe von Faktoren bedingt, die sich sowohl auf der Ebene der Person und des sozialen Umfeldes wie auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene verorten lassen. In einem aktuellen Forschungsprojekt (PREFER; www.dza.de/DE/PREFER) untersucht das Deutsche Zentrum für Altersfragen, welche Bedeutung verschiedene personenbezogene Faktoren und das Gesundheitsverhalten für die Lebensqualität und Autonomie älterer Menschen haben, die mehrfach erkrankt sind.

Persönliche Ressourcen

Unter „Ressourcen“ werden ganz allgemein Mittel verstanden, die es ermöglichen, eine Handlung durchzuführen bzw. ein bestimmtes Ziel oder einen Zustand zu erreichen. Persönliche Ressourcen sind Ressourcen, die sich auf das einzelne Individuum beziehen. Dazu zählen unter anderem materielle und psychische Ressourcen. Persönliche Ressourcen sind in der Bevölkerung ungleich verteilt. Die Untersuchung dieser Ungleichheit kann zur Beantwortung der Frage beitragen, warum es so große Unterschiede in der Gesundheit älterer Menschen gibt. Im Folgenden werden einige dieser persönlichen Ressourcen näher dargestellt.

Einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit im Alter haben *materielle Ressourcen*. Studien belegen über viele Länder und Gesellschaften hinweg, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status (zum sozioökonomischen Status zählen z.B. Bildung, Einkommen, Vermögen und Beruf) mit schlechterer Gesundheit einhergeht (Dorling, Mitchell, & Pearce, 2007). Ob sich dieser Einfluss mit zunehmendem Alter verstärkt, abschwächt oder konstant bleibt, ist noch nicht völlig geklärt. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass sich Personen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status auch in ihrem Gesundheitsverhalten unterscheiden und auf diese Weise dazu beitragen, dass materielle Ressourcen sich auf die Gesundheit und Lebensqualität im Alter auswirken (z.B. Cooper, 2001).

Auch die *soziale Unterstützung* ist von großer Bedeutung für die Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen, die mehrfach erkrankt sind. Manchmal wird argumentiert, dass sich soziale Unterstützung vor allem im sozialen Umfeld einer Person abspielt und somit eher eine strukturelle Ressource darstellt. Es zeigt sich doch, dass die durch eine Person *wahrgenommene* soziale Unterstützung eine bedeutsamere Einflussgröße darstellt als strukturelle Merkmale des sozialen Netzwerkes (Sarason, Shearin, Pierce, & Sarason, 1987; Schwarzer & Knoll, 2007). Wahrgenommene soziale Unter-

stützung mildert das Schmerzerleben, körperliche Beeinträchtigungen und Depressivität (Bowling, 1991). Zudem belegen mehrere Studien, dass Personen, die mehr soziale Unterstützung wahrnehmen, sich schneller von kardiologischen Operationen (Schwarzer & Schroeder, 1997) und Tumor-Operationen (Schulz & Schwarzer, 2003) erholen. Soziale Unterstützung kann direkt und indirekt zur Lebensqualität und Autonomie von älteren Menschen beitragen: z.B. durch instrumentelle Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben oder emotionale Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheiten, aber auch vermittelt über das Gesundheitsverhalten. Wahrgenommene soziale Unterstützung hilft älteren Menschen, körperlich aktiv zu bleiben oder aktiv zu werden (Chogahara, O'Brien Cousins, & Wankel, 1998). Körperliche Aktivität wiederum kann auch bei mehrfach erkrankten älteren Menschen zu Verbesserungen der Gesundheit (Chin A Paw, van Uffelen, Riphagen, & van Mechelen, 2008) und des Wohlbefindens führen (DiPietro, 2001).

Psychische Ressourcen wirken sich ebenfalls positiv auf die Lebensqualität und Autonomie im Alter aus. Wie bei der sozialen Unterstützung entfaltet sich die Wirkung psychischer Ressourcen direkt oder indirekt (über gesundheitlich relevantes Verhalten). Zu den psychischen Ressourcen zählt beispielsweise das Wissen um den Zusammenhang zwischen verhaltensbezogenen Risikofaktoren (z.B. stark fettthaltige Ernährung) und der Entwicklung von Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Das Wissen um solche Zusammenhänge kann den persönlichen Umgang mit Krankheiten beeinflussen (White, Chen, & Atchison, 2008). Nur wer beispielsweise weiß, dass eine Diät mit wenig gesättigten und vielen ungesättigten Fettsäuren sich positiv auf den HDL-Cholesterinspiegel im Blut auswirken kann, hat die Voraussetzung, um sich gut informiert über eine Ernährungsumstellung Gedanken machen zu können. Wissen kann mit persönlichen Einstellungen wie beispielsweise der Überzeugung, an Lebensumständen etwas ändern zu

können, zusammenwirken. Auf diese Weise bilden sich krankheitsbezogene Überzeugungen über Ursachen, Konsequenzen, den zeitlichen Verlauf und die Kontrollierbarkeit einer Krankheit (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). Krankheitsbezogene Überzeugungen haben Einfluss auf den persönlichen Umgang mit einer oder mehreren Erkrankungen. Personen, die ihre Krankheit als kontrollierbar und akut wahrnehmen, zeigen eher ein Verhalten, das auf die Besserung des Gesundheitszustandes abzielt. Wenn eine Krankheit dagegen als wenig kontrollierbar und chronisch wahrgenommen wird, richtet sich das Verhalten eher darauf, negative Emotionen zu reduzieren (Hagger & Orbell, 2003).

Persönliche Vorstellungen über das Älterwerden können sich sowohl auf die Gesundheit als auch auf gesundheitsförderliches Verhalten auswirken. An Daten des Deutschen Alterssurveys konnte beispielsweise gezeigt werden, dass sich eine positive Sicht des Älterwerdens günstig auf die Gesundheit auswirken kann, und dass diese Wirkrichtung stärker ist als der umgekehrte Einfluss der Gesundheit auf die Sicht des Älterwerdens (Wurm, Tesch-Römer, & Tomasik, 2007). Neben diesen direkten Effekten gibt es auch Hinweise darauf, dass sich Vorstellungen vom Älterwerden indirekt, d.h. über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit auswirken können. Es wurde beispielsweise gezeigt, dass sich eine positive Sicht auf das Älterwerden positiv auf körperliche Aktivität auswirkt (Wurm, Tomasik, & Tesch-Römer, in press).

Eine weitere wichtige persönliche Ressource bildet die optimistische Überzeugung, Herausforderungen aufgrund eigener Kompetenz erfolgreich begegnen zu können. Dies wird auch als *Selbstwirksamkeit* bezeichnet (Schwarzer, 1994). Solche Überzeugungen speisen sich aus früheren Erfahrungen mit herausfordernden Situationen, aus Beobachtungen an anderen Personen und aus der Interaktion mit anderen. Das bedeutet, dass Selbstwirksamkeit veränderbar ist. In zahlreichen Studien hat sich Selbstwirksamkeit als eine bedeutsame Einfluss-

größe auf viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Überzeugungen herausgestellt. So erwies sich Selbstwirksamkeit als wichtig für die Bewältigung von Erkrankungen und von Stress im Zusammenhang mit Operationen (Schroeder, Schwarzer, & Konertz, 1998). Selbstwirksamkeit kann aber auch viele gesundheitsbezogene Verhaltensweisen fördern, die im Rahmen von Mehrfacherkrankungen empfohlen werden. Für Rehabilitationsmaßnahmen konnte gezeigt werden, dass Selbstwirksamkeit die körperliche Aktivität der Teilnehmer beeinflusst (Schwarzer, Luszczynska, Ziegelmann, Scholz, & Lippke, 2008). Andere Studien belegen, dass Selbstwirksamkeit zur Änderung von Ernährungsgewohnheiten (Plotnikoff & Higginbotham, 1998) und von Rauchgewohnheiten beitragen kann (Dijkstra, Conijn, & De Vries, 2006).

Zusammenfassend kann man also feststellen, dass es persönliche Ressourcen gibt, die zwischen Personen ungleich verteilt sind. Dies trägt dazu bei, dass sich der Gesundheitszustand von älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen teilweise deutlich unterscheidet. Die Ressourcen können sowohl materieller als auch psychischer Natur sein. Veränderungen in den Ressourcen können zu Veränderungen in Verhalten und dadurch zu Veränderungen im Gesundheitszustand führen, die dann wiederum auf die personenbezogenen Ressourcen zurückwirken. Aufgrund der komplexen Wechselwirkung ist es schwierig, diese Zusammenhänge zu erforschen. Hierfür sind Untersuchungen mit mehreren Messzeitpunkten erforderlich.

Individuelles Verhalten

Zwischen Ressourcen und Gesundheit vermittelt individuelles Gesundheitsverhalten. Epidemiologischen Studien weisen nach, dass besonders vier Verhaltensweisen Einfluss auf die Lebenserwartung haben (Khaw et al., 2008): Nicht rauchen, moderate körperliche Aktivität (ca. zweimal pro Woche für 30 Minuten), moderater Alkoholgenuß (ca. 1 kleines Glas Wein pro Tag) und ein Ernährungsstil, der pro Tag mindestens fünf Portionen Obst oder Gemüse einschließt. Solche Verhaltensweisen können auch die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen mit Mehrfacherkrankungen verbessern helfen. Sowohl die Anpassung der Ernährungsgewohnheiten als auch körperliche Aktivität (DiPietro, 2001) können sich positiv auf die Lebensqualität älterer Menschen auswirken. Körperliche Aktivität und Ernährungsumstellungen haben selbst bei körperlich schwer eingeschränkten hochbetagten Menschen noch beachtliche positive Effekte auf die Gesundheit (Fiatarone et al., 1994).

Diese Befunde machen deutlich, dass individuelles Verhalten eine der bedeutendsten Einflussgrößen auf die Gesundheit im Alter darstellt. Die Erforschung der Faktoren, die das individuelle Verhalten fördern können, ist deshalb eines der zentralen Ziele der gesundheitsbezogenen Forschung am DZA und das Kernstück des Forschungsprojektes PREFER. Aus der Erforschung solcher Faktoren ergeben sich wichtige Ansatzpunkte für Maßnahmen, die die Gesundheit, Lebensqualität und Autonomie mehrfach erkrankter älterer Menschen verbessern können.

Implikationen für Prävention

Für die Konzeption von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit bei mehrfach erkrankten Menschen ist es wichtig, den Präventionsbegriff weiter zu fassen als dies im Allgemeinen getan wird. Wegen der körperlichen Alterungsprozesse und der weiten Verbreitung von (meist chronischen) Erkrankungen ist das Ziel völliger Krankheitsvermeidung im Alter nicht angemessen (Wurm & Tesch-Römer, 2009). Präventive Maßnahmen zielen bei älteren Menschen vor

allem auf die Vermeidung von zusätzlichen Neuerkrankungen, die Verbesserung des Gesundheitszustandes und die weitest mögliche Vermeidung (zumindest zeitliche Verzögerung) von Verschlechterungen der Gesundheit (Schüz & Wurm, 2009).

Die Inhalte präventiver Maßnahmen sollten systematisch geplant und evaluiert werden (Schüz & Renneberg, 2006). Dabei ist es nicht empfehlenswert, beispielsweise Präventionsprogramme, die sich an eine jüngere Zielgruppe richten, direkt auf die Gruppe älterer Menschen zu übertragen. Vielmehr gilt es, die spezifischen Einflussgrößen auf das Gesundheitsverhalten älterer Menschen zu berücksichtigen. Die Erkenntnisse von Studien zu persönlichen Ressourcen wie die oben genannten stellen die wichtigste Quelle für die Gestaltung der Inhalte von Prävention dar. Nur wenn solche Ressourcen erkannt und ihre Wirkweise verstanden werden, können Präventionsmaßnahmen entwickelt werden, die sie gezielt stärken. Mit diesem Wissen können ältere Menschen mit Mehrfacherkrankungen darin unterstützt werden, trotz Erkrankungen eine hohe Lebensqualität und Autonomie aufrechtzuerhalten.

Fazit

Aufgrund des demografischen Wandels und der zunehmenden Lebenserwartung nimmt die Anzahl von Personen mit Mehrfacherkrankungen zu. Bei steigendem Alter werden jedoch die gesundheitliche Unterschiede zwischen Personen größer, gleichaltrige Menschen unterscheiden sich in ihrer Gesundheit im Alter stärker als in jüngeren Lebensphasen. Für diese Unterschiede sind unterschiedlich verteilte Ressourcen verantwortlich, die beispielsweise über das Verhalten auf die Gesundheit wirken. Zu erkennen, welche Ressourcen hier besonders wichtig sind und wie sie mit Verhalten, Gesundheit und Lebensqualität im Alter zusammenwirken, kann helfen geeignete präventive Maßnahmen für ältere Menschen mit Mehrfacherkrankungen zu entwickeln.

Kontakt:

*Benjamin.Schuez@dza.de,
Susanne.Wurm@dza.de*

Literaturhinweise:

- Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(11), 54–64.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8(1), 68–83.
- Chin A Paw, M. J., van Uffelen, J. G., Riphagen, I., & van Mechelen, W. (2008). The functional effects of physical exercise training in frail older people : a systematic review. *Sports Medicine*, 38(9), 781–793.
- Chogahara, M., O'Brien Cousins, S., & Wankel, L. M. (1998). Social Influence on Physical Activity in Older Adults: A Review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6, 1–17.
- Cooper, R. S. (2001). Social inequality, ethnicity and cardiovascular disease. *International Journal Of Epidemiology*, 30 Suppl 1, S48–52.
- Dijkstra, A., Conijn, B., & De Vries, H. (2006). A match-mismatch test of a stage model of behaviour change in tobacco smoking. *Addiction*, 101(7), 1035–1043.
- DiPietro, L. (2001). Physical activity in aging: Changes in patterns and their relationship to health and function. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(11), 13–22.
- Dorling, D., Mitchell, R., & Pearce, J. (2007). The global impact of income inequality on health by age: an observational study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 335(7625), 873–873.
- Fiatarone, M. A., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clements, K. M., Solares, G. R., Nelson, M. E., et al. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med*, 330(25), 1769–1775.
- Fortin, M., Dubois, M. F., Hudon, C., Soubhi, H., & Almirall, J. (2007). Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 52.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*, 303(3), 130–135.
- Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 55(1), 3–24.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141–184.
- Khaw, K. T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med*, 5(1), e12.
- Laux, G., Kuehlein, T., Rosemann, T., & Szecsenyi, J. (2008). Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: Results from the German CONTENT project. *BMC Health Services Research*, 8, 14.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). Howard: Routledge.
- Plotnikoff, R. C., & Higginbotham, N. (1998). Protection motivation theory and the prediction of exercise and low-fat diet behaviors among Australian cardiac patients. *Psychology and Health*, 13(3), 411–429.
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 813–832.
- Schroeder, K. E. E., Schwarzer, R., & Konertz, W. (1998). Coping as a mediator in recovery from cardiac surgery. *Psychology and Health*, 13(1), 83–97.
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49(2), 73–82.
- Schüz, B., & Renneberg, B. (2006). Theoriebasierte Strategien und Interventionen in der Gesundheitspsychologie. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Eds.), *Gesundheitspsychologie* (pp. 123–142). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schüz, B., & Wurm, S. (2009). Wie wichtig ist Prävention? In Robert Koch-Institut (Ed.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (pp. 161–167). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schüz, B., Wurm, S., Warner, L. M., & Tesch-Römer, C. (2009). Health and Subjective Well-Being in Later Adulthood: Different Health States, Different Needs? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(1), 23–45.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40(2), 105–123.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243–252.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J. P., Scholz, U., & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27(1), S54–s63.
- Schwarzer, R., & Schroeder, K. (1997). Effects of self-efficacy and social support on postsurgical recovery of heart patients. *Irish Journal of Psychology*, 18(1), 88–103.
- White, S., Chen, J., & Atchison, R. (2008). Relationship of preventive health practices and health literacy: A national study. *American Journal of Health Behavior*, 32(3), 227–242.
- 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. 329–384). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2009). Prävention im Alter. In J. Bengel & M. Jerusalem (Eds.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(3), P156–p164.
- Wurm, S., Tomasik, M. J., & Tesch-Römer, C. (in press). On the importance of a positive view on aging for physical exercise among middle-aged and older adults: cross-sectional and longitudinal findings. *Psychology & Health*.

Differenzielles Altern

Ina Schöllgen & Oliver Huxhold

12

Nachdem lange Zeit ein gesellschaftliches Altersbild vorherrschte, das auf Defizite und Verluste fokussierte, wird heute das aktive und produktive Altern ins Zentrum gerückt. Beide Sichtweisen sind in ihrer übergeneralisierten Form nicht gerechtfertigt und bergen Gefahren. Das defizitorientierte Altersstereotyp kann zu Diskriminierung beitragen, z.B. im Arbeitsleben. Aber auch das positive, produktivitätsorientierte Altersbild kann negative Auswirkungen haben, da es Erwartungsdruck erzeugt. Zudem besteht die Gefahr der Instrumentalisierung, indem z.B. Aufrufe zu mehr gesellschaftlicher Beteiligung der Älteren mit der Hoffnung verbunden werden, dass dies als Ersatz für sozialstaatliche Leistungen dienen kann. Übergeneralisierende Altersstereotype verdecken den Blick auf die reale Vielgestaltigkeit des Alter(n)s, die unter dem Begriff „differenzielles Altern“ zunehmend an Aufmerksamkeit gewinnt. Im Folgenden soll zunächst erläutert werden, was unter differenziellem Altern zu verstehen ist, welche wissenschaftlichen Belege sich dafür finden lassen und welche Faktoren zu differenziellem Altern beitragen. Am Ende des Artikels wird die praktische Bedeutsamkeit dieses Begriffes herausgestellt.

Was bedeutet „differenzielles Altern“?

Zunächst einmal lassen sich interindividuelle Unterschiede, d.h. Unterschiede zwischen Personen im Niveau und der Veränderung von Funktionsbereichen, und intraindividuelle Variabilität, d.h. Veränderungen innerhalb einer Person über die Zeit von einander abgrenzen. Im Folgenden geht es um Unterschiede zwischen Personen, was oft auch als Heterogenität bezeichnet wird. Heterogenität kann sich auf Unterschiede zwischen Personen gleichen Alters oder auf Unterschiede zwischen Menschen unterschiedlichen Alters beziehen. Die Differenzierung des höheren Erwachsenenalters in ein aktives 3. Lebensalter (junge Alte) und ein von körperlichen Einbußen geprägtes 4. Lebensalter (alte Alte) ist ein klassischer Ansatz, um die Vielgestaltigkeit des Alters zu beschreiben (Neugarten, 1974). Jedoch sind nicht alle Unterschiede zwischen den Äl-

teren allein auf das Lebensalter zurückzuführen und überdies kann sich das Lebensalter bei verschiedenen Personen in unterschiedlichen Lebensbereichen unterschiedlich bemerkbar machen.

Bei der Erforschung dieser Unterschiede kann man einen variablen- und einen personenzentrierten Zugang unterscheiden. Im *variablenorientierten Ansatz* stehen Ausprägungen bzw. Verteilungen eines bestimmten Merkmals im Vordergrund. In einer solchen Untersuchung wird beispielsweise betrachtet, wie unterschiedlich Menschen im Alter sozial eingebunden sind, beziehungsweise wie groß die Unterschiede in der gefühlten Einsamkeit bei den Älteren sind. Im Gegensatz dazu versucht der *personenorientierte Ansatz*, Subgruppen oder Typen von Personen zu identifizieren, welche ein ähnliches Profil über verschiedene Funktionsbereiche (z.B. soziale Integration und geistige Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsmerkmale) hinweg aufweisen. Diesen Ansatz verfolgte bereits Thoma in der Bonner Längsschnittstudie und beschrieb dies als die Suche nach Altersformen statt Altersnormen (Thomae, 1987). Die Einführung des Begriffs „differenzielles Altern“ geht auf diese Arbeiten zurück. Der personenorientierte Ansatz wurde auch innerhalb der Berliner Altersstudie verfolgt, einer Studie 70+ Jähriger Westberliner, um verschiedene Typen psychologischer Funktionsprofile zu ermitteln (Smith & Baltes, 1997). Dabei wurden neun verschiedene Subgruppen identifiziert, was auf eine beträchtliche Heterogenität in der Gruppe der Älteren hinweist. Zu den insgesamt eher positiv zu bewertenden Profilen gehörte beispielsweise eine Gruppe geistig sehr fitter, extravertierter und nicht einsamer Menschen. Zu den Profilen, die insgesamt als eher weniger wünschenswert angesehen werden, gehörte eine Gruppe geistig eingeschränkter, einsamer Menschen mit wenig sozialer Unterstützung.

Auch außerhalb der Psychologie ist differenzielles Altern ein wichtiges Thema. Aus der biomedizinischen Tradition stammt das Konzept von Rowe und Kahn (1997),

welches pathologisches, normales und erfolgreiches Altern unterscheidet. Unter pathologischem Altern verstehen die Autoren, dass spezifische Krankheitsprozesse den normalen Alternsprozess überlagern. Normales Altern bedeutet, dass sich Einbußen noch nicht manifestiert haben, aber ein hohes Risiko dafür besteht. Erfolgreiches Altern ist hingegen durch einen hohen Funktionsstatus und ein niedriges Risiko für Einbußen gekennzeichnet. Die Autoren spezifizieren drei Kriterien für erfolgreiches Altern: die Vermeidung von Krankheit und Behinderung, einen hohen körperlichen und geistigen Funktionsstatus und die aktive Teilnahme am Leben durch die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen und die Ausübung produktiver Aktivitäten. Obwohl dieser Ansatz oft als zu einseitig kritisiert wird, stellt er durch die Unterscheidung von Alter und Krankheit einen zentralen praxisrelevanten Aspekt differenziellen Alterns heraus: die Möglichkeit für Prävention und Modifizierbarkeit, beispielsweise durch gesundheitsförderliches Verhalten.

Während die Perspektive des erfolgreichen Alterns die positiven Aspekte differenziellen Alterns hervorhebt, wird aus soziologischer Sicht auch eine potentiell negative Seite dargestellt, indem die Rolle sozialer Ungleichheit für Heterogenität im Alter betrachtet wird. Soziale Ungleichheit bedeutet dabei, dass systematische, sozial strukturierte Einschränkungen bzw. Begünstigungen für bestimmte Personengruppen bestehen. Es geht hier also um Unterschiede, die als gesellschaftlich problematisch gelten. Klassische Ungleichheitsdimensionen sind der sozioökonomische Status (Bildung, Beruf, Einkommen, Vermögen), das Geschlecht und die Ethnie. Auf die Rolle des sozioökonomischen Status wird bei der Erläuterung von Einflussfaktoren noch näher eingegangen. Von soziologischer Seite wurde ebenfalls angeregt, sich die Heterogenität im historischen Verlauf, also über Kohorten hinweg, anzuschauen. Während ältere Arbeiten eine zunehmende Standardisierung von Lebensläufen konstatierten, was zu einer geringeren Heterogenität bei nachfolgenden Kohorten führen sollte, sprechen neuere Arbeiten von einer zunehmenden Deregulierung der Lebensläufe (Dannefer, 1988; Freund & Baltes, 2005). Eine spannende Frage ist, wie sich diese Entwicklungen auf die Heterogenität im Alter auswirken.

Wie verändert sich die Vielgestaltigkeit im Lauf des Lebens?

Die Frage, ob die Unterschiede zwischen Personen über die Lebensspanne in allen Funktionsbereichen zunehmen, ist nicht abschließend geklärt. Eine Durchsicht verschiedener Studien stellten Nelson und Dannefer (1992) in einem vielbeachteten Artikel dar. Sie fanden heraus, dass ungefähr zwei Drittel der Studien auf eine mit dem Alter zunehmende Heterogenität hinweisen. Dies zeigte sich für eine Reihe von Merkmalen, darunter Indikatoren der körperlichen Funktionsfähigkeit (z.B. Gang), der geistigen Leistungsfähigkeit (z.B. Merkfähigkeit) sowie aus dem Bereich Selbst und Persönlichkeit (z.B. Selbstwert), obwohl für den letztgenannten Bereich der Trend nicht so eindeutig war. Was die geistige Leistungsfähigkeit

betrifft, so zeigte sich in einer anderen Studie, dass man zwischen verschiedenen Maßen der geistigen Leistungsfähigkeit unterscheiden muss (Morse, 1993). Während der Trend einer zunehmenden Heterogenität im Alter für die fluide Intelligenz (z.B. Verarbeitungsgeschwindigkeit und Merkfähigkeit) gefunden wurde, zeigte sich dies nicht für die kristalline Intelligenz (z.B. Wissen und Wortschatz). Im Folgenden soll noch einmal genauer auf Faktoren eingegangen werden, welche zum differenziellen Altern beitragen.

Was bedingt und begrenzt differenzielles Altern?

Hierbei wird oft unterschieden zwischen personalen Faktoren, wozu Persönlichkeitsmerkmale zählen, und kontextuellen Faktoren wie der Arbeitsumgebung, wobei diese natürlich auch miteinander interagieren (Whitbourne, 2001). Ein viel diskutiertes Thema in der sozialwissenschaftlichen Altersforschung ist, inwiefern der sozioökonomische Status als eine Dimension sozialer Ungleichheit zu differenziellem Altern beiträgt, v.a. im Bereich Gesundheit. Eine These lautet, dass die Wirkung des sozioökonomischen Status, beispielsweise auf die Gesundheit, über die Lebensspanne durch Kontinuität gekennzeichnet ist. Dies gelte auch für die zweite Lebenshälfte und sei durch äußere Umstände (Erhalt der Einkommensposition durch Alterssicherung) und /oder eine fortdauernde innere Wirksamkeit von Ungleichheitserfahrungen bedingt (Kohli u.a., 2000). Vertreter der Kumulationsthese (z. B. Dannefer, 1987) gehen hingegen von einem mit dem Alter zunehmenden Einfluss des sozialen Status aus und führen dies auf die ungleich verteilte Kumulation von Risiken und Ressourcen über die Lebensspanne zurück. Konträr dazu steht die Destrukturierungsthese, welche einen abnehmenden Einfluss des sozioökonomischen Status, beispielsweise auf die Gesundheit, im Alter annimmt. Unterschiedliche Faktoren könnten dabei eine Rolle spielen, u.a. die Beendigung ungleicher Arbeitsbedingungen durch den Übergang in den Ruhestand. Auch der zunehmende Einfluss biologischer Faktoren im höheren

Alter kann zu einer Verringerung der Unterschiede zwischen den Statusgruppen beitragen (Herd, 2006). Zunehmend wird auch der Einfluss selektiver Mortalität, d.h. sozial ungleich verteilter Sterblichkeit, diskutiert. Wenn nur diejenigen Personen niedriger Statusgruppen ein hohes Alter erreichen, welche eine besonders hohe Widerstandsfähigkeit und gute Gesundheit haben, könnte damit die Ungleichheit im Alter abnehmen.

Ein solcher Einfluss biologischer Faktoren wird als Begrenzung der Heterogenität im hohen Alter diskutiert. Einige (vorwiegend US-amerikanische und britische) Studien, die sich dem Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit widmen, kommen zu dem Ergebnis, dass sich die Unterschiede zwischen den Statusgruppen im höheren Alter verringern (z.B. Herd, 2006). Befunde zur geistigen Leistungsfähigkeit weisen ebenfalls darauf hin, dass es im hohen Alter zu einer De-Differenzierung zu kommen scheint, dass also verschiedene Komponenten die gleiche Entwicklung aufweisen (Abnahme der Leistungsfähigkeit) und dass dies für verschiedene Personen gleichermaßen gilt, unabhängig von ihrer Bildung (Reischies & Lindenberger, 1996).

Diese und weitere Forschungsergebnisse legen nahe, dass es sinnvoll ist, mindestens zwischen einem dritten und einem vierten Alter bzw. den jungen und den alten Alten zu unterscheiden, wobei die Altersgrenze nicht klar definiert ist und ungefähr bei 80 Jahren liegt. Die Gruppe der jungen Alten ist durch besondere Heterogenität gekennzeichnet und die Befunde zur mittleren Ausprägung in verschiedenen Funktionsbereichen sind eher positiv, wohingegen ein Großteil der alten Alten durch Funktionseinbußen in verschiedenen Bereichen gekennzeichnet ist (Baltes & Smith, 2003). Neuere Studien verweisen darauf, dass der gleichförmige Abfall in verschiedenen Funktionsbereichen, beispielsweise auch im subjektiven Wohlbefinden, weniger mit dem chronologischen Alter direkt, als vielmehr mit dem nahenden Tod assoziiert ist (Gerstorff u.a., 2008).

Welche Rolle spielt das individuelle Verhalten für differenzielles Altern?

Biologische Faktoren, Kontexteinflüsse sowie individuelle Motive und Fähigkeiten bestimmen das Handeln einer Person, welches wiederum zu Unterschieden zwischen Personen beiträgt. Dies wird im Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK; Baltes & Baltes, 1990) verdeutlicht. Das SOK-Modell beruht auf der Annahme, dass erfolgreiche Entwicklung auf dem Zusammenspiel der Prozesse Selektion, Optimierung und Kompensation beruht. Selektion bedeutet, eine Auswahl aus potenziellen Entwicklungsmöglichkeiten zu treffen und begrenzte Ressourcen durch Spezialisierung auf bestimmte Bereiche zu konzentrieren. Viele aufeinanderfolgende Selektionsentscheidungen verstärken über die Lebensspanne die Differenzierung. Unter Optimierung ist der Erwerb, die Verfeinerung und der Einsatz von Ressourcen zum Erreichen eines angestrebten Ziels zu verstehen. Ein Beispiel ist die Übung von Fertigkeiten, um ein bestimmtes Leistungsniveau zu erreichen. Kompensation stellt eine Reaktion auf einen Ressourcenverlust dar und dient der Aufrechterhaltung des Funktionsniveaus durch Aktivierung und Erwerb von Hilfsmitteln. So wird das Nachlassen der Sehschärfe durch eine Brille kompensiert, um weiterhin die Zeitung lesen zu können (Freund, 2007).

Eine Studie von Gignac und Kollegen (Gignac u.a., 2002) zeigte, dass Selektion, Optimierung und Kompensation im Umgang älterer Menschen mit krankheitsbedingten Einschränkungen durch Arthrose stattfindet, und belegte die Variabilität dieses Verhaltens bei Behinderungen. In einer anderen Studie wurde deutlich, dass der Einsatz von Selektion, Optimierung und Kompensation auch zu Unterschieden im subjektiven Wohlbefinden im Alter beiträgt. Eine stärkere Nutzung der drei Strategien ging mit höheren Wohlbefinden einher (Freund & Baltes, 1998).

Was bedeutet die Vielgestaltigkeit des Alterns für die Praxis?

Empirische Belege für die Bedeutung von Optimierung im Alter liefern auch Interventionsstudien. Im Bereich der geistigen Leistungsfähigkeit zeigte sich, dass durch Training beeindruckende Effekte zu erzielen sind. Bei Gruppen junger Alter trat nach dem Training oftmals eine Leistungsverbesserung ein, die einen über mehrere Jahre hinweg beobachteten Leistungsabfall ausglich. Grenzen solcher Interventionen zeigen sich allerdings an den Obergrenzen der Leistungsfähigkeit und im sehr hohen Alter (Kruse, 2007). Körperliche Aktivität hat nachweislich über die gesamte Lebensspanne hinweg einen positiven Einfluss auf die geistige Leistungsfähigkeit und die körperliche Gesundheit. Da das Ausmaß selbst initiiert körperlicher Aktivität bei den meisten älteren Menschen jedoch niedrig ist, wird deutlich, dass Interventionen in diesem Bereich verstärkt notwendig sind. Natürlich ist es von Vorteil, Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung bereits in früheren Lebensphasen zu beginnen. Andererseits sind sie auch noch hoch effektiv, wenn sie erst im Alter einsetzen. Ein in den USA durchgeführtes Programm zur Gesundheitsförderung bei 55+ Jährigen ermittelte positive Auswirkungen sowohl auf gesundheitsbezogene Einstellungen als auch auf gesundheitsförderliches Verhalten. Bestandteile des Programms waren Präsentationen durch Gesundheitsexperten, Bewegungseinheiten und Anleitungen zum Umgang mit Stress (Brice u.a., 1996).

Eine Studie von Margaret Baltes und Kollegen setzte an der Beobachtung an, dass Interaktionen zwischen alten Menschen und ihren Sozialpartnern häufig durch folgendes Muster gekennzeichnet sind: unselbständiges Verhalten der älteren Menschen hat soziale Kontakte zur Folge, wohingegen selbständiges Verhalten ignoriert oder bestraft wird. Dem liegen bestimmte Erwartungen über alte Menschen zugrunde, die deren Heterogenität nicht berücksichtigen. In Pflegeheimen werden diese Erwartungen durch den tagtäglichen Umgang mit gebrechlichen

älteren Menschen bestärkt. Problematisch ist, dass durch diese Interaktionsmuster unselbständiges Verhalten bei älteren Menschen gefördert wird. Aufbauend auf diesen Beobachtungen wurde eine Intervention mit Pflegekräften durchgeführt, um die Verhaltensmuster zu verändern. Es konnte eine positive Auswirkung des Trainings auf das Verhalten der Pflegekräfte, der Bewohner sowie die Interaktionsmuster gezeigt werden. Selbständiges Verhalten wurde mehr unterstützt und von den älteren Menschen auch mehr gezeigt (Zank & Baltes, 1998). Dass ein selbständigeres (und damit potentiell zufriedeneres) Altern auch in Pflegeheimen möglich ist, belegt zugleich einen sehr praxisrelevanten Aspekt differenziellen Alterns: die Möglichkeit für Prävention und Modifizierbarkeit. Neuere Bücher zur Altenpflege greifen dies verstärkt auf. So schreiben Bunzendahl und Hagen (2004) „Ein differenziertes Bild vom Alter mit seinen interpersonellen und intrapersonalen Variabilitäten kann helfen, in der Netzwerkarbeit den Blick auf Ressourcen des alten Menschen und ihre Angehörigen zu richten ...“ (S. 17).

Nicht nur im Bereich der Pflege ist die Berücksichtigung differenziellen Alterns wichtig. Auch in Werbung und Medien gibt es nach Aussage von Prof. Caja Thimm, Mitglied der Sachverständigenkommission des sechsten Altenberichts, noch eingeschränkte Altersbilder. Während in der Tagespresse ein defizitorientiertes Altersbild überwiegt, zeigt sich in der Werbung mittlerweile eine positive Überzeichnung der aktiven Altersphase (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2007). Nun muss sich eine bestimmte Werbung natürlich nicht an alle Älteren richten. Aus der zu beobachtenden Heterogenität im Alter lässt sich hier eher ableiten, dass man sich genau überlegen muss, wer angesprochen werden soll, dass es „die Älteren“ bzw. „die Senioren“ als Zielgruppe so nicht gibt.

Die Vielfalt des Alterns und die Bedeutung arbeitsbezogener Einflüsse auf seine Ausgestaltung sollte auch in Unternehmen stärker Beachtung finden. Dies ist umso

mehr von Bedeutung, als der über Jahrzehnte anhaltende Trend des Rückgangs der Erwerbsbeteiligung älterer Erwerbspersonen mittlerweile gebrochen ist. Die Frühverrentung hatte dabei zwar vor allem wirtschaftliche Gründe, trug aber dennoch dazu bei, ein Defizitmodell des Alters mit einem generalisierten Abfall der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zu stützen. In Zukunft werden nicht nur wieder mehr Personen bis zu einem Alter von 65 Jahren, sondern aufgrund der Anhebung des Rentenalters bis zu einem Alter von bis zu 67 Jahren arbeiten. Deshalb muss stärker berücksichtigt werden, wie als altersbedingt angesehene Leistungsminderungen vermieden oder reduziert werden können. Arbeitsgestaltung ist hier ebenso wichtig wie eine stärkere Beteiligung älterer Arbeitnehmer an Weiterbildung. Zudem muss hervorgehoben werden, dass es neben den großen interindividuellen Unterschieden auch Fähigkeiten gibt, die im Allgemeinen mit steigendem Alter zunehmen, beispielsweise kommunikative Kompetenzen (Maintz, 2003; Struck, 2007).

Nicht zuletzt ist auch die Politik gefordert, der Vielfalt des Alter(n)s Rechnung zu tragen. So ist die letztthin propagierte Kampagne „Aktiv im Alter“ sicher ein wichtiger Schritt, um das einseitige Defizitmodell des Alterns um ein vor allem den heutigen jungen Alten besser gerecht werdendes Bild produktiven Alterns zu ergänzen (siehe dazu auch den fünften Altenbericht zu „Potenzialen des Alters“; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006). Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass es vor allem auch die Gruppe der Hochaltrigen und somit der zu einem größeren Teil Hilfe- und Pflegebedürftigen ist, die weiterhin wachsen wird. Deren Schutz muss genauso zentral sein wie die Ermöglichung der Beteiligung älterer Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft. Zudem muss die negative Seite differenziellen Alterns beachtet werden, die der sozialen Ungleichheit auch oder gerade im Alter. So zeigt sich in deutschen und europaweiten Studien beispielsweise, dass der sozioökonomische Status auch in der zweiten

Lebenshälfte noch einen Einfluss auf die Gesundheit hat (z. B. Avendano u.a., 2005; Knesebeck u.a., 2003). Auch andere Ungleichheitsdimensionen, vor allem das Geschlecht, müssen hier stärker berücksichtigt werden (Backes, 2005). Dass die Vielfalt des Alter(n)s ein wichtiges gesellschaftspolitisches Thema ist, zeigt sich auch daran, dass es eines der Ziele des gegenwärtig in Arbeit befindlichen sechsten Altenberichts ist, ein differenziertes Altersbild zu propagieren.

Das Thema „differenzielles Altern“ ist – wie gezeigt wurde – keineswegs neu, aber es erfährt zunehmend Beachtung innerhalb der Wissenschaft und in verschiedenen Praxisfeldern. Es ist wichtig, sich die Heterogenität des Alter(n)s immer wieder vor Augen zu führen, vor allem auch, um das sich daraus ergebende Potential für Prävention und Modifizierbarkeit noch stärker zu berücksichtigen.

Kontakt:

Ina.Schoellgen@dza.de,
Oliver.Huxold@dza.de

Literaturangaben:

- Avendano, M., Aro, A. R., & Mackenbach, J. (2005). Socioeconomic disparities in physical health in 10 European countries. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges & et al. (Eds.), *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe* (pp. 89–94). Mannheim: Strauss.
- Backes, G. M. (2005). Alter(n) und Gesellschaft. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 49–50, 31–38.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). 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 behavioural sciences* (pp. 1–34). New York: 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.
- Brice, G. C., Gorey, K. M., Hall, R. M., & Angelino, S. (1996). The STAYWELL program – Maximizing elders' capacity for independent living through health promotion and disease prevention activities. *Research on Aging*, 18, 202–218.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Aufgefunden am 11. März 2009 unter www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf
- Bundesregierung, Presse- und Informationsamt (2007). Rente, Pflege, liebe Oma: Wie wirken Altersbilder in den Medien? Aufgefunden am 11. März 2009 unter www.erfahrung-ist-zukunft.de/nn_104292/Webs/EiZ/Content/DE/Artikel/Wissenswertes/20071220-interview-carla-thimm.html
- Bunzendahl, I., & Hagen, B. P. (2004). *Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege: Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Dannefer, D. (1987). Aging as intracohort differentiation: Accentuation, the Matthew effect, and the life course. *Sociological Forum*, 2, 211–236.
- Dannefer, D. (1988). Differential gerontology and the stratified life course: Conceptual and methodological issues. In G. L. Maddox & M. P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics*, Vol. 8: Varieties of aging (pp. 3–36). New York: Springer Publishing Co.
- Freund, A. M. (2007). Selektion, Optimierung und Kompensation im Kontext persönlicher Ziele: Das SOK-Modell. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Eds.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne – Ein Lehrbuch* (pp. 367–388). Stuttgart: Kohlhammer.

- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlates with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531–543.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2005). Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen von Entwicklung und Entwicklungsoptimierung. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie*. Vol. C, V, 6. Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters (pp. 35–78). Göttingen: Hogrefe.
- Gerstorff, D., Ram, N., Estabrook, R., Schupp, J., Wagner, G. G., & Lindenberger, U. (2008). Life satisfaction shows terminal decline in old age: Longitudinal evidence from the German Socio-Economic Panel Study. *Developmental Psychology*, 22, 1148–1159.
- Gignac, M. A. M., Cott, C., & Badley, E. M. (2002). Adaptation to disability: Applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychology and Aging*, 17, 520–524.
- Herd, P. (2006). Do functional health inequalities decrease in old age? Educational status and functional decline among the 1931–1941 birth cohort. *Research on Aging*, 28, 375–392.
- Knesebeck, O.v.d., Lüschen, G., Cockerham, W. C., & Siegrist, J. (2003). Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 57, 1643–1652.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel, A., & Szydlik, M. (2000). Soziale Ungleichheit. In M. Kohli & H. Künemund (Eds.), *Die zweite Lebenshälfte: gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (pp. 318–336). Opladen: Leske u. Budrich.
- Kruse, A. (2007). Präventions- und Trainingsansätze im höheren Alter. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Eds.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne – Ein Lehrbuch* (pp. 624–655). Stuttgart: Kohlhammer.
- Maintz, G. (2003). Abschied vom Defizitmodell – Überlegungen aus arbeitsmedizinischer Sicht: Arbeit bis 67? Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2, 6–8.
- Morse, C. K. (1993). Does variability increase with age? An archival study of cognitive measures. *Psychology and Aging*, 8, 156–164.
- Nelson, E. A., & Dannefer, D. (1992). Aged heterogeneity: Fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. *The Gerontologist*, 32, 17–23.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 415, 187–198.
- Reischies, F., & Lindenberger, U. (1996). Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie* (pp. 351–377). Berlin: Akademie Verlag.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433–440.
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*, 12, 458–472.
- Struck, O. (2007). Demografische Entwicklung als Herausforderung: Ein Essay zu Entwicklung und Bewältigungsstrategien. In A. Amann (Ed.), *Das erzwungene Paradies? – Fragen an eine kritische Gerontologie* (pp. 275–295). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thomae, H. (1987). Alternsformen – Wege zu ihrer methodischen und begrifflichen Erfassung. In H. Thomae & U. Lehr (Eds.), *Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie* (pp. 173–195). Stuttgart: Enke.
- Whitbourne, S. K. (2001). Differential aging. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 3654–3658). Amsterdam: Elsevier Science Ltd.
- Zank, S., & Baltes, M. M. (1998). Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In A. Kruse (Ed.), *Psychosoziale Gerontologie Band 2: Intervention* (pp. 60–72). Göttingen: Hogrefe.

Die Reform des Sozialhilferechts zum 01. Januar 2005 im Sozialgesetzbuch XII [5] brachte insbesondere für ältere Menschen bedeutsame Veränderungen, sofern diese ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen finanziellen Mitteln bestreiten können. Das neue Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung z.B. ermöglicht den Betroffenen, ihre Sozialhilfeansprüche nunmehr ohne Unterhaltsverpflichtungen der Kinder geltend zu machen. Das Gesetz trat bereits im Jahr 2003 in Kraft und ist seit dem Jahr 2005 als 4. Kapitel in das SGB XII Sozialhilfe eingeordnet. 2,4 % der Bevölkerung ab 65. Lebensjahr bezogen diese Leistung zum Jahresende 2007. Die Sozialhilfequote dieser Bevölkerungsgruppe lag vor Einführung der Grundsicherung im Jahr 2002 bei 1,4 %. Der Anstieg mag neben einer gewachsenen Bedürftigkeit auch in einer intensiveren Inanspruchnahme begründet sein.

Aus dem Kanon der reformierten sozialen Mindestsicherungssysteme sollen hier zwei Formen staatlicher Transferleistungen näher betrachtet werden, die für bedürftige ältere Menschen besonders wichtig sind:

A. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII (Grundsicherungsgesetz GSiG)

B. „Hilfe zur Pflege“ als besondere Leistung der Sozialhilfe nach dem 7. Kapitel SGB XII

Die Analysen basieren auf den jeweils aktuellsten Daten, wie sie beim Statistischen Bundesamt derzeit zugänglich sind. Das sind in der Regel Daten für 2006 und 2007 [1,6,7].

zu (A) Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe nach SGB XII (Grundsicherungsgesetz GSiG)

Das GSiG trat zum 01. Januar 2003 in Kraft und wird im Jahr 2005 als 4. Kapitel in das SGB XII eingeordnet. Als eigenständiges Sozialleistungsgesetz soll es den Lebensunterhalt für Personen ab dem 65. Lebensjahr sowie für dauerhaft voll erwerbs-

geminderte Personen ab 18 Jahren sicherstellen. Im Gegensatz zur Sozialhilfe erfolgt kein Rückgriff auf das Einkommen unterhaltsverpflichteter Angehöriger. Mit der Zahlung einer Grundsicherung sollen bedürftige ältere Menschen aus der Sozialhilfe herausgeholt und verdeckte Altersarmut eingegrenzt werden. Dieses Ziel scheint erreicht, denn im Vergleich zum Jahr 2002 sanken die Sozialhilfequoten für Personen ab dem 65. Lebensjahr von 1,4 % auf 0,5 % im Jahr 2007.

Die existenzsichernde finanzielle Hilfe der Grundsicherung im Alter nehmen seit seiner Einführung immer mehr Personen in Anspruch: Während im Jahr 2003 nur 1,7 % der Bevölkerung ab dem 65. Lebensjahr gezahlt wurden, sind es Ende 2007 bereits 2,4 % (392 Tsd. Personen). Weitere Eckdaten weist Abbildung 1 aus.

Die höhere Betroffenheit von Frauen erklärt sich aus ihrem niedrigeren Renteneinkommen. Bei den ostdeutschen Frauen ist sie jedoch mit 1,3 % nur halb so groß wie die der westdeutschen Frauen (2,8 %). Im Vergleich dazu lag die Empfänger-

quoten der Männer im Osten bei 0,8 % und im Westen bei 1,9 % [6]. Die längere und höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen in der DDR verursacht diese regionalen und geschlechtsspezifischen Ausprägungen. Darüber hinaus prägen ein niedriger Ausländeranteil und ein vergleichsweise niedrigeres Mietenniveau im Osten die regionalen Besonderheiten. Von allen Grundsicherungsempfänger/innen ab 65 Jahren befanden sich zum Jahresende 2007 etwa 16 % in stationären Einrichtungen wie z.B. in Alten- und Pflegeheimen.

Der monatliche Zahlbetrag bestimmt sich aus gesetzlichen Regelsätzen und Mehrbedarfzuschlägen (beides zusammen macht den Bruttobedarf aus) unter Abzug des anrechenbaren Einkommens der Betroffenen (weitere Informationen siehe [1, 6, 7]). Der Bruttobedarf lag für die Bevölkerung ab 65 Jahren im Jahr 2007 durchschnittlich bei 607 Euro. Davon wurde ein durchschnittlich anzurechnendes Einkommen von 274 Euro abgezogen, so dass sich ein durchschnittlicher Nettobedarf von 433 Euro für die Sicherung des grundlegenden Lebensunterhaltes ergab. Bei

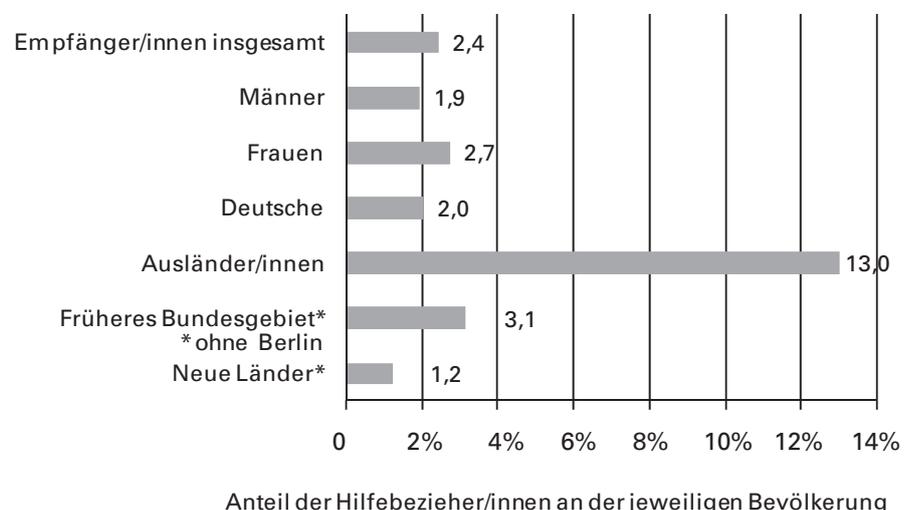


Abbildung 1: Empfängerquoten der Bevölkerung ab 65 Jahren für Leistungen der Grundsicherung im Alter (GSiG), Deutschland am Jahresende 2007

Daten: [1]

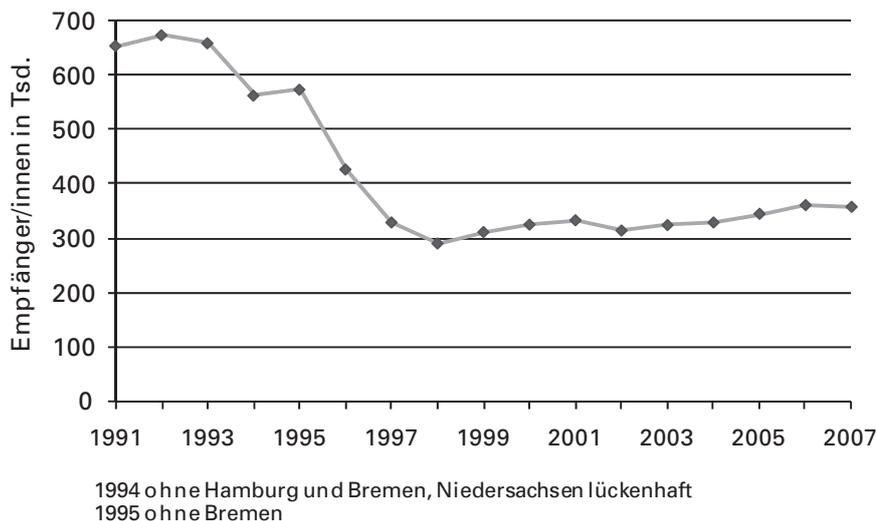


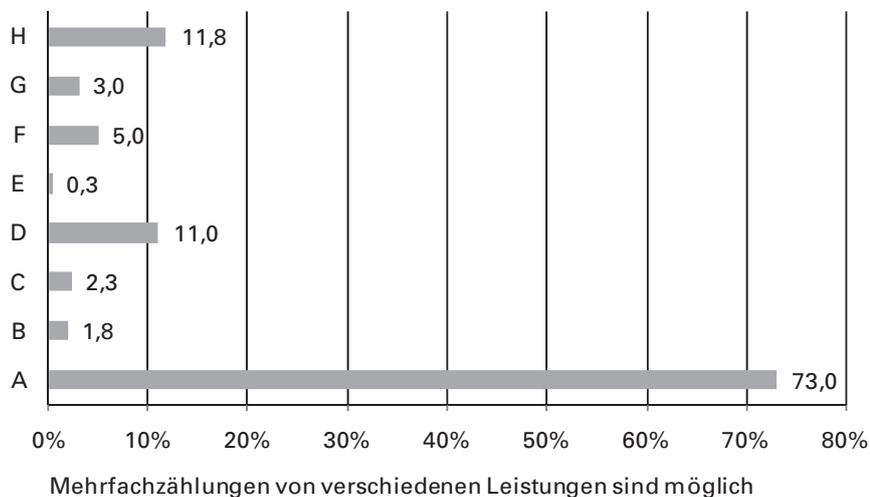
Abbildung 2: Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege“ nach dem BSHG bzw. SGB XII Kap. 7, Deutschland im Laufe der Jahre 1991 bis 2007
Daten: [1, 7: Ausgaben ab 1991]

drei Viertel der Leistungsempfänger/innen wurde die Grundsicherung ergänzend zu vorhandenen Einkünften ausgezahlt, welche zu etwa 85 % durch die Altersrente bezogen wurden.

Die Ausgaben der Sozialhilfeträger für die „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ betragen im Jahr 2007 netto 3,5 Milliarden Euro. Das sind 18 % aller Sozialhilfeausgaben und damit der zweitstärkste Ausgabensektor nach der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ mit 56 % [1].

zu (B) „Hilfe zur Pflege“ als besondere Leistung der Sozialhilfe nach dem 7. Kapitel SGB XII

Bis zum Jahr 2004 ist diese Leistung als eine „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ bekannt. Sie wird Personen zugestanden, die in Folge von Krankheit oder Behinderung bei der täglichen Lebensbewältigung auf fremde Hilfe angewiesen sind und erforderliche Pflegeleistungen nicht selbst finanzieren können und dafür keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Bis zum Inkrafttreten des Pflegeversiche-



- H Pflegegeld
- G angemessene Aufwendungen der Pflegeperson
- F angemessene Beihilfen
- E Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson für angemessene Alterssicherung
- D Kostenübernahme für Heranziehung einer besonderen Pflegekraft
- C Hilfsmittel
- B teilstationäre und Kurzzeitpflege
- A stationäre Pflege

Abbildung 3: Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege“ nach dem 7. Kapitel des SGB XII nach Hilfearten, Deutschland im Laufe des Jahres 2007
Daten: [1]

rungsgesetzes [4] im April 1995 für häusliche Pflege und im Juli 1996 für stationäre Pflege war die „Hilfe zur Pflege“ das wichtigste Instrument zur sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit [2, 3]. Mit der Gewährung sozialrechtlich verankerter Pflegeleistungen ist es gelungen, einen großen Teil pflegebedürftiger Personen aus der Sozialhilfeabhängigkeit herauszuholen, insbesondere Betroffene, die zu Hause gepflegt werden. Insgesamt ist die Zahl der Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege“ von 1995 bis zum Jahr 2004 um 42 % gesunken (außerhalb von Einrichtungen um 63 %, innerhalb von Einrichtungen um 27 %). (vgl. Abbildung 2) Der seit dem Jahr 1999 sichtbare Anstieg der Leistungsempfänger/innen von „Hilfe zur Pflege“ steht im Kontext mit der Alterung der Bevölkerung, die eine Zunahme potenziell Bedürftiger mit sich bringt [1, 7: Ausgaben ab 1991].

Die „Hilfe zur Pflege“ umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Inhalt der Leistungen bestimmt sich nach Regelungen der Pflegeversicherung [5: §§ 61–66]. So können z.B. Aufwendungen

der Pflegeperson oder Leistungen für die Heranziehung besonderer Pflegekräfte, angemessene Beihilfen, sowie Kosten für eine stationäre Pflege übernommen werden. Einen Überblick zum Umfang der einzelnen Hilfearten liefert Abbildung 3.

Im Laufe des Jahres 2007 erhielten rund 357 Tsd. Personen eine „Hilfe zur Pflege“ nach dem Kapitel Sieben. Das ist etwa ein Drittel aller Empfänger/innen von Sozialhilfe für besondere Leistungen nach den Kapiteln 5 bis 9 SGB XII. Neben der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ (Kap. 6) ist es die mit Abstand wichtigste Hilfeart der Kapitel 5 bis 9 SGB XII. Das spiegelt sich auch in den Ausgabenstrukturen der Sozialhilfe. Die Sozialhilfeträger gaben im Jahr 2007 netto 2,7 Milliarden Euro für die „Hilfe zur Pflege“ aus. Das sind 14 % aller Sozialhilfeausgaben (drittstärkster Ausgabesektor) und 18 % der Ausgaben für die besonderen Leistungen nach den Kapiteln 5 bis 9 SGB XII [1].

Mit einem Anteil von 68 % überwogen die Frauen unter den Leistungsbeziehern. Nahezu 80 % waren 65 Jahre und älter,

etwa 17 % waren zwischen 40 und 64 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt betrug für die Männer 66 Jahre, für die Frauen 79 Jahre. Der Anteil deutscher Hilfeempfänger/innen lag bei 94 %. Zu gut drei Viertel (73 %) wurde die „Hilfe zur Pflege“ an Personen gezahlt, die stationär gepflegt wurden. (vgl. Abbildung 4) Demnach besteht der höchste finanzielle Hilfebedarf bei Personen, die ohne eine Einstufung in eine Pflegestufe – und damit ohne Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung – vorübergehend oder dauerhaft in einer stationären Einrichtung betreut werden. Abbildung 3 belegt, dass der größte Teil der „Hilfe zur Pflege“ tatsächlich für stationäre Pflege geleistet wird. Mit mehr als 70 % betrifft das vor allem die Frauen, die mit durchschnittlich 82 Jahren auch deutlich älter sind als die Männer (69 Jahre). Nur knapp 2 % der Hilfen fließen in die teilstationäre und in die Kurzzeitpflege [1].

Literatur:

1. Haustein, Th., Dorn, M. et al. (2009). Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2007. In: Wirtschaft und Statistik 1/2009: 68–83. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Hrsg.).
2. Hoffmann, E.; Nachtmann, J. (2007). Alter und Pflege. GeroStat Report Altersdaten 03/2007. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). www.dza.de
3. Paslack, K. A. (2005). 10 Jahre Pflegeversicherung und ambulante pflegerische Versorgung: Entwicklungen und Perspektiven. Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg.
4. Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung. (Vol. BGBl. I S. 1014ff.) Zuletzt geändert durch Art. 1 u. 2 G v. 28.5.2008. www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_xi.htm (Stand: 09.03.2009)
5. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) Sozialhilfe. Zuletzt geändert durch Art. 7 G v. 28.5.2008. www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_xii.htm (Stand: 09.03.2009)
6. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008) (Hrsg.). Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
7. Statistisches Bundesamt (2008) (Hrsg.). Fachserie 13: Sozialleistungen. Reihe 2: Sozialhilfe 2006.

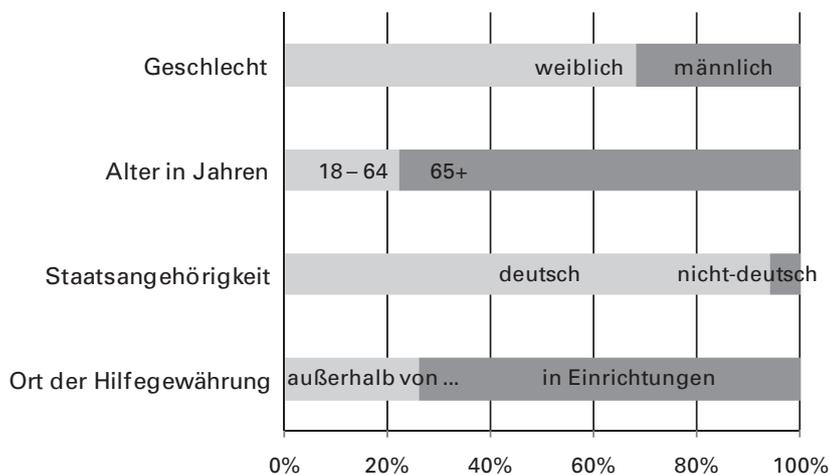


Abbildung 4: Empfänger/innen von „Hilfe zur Pflege“ nach SGB XII Kap. 7, Deutschland im Laufe des Jahres 2007
Daten: [1]

Die Zeitschriftenbibliografie wurde von den Bibliotheksmitarbeiter/innen des Deutschen Zentrums für Altersfragen erstellt. Aus Platzgründen können nicht alle neuen Artikel in dieser aktuellen Ausgabe nachgewiesen werden. Bitte nutzen Sie daher zusätzlich unseren kostenfreien Online-Katalog GeroLit, der beim Gemeinsamen Bibliotheksverbund (www.gbv.de) angesiedelt ist, um sich über die zusätzlichen Neuerscheinungen – auch im Buchbereich – zu informieren.

DZA-Bibliothek

Die Präsenzbibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen ist an folgenden Tagen geöffnet:

Dienstag 10.00–19.00 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 einen Termin außerhalb der Öffnungszeiten unter der Telefonnummer (030) 26 07 40-80 vereinbaren.

Allgemeines

- Salam, A. A., & Abdulla Alshekter, A. (2008). Population and health in Eastern Mediterranean. *Bold*, 19(1), 9–21.
- Schüz, B., Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2008). Health and health psychology in later life. Research at the German Centre of Gerontology (Deutsches Zentrum für Altersfragen, DZA). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16(3), 161–163.

Psychologische Gerontologie

- Bayen, U., & Hacker, W. (2008). Was geschieht mit dem Gedächtnis, wenn wir älter werden? *Älterwerden*, 2008, 72–74.
- Bucks, R. S., Garner, M., & Tarrant, L. (2008). Interpretation of emotionally ambiguous faces in older adults. *The journals of gerontology*, 63(6), 337–343.
- Calvo, E., Haverstick, K., & Sass, S. A. (2009). Gradual retirement, sense of control, and retirees' happiness. *Research on aging*, 31(1), 112–135.
- Casado, B. L., Quijano, L. M., & Stanley, M. A. (2008). Healthy IDEAS: implementation of a depression program through community-based case management. *The gerontologist*, 48(6), 828–838.
- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2008). Die Rolle motivationalen Ressourcen im 6. Lebensjahrzehnt und ihre Förderung in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 418–425.

- Goldsworthy, B., & Knowles, S. (2008). Caregiving for Parkinson's disease patients: an exploration of a stress-appraisal model for quality of life and burden. *The journals of gerontology*, 63(6), 372–376.
- Imai, T., Telger, K., & Wolter, D. (2008). Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 41(6), 486–496.
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *The journals of gerontology*, 63(6), 377–385.
- Lehr, U. (2008). Lebenserfahrung, Kompetenz und Wissen. *Älterwerden*, 2008, 28–31.
- Lövdén, M., Schaefer, S., Pohlmeier, A. E., & Lindenberger, U. (2008). Walking variability and working-memory load in aging: a dual-process account relating cognitive control to motor control performance. *The Journals of gerontology*, 63(3), 121–128.
- Love Collins, A., Goldman, N., & Rodriguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? *The journals of gerontology*, 63(6), 321–327.
- Luptak, M., Kaas, M. J., & Artz, M. (2008). Project ADAPT: a program to assess depression and provide proactive treatment in rural areas. *The gerontologist*, 48(4), 542–548.
- Mathieu, S. I. (2008). Happiness and humor group promotes life satisfaction for senior center participants. *Activities, adaptation & aging*, 32(2), 134–148.
- McFadden, S. H. (2008). The „persistent problems“ in the psychology of religion and aging: a view of the past and a look to the future. *Journal of religion, spirituality & aging*, 20(1/2), 77–94.
- Mehta, K. K., & Cheang Ching Ee, J. (2008). Effects of good life program on Singaporean older adults' psychological well-being. *Activities, adaptation & aging*, 32(3/4), 214–239.
- Moorman, S. M., & Carr, D. (2008). Spouses' effectiveness as end-of-life health care surrogates: accuracy, uncertainty, and errors of overtreatment or undertreatment. *The gerontologist*, 48(6), 811–819.
- Puccini, D. (2008). Erfahrungsbericht über die psychotherapeutische Behandlung einer 61-jährigen Frau. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 491–502.
- Richartz-Salzbürger, E. (2008). Behandlung „Alter Junger“: Besonderheiten der Übertragung. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 515–522.
- Schaefer, J.-E., & Eschweiler, G. W. (2008). Der Einfluss körperlicher Aktivität auf depressive Syndrome bei Menschen über 59 Jahren. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 427–435.
- Schenk, H. (2008). Älterwerden: Wenn das „eigentliche“ Leben beginnt. *Älterwerden*, 2008, 22–27.
- Schmid, M. (2008). Falldarstellung einer ambulanten Psychotherapie (VT) nach mehrfach gescheiterten Therapien. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 503–514.

- Sörensen, S., Duberstein, P. R., & Chapman, B. (2008). How are personality traits related to preparation for future care needs in older adults? *The journals of gerontology*, 63(6), 328–336.
- Sosnoff, J. J., & Newell, K. M. (2008). Age-related loss of adaptability to fast time scales in motor variability. *The journals of gerontology*, 63(6), 344–352.
- Strub, D. (2008). Was hätte Paracelsus (1493–1541) zur Alterspsychiatrie im ehemaligen Kloster St. Pirmirnsberg wohl gesagt? – Die Alterspsychiatrie der Psychiatriedienste St. Gallen Süd (Ostschweiz). *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 523–531.
- Unterholzer, C. (2008). Für eine Psychotherapie ist es nie zu spät. *Älterwerden*, 2008, 77–79.
- Ustorf, A.-E. (2008). Sich das Leben aufs Neue aneignen. *Älterwerden*, 2008, 32–35.

Soziologie/Soziologische Gerontologie

- Arber, S., Vandrevale, T., & Daly, T. (2008). Understanding gender differences in older people's attitudes towards life-prolonging medical technologies. *Journal of aging studies*, 22(4), 366–375.
- Attias-Donfut, C., & Wolf, F.-C. (2008). Générations transfrontalières. *Retraite et société*, 2008(55), 99–131.
- Bernard, M. (2008). Critical reflections and personal experiences: key components of intergenerational research, policy, and practice. *Journal of intergenerational relationships*, 6(4), 389–393.
- Bolzmann, C., Hirsch, E., & Anderfuhren, S. (2008). Le regroupement familial des ascendants. Le traitement national d'une problématique transnationale: l'exemple de la Suisse. *Retraite et société*, 2008(55), 39–69.
- Bourg, É. I. (2008). Du mauvais usage de mauvais chiffres dans le débat sur le vieillissement de la population. *Retraite et société*, 2008(55), 133–155.
- Carls, C. (2008). Eine Gesellschaft ohne Einsamkeit? *Pro Alter*, 40(4), 33–39.
- Chihowski, K., & Hughes, S. (2008). Clinical issues in responding to alleged elder sexual abuse. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(4), 377–400.
- Clark, G. L., Scruby, S., & Scruby, K. (2008). Generation to generation. *Journal of intergenerational relationships*, 6(4), 479–494.
- Cox, C. (2008). Empowerment as an intervention with grandparent caregivers. *Journal of intergenerational relationships*, 6(4), 465–477.
- Eisentraut, R. (2008). Intergenerational Programs in one German city: the specific views of middle-aged participants. *Journal of intergenerational relationships*, 6(4), 449–462.
- Ernst, H. (2008). Generativität: die Aufgabe der zweiten Lebenshälfte. *Älterwerden*, 2008, 12–16.

- Fingerman, K. L., Pitzer, L., & Lefkowitz, E. S. (2008). Ambivalent relationship qualities between adults and their parents: implications for the well-being of both parties. *The journals of gerontology*, 63(6), 362–371.
- Fitzpatrick, T. R., & McCabe, J. (2008). Future challenges for senior center programming to serve younger and more baby boomers. *Activities, adaptation & aging*, 32(3/4), 198–213.
- Fruhauf, C. A., & Orel, N. A. (2008). Developmental issues of grandchildren who provide care to grandparents. *The international journal of aging & human development*, 67(3), 209–230.
- Glaser, K., Tomassini, C., & Stuchbury, R. (2008). Differences over time in the relationship between partnership disruptions and support in early old age in Britain. *The journals of gerontology*, 63(6), 359–368.
- Gray, A. (2009). The social capital of older people. *Ageing and society*, 29(1), 5–31.
- Guelley, E., & Lalive d'Epinay, C. J. (2008). Social status and mortality with activity of daily living disability in later life. *The journals of gerontology*, 63(3), 192–196.
- Gunnarsson, E. (2009). „I think I have had a good life“. The everyday lives of older women and men from a lifecourse perspective. *Ageing and society*, 29(1), 33–48.
- Gwebu, T. D. (2008). Intergenerational bargaining and wealth flow in the era of HIV/AIDS: emerging trends in old Naledi-Gaborone, Botswana. *Journal of intergenerational relationships*, 6(4), 413–431.
- Hansen, H.-T., Jürgens, O., Strand, A. H. H., & Voges, W. (2006). Poverty among households with children. A comparative study of Norway and Germany. *International journal of social welfare*, 15(4), 269–279.
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., & Waite, L. J. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *The journals of gerontology*, 63(6), 375–384.
- Heyman, J. C., & Guthiel, I. A. (2008). „They touch our hearts“: the experiences of shared site intergenerational program participants. *Journal of intergenerational relationships*, 6(4), 397–412.
- Höpflinger, F. (2008). Generationenwandel des dritten Lebensalters – sozio-kulturelle Verjüngung in einer demografisch alternden Gesellschaft. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 401–412.
- Jarrott, S. e., Smith, C. L., & Weintraub, A. P. C. (2008). Development of a standardized tool for intergenerational programming: the intergenerational observation scale. *Journal of intergenerational relationships*, 6(4), 433–447.
- Kocka, J., & Brauer, K. (2008). Langlebig, nicht alt. Die Gesellschaft braucht engagierte Ältere – beide profitieren. *WZB-Mitteilungen*, 2008(122), 6–9.
- Köller, R. (2008). Der Sozialstaat auf dem Prüfstand – Ein neues Bild vom Alter – ein Rückblick auf den Versuch der rot-grünen Koalition zur Reform der Altenpolitik. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 59(5), 324–330.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2008). Verwirklichung von Teilhabe-Potenzialen im mittleren und höheren Erwachsenenalter. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 471–489.
- Kümpers, S., & Dieterich, A. (2008). Alt, arm, krank, ausgeschlossen. Anforderungen an Gesundheitspolitik und Public-Health-Forschung. *WZB-Mitteilungen*, 2008(122), 14–16.
- Litwin, H., & Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel. *Ageing and society*, 29(1), 71–91.
- Manthorpe, J., Iliffe, S., & Moriarty, J. (2009). „We are not blaming anyone, but if we don't know about amenities, we cannot seek them out“: black and minority older people's views on the quality of local health and personal social services in England. *Ageing and society*, 29(1), 93–113.
- Merkel, W. (2008). Lebenschancen. Soziale Gerechtigkeit im 21. Jahrhundert. *WZB-Mitteilungen*, 2008(120), 6–10.
- Pezzin, L. E., Pollak, R. A., & Steinberg Schone, B. (2008). Parental marital disruption, family type, and transfers to disabled elderly parents. *The journals of gerontology*, 63(6), 349–358.
- Pillemer, K., & Suito, J. J. (2008). Collective ambivalence: considering new approaches to the complexity of intergenerational relations. *The journals of gerontology*, 63(6), 394–396.
- Pronovost, G. (2008). Le rôle des grands-parents dans la transmission des passions culturelles. *Retraite et société*, 2008(55), 164–171.
- Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P. B., & Mendiondo, M. S. (2008). Sexual predators who target elders: findings from the first national study of sexual abuse in care facilities. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(4), 353–376.
- Richter, U. (2008). Eine Frauengeneration bleibt sich treu. *Älterwerden*, 2008, 38–43.
- Rosenbrock, R. (2008). Ärmer stirbt früher. Soziale Ungleichheiten wirken sich negativ auf die Lebenserwartung aus. *WZB-Mitteilungen*, 2008(120), 16–19.
- Santamäki Fischer, R., Norberg, A., & Lundman, B. (2008). Embracing opposites: meanings of growing old as narrated by people aged 85. *The international journal of aging & human development*, 67(3), 259–271.
- Schäfer, A. (2008). Großeltern – alles andere als ein Auslaufmodell. *Älterwerden*, 2008, 66–71.
- Schrauf, R. W., & Sanchez, J. (2008). Using freelist to identify, assess, and characterize age differences in shared cultural domains. *The journals of gerontology*, 63(6), 385–393.
- Schwitzer, K.-P. (2008). Arm an Nachwuchs und reich an Alter. Demografische Entwicklungstendenzen in den neuen Bundesländern. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 31(2), 288–301.
- Szanton, S. L., Allen, J. K., & Thorpe, R. J. (2008). Effect of financial strain on mortality in community-dwelling older women. *The journals of gerontology*, 63(6), 369–374.
- Torres, S. (2008). L'ère des migrations. Définition et importance pour la gérontologie sociale en Europe. *Retraite et société*, 2008(55), 15–37.
- Tulle, E. (2008). Acting your age? Sports science and the ageing body. *Journal of aging studies*, 22(4), 340–347.
- Vierthaler, K. (2008). Best practice for working with rape crisis centers to address elder sexual abuse. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(4), 306–322.
- Vincent, J. A. (2008). The cultural construction of old age as a biological phenomenon: science and anti-ageing technologies. *Journal of aging studies*, 22(4), 331–339.
- Vincent, J. A., Tulle, E., & Bond, J. (2008). The anti-ageing enterprise: science, knowledge, expertise, rhetoric and values. *Journal of aging studies*, 22(4), 291–294.
- Ward, R. A., Deane, G., & Spitz, G. (2008). Ambivalence about ambivalence: reply to Pillemer and Suito. *The journals of gerontology*, 63(6), 397–398.
- White, D. L., Walker, A. J., & Richards, L. N. (2008). Intergenerational family support following infant death. *The international journal of aging & human development*, 67(3), 187–208.
- Wobert Burgess, A., Ramsey-Klawnsnik, H., & Gregorian, S. B. (2008). Comparing routes of reporting in elder sexual abuse cases. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(4), 336–352.

Geriatric / Gesundheitliche Versorgung

- Ackerman, M. L., Edwards, J. D., & Ross, L. A. (2008). Examination of cognitive and instrumental functional performance as indicators for driving cessation risk across 3 years. *The gerontologist*, 48(6), 802–810.
- Barbareschi, G., Sanderman, R., & Kempen, G. I. J. M. (2008). The mediating role of perceived control on the relationship between socioeconomic status and functional changes in older patients with coronary heart disease. *The journals of gerontology*, 63(6), 353–361.
- Batson, C., & Barker, S. (2008). Feasibility of group delivery of the Alexander Technique on balance in the community-dwelling elderly: preliminary findings. *Activities, adaptation & aging*, 32(2), 103–119.
- Fishman, J. R., Binstock, R. H., & Lambrix, M. A. (2008). Anti-ageing science: the emergence, maintenance, and enhancement of a discipline. *Journal of aging studies*, 22(4), 295–303.
- Gamaldo, A. A., Weatherbee, S. R., & Allaire, J. C. (2008). Exploring the within-person coupling of blood pressure and cognition in elders. *The journals of gerontology*, 63(6), 386–389.
- Gogol, M. (2008). Das Delir im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 41(6), 431–439.
- Jansen, D. A. (2008). Mentally restorative activities and daily functioning among community-dwelling elders. *Activities, adaptation & aging*, 32(3/4), 181–197.
- McEniry, M., Palloni, A., & Dávila, A. L. (2008). Early life exposure to poor nutrition and infectious diseases and its effects on the health of older Puerto Rican adults. *The journals of gerontology*, 63(6), 337–348.
- Mykityn, C. E. (2008). Medicalizing the optimal: anti-ageing medicine and the quandary of intervention. *Journal of aging studies*, 22(4), 313–321.
- Pope, H., Lane, M., & Tolma, E. L. (2008). A descriptive study for a strength and balance program for frail older adults in an assisted-living facility. *Activities, adaptation & aging*, 32(3/4), 240–262.
- Schüz, B., Sniehotta, F. F., Mallach, N., Wiedemann, A. U., & Schwarzer, R. (2009). Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change. *Health education research*, 24(1), 64–75.
- Seeley, J., Wolff, B., & Kabunga, E. (2009). „This is where we buried our sons“: people of advanced old age coping with the impact of the AIDS epidemic in a resource-poor setting in rural Uganda. *Ageing and society*, 29(1), 115–134.
- Setersten, R. A., Flatt, M. A., & Ponsaran, R. (2008). From the lab to the front line: how individual biogerontologists navigate their contested field. *Journal of aging studies*, 22(4), 304–312.
- Sprindler, M. (2008). Surrogate religion, spiritual materialism or protestant ethic? Three accounts of the function of religiosity in anti-ageing. *Journal of aging studies*, 22(4), 322–330.
- Sträßner, H. R. (2008). Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal im Spannungsverhältnis von wirtschaftlicher Notwendigkeit und rechtlicher Zulässigkeit. *Pflegerecht*, 12(11), 518–531.

Gerontopsychologie

- Adler, G. (2008). Burnout-Syndrom und Psychohygiene an der Arbeitsstelle in der Gerontopsychiatrie. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 453–461.

- Angerhausen, S. (2008). Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 41(6), 460–466.
- Borosch, R. (2008). Die Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 74–80.
- Clare, L., Rowlands, J., & Bruce, E. (2008). The experience of living with dementia in residential care: an interpretative phenomenological analysis. *The gerontologist*, 48(6), 711–720.
- Diekmann, A. (2008). Demenzkranke und Betreuungsrecht. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 38–50.
- Dittrich, C. (2008). Übergänge gestalten: Konzeptionelle Anforderungen an eine partizipative stationäre Angehörigenarbeit bei Demenz. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 59(5), 335–342.
- Ennen, J. C., Mueller, B. W., & Bibl, M. (2008). Einfluss von multimodaler sportlicher Aktivität auf Kognition und alltagskompetenzen bei früher Alzheimer-Demenz (SPORT&KOG). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 163–169.
- Fahlbusch, J. (2008). „Pflegestufe Demenz“: Die Regelungen für Demenzkranke im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 25–37.
- Fischer, T., Kuhlmei, A., & Sibbel, R. (2008). Die deutsche Fassung der „Serial Trial Intervention“ (STI-D). Entwicklung und Testung eines pflegerischen Ansatzes zur Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 199–203.
- Fischer, T., & Wolf-Ostermann, K. (2008). Die Berliner Studie zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsergebnissen von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (DeWeGE). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 179–183.
- Granzin, U., & Weber, J. (2008). Das Forum Demenz Wiesbaden: ein Beispiel kommunaler Vernetzung von Altenarbeit und Gesundheitswesen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 82–89.
- Gronemeyer, R., & Rothe, V. (2008). Teilhabe statt Ausgrenzung: die demenzfreundliche Kommune. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 90–95.
- Haberstroh, J., Ehret, S., & Kruse, A. (2008). Qualifizierungsmaßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität demenzkranker Menschen über eine Förderung der Kommunikation und Kooperation in der ambulanten Altenpflege (Quadem). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 191–197.
- Haley, W. E., Bergman, E. J., & Roth, D. L. (2008). Long-term effects of bereavement and caregiver intervention on dementia caregiver depressive symptoms. *The gerontologist*, 48(6), 732–740.
- Hasselbeck, W. (2008). Demenz: Faktoren ihrer Entstehung, Diagnose, Therapie. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 16–25.
- Kähler, G. (2008). Das Modell „Pflegeose“ – ein Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 59(2), 116–121.
- Katz, S., & Peters, K. R. (2008). Enhancing the mind? Memory medicine, dementia, and the aging brain. *Journal of aging studies*, 22(4), 348–355.
- Kirchen-Peters, S. (2008). Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst – Pioniere warten auf Nachahmer. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 41(6), 467–474.
- Kranich, M. (2008). Vertrauen schaffen. *Altenpflege*, 33(12), 35–36.
- Kruse, A. (2008). Der Umgang mit demenzkranken Menschen als ethische Aufgabe. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 4–14.
- Kurz, A., Cramer, B., & Egert, S. (2008). Neuropsychologisch fundierte kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium. Die KORDIAL-Studie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 157–161.
- Laske, C., & Wormstall, H. (2008). Präventive Optionen für kognitive Störungen. *Psychotherapie im Alter*, 5(4), 437–452.
- Moreira, T., & Bond, J. (2008). Does the prevention of brain ageing constitute anti-ageing medicine? Outline of a new space of representation for Alzheimer's disease. *Journal of aging studies*, 22(4), 356–365.
- Niemann-Mirmehdi, M., Soellner, R., & Kalus, P. (2008). Psychosoziale „Tandemgruppen“. Evaluation sozialtherapeutischer Tandemgruppen zur Frühförderung der Krankheits- und Alltagsbewältigung demenziell erkrankter Patienten und ihrer Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 171–177.
- Pawletko, K.-W. (2008). Neue Wohnformen für Menschen mit Demenz. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 96–103.
- Rapp, M. A., Decker, A., & Klein, U. (2008). Verhaltenssymptome bei Demenz in Pflegeeinrichtungen. Evaluation eines Tandemprojektes pflegerischer und ärztlicher Leitlinien (VIDEANT). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 205–214.
- Rapp, M. A., & Gutzmann, H. (2008). Leuchttürme der Versorgungsforschung im Bereich Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 153–155.
- Reuster, T., Jurjanz, L., & Schützwohl, M. (2008). Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting (ERGODEM). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(3), 185–189.
- Rice, M. S., Fertig, P. A., & Maitra, K. (2008). Reduced feedback: motor learning strategy in persons with Alzheimer's disease. *Physical & [and] occupational therapy in geriatrics*, 27(2), 122–138.
- Rudolph, J. (2008). Das Leuchtturmprojekt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 60–72.
- Schneider, G., & Voß, B. (2008). Demenzerkrankungen in der Altenpflegeausbildung. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 52–59.
- Steinfurt, J., & Matip, E.-M. (2008). Angehörige von Demenzkranken begleiten – Erfahrungen aus dem Projekt „Pflegebegleiter“. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 39(4), 104–111.
- Stern, R. A. (2008). At the crossroads: development and evaluation of a dementia caregiver group intervention to assist in driving cessation. *Gerontology & [and] geriatrics education*, 29(4), 363–382.
- Stoffers, T. (2008). Die Seele bewegen. *Gerontopsychiatrie. Altenpflege*, 33(12), 44–46.
- Strunk-Richter, G., & Krämer, A. (2008). Vom Schicksal der Sitzordnung. *Pro Alter*, 40(4), 26–29.
- Tout, K. (2008). Pathways through non-affluent dementia. *Bold*, 19(1), 2–8.
- Whall, A. L., Colling, K. B., & Kolanowski, A. (2008). Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *The gerontologist*, 48(6), 721–731.
- Zieschang, T., Dutzi, I., & Müller, E. (2008). A special care unit for acutely ill patients with dementia and challenging behaviour as a model of geriatric care. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 41(6), 453–459.

Sozialpolitik / Soziale Sicherung

- Baumgarten, E., Lindow, B., & Klosterhuis, H. (2008). Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. *RV aktuell*, 55(11), 335–342.
- Berner, F. (2008). Steuerungsprobleme im regulierenden Wohlfahrtsstaat. Die Vermarktlichung und Individualisierung der betrieblichen Altersversorgung. *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(4), 391–417.
- Bude, H. (2008). Die Arbeitslosigkeitsforschung und der Begriff der sozialen Exklusion. *Mittelweg* 36, 17(2), 8–10.
- Buntenbach, A. (2008). Die Finanzsituation in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 63(6), 495–500.
- Dyk, S. v. (2008). Best practice under construction: ein discursive turn in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung? *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(4), 363–389.
- Erbstößer, S., Verhorst, H., & Lindow, B. (2008). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung – ein Überblick. *RV aktuell*, 55(11), 343–350.
- Frommert, D., & Loose, B. L. (2008). Einbeziehung von (ungesicherten) Selbständigen in die gesetzliche Rentenversicherung. *Soziale Sicherheit*, 57(12), 410–413.
- Genzke, J. (2008). Aktuelle Finanzlage in der allgemeinen Rentenversicherung und mittelfristige Modellrechnungen. *RV aktuell*, 55(12), 377–384.
- Haak, C. (2008). Für fünf Euro die Stunde. Viele Künstler verdienen wenig – im Alter droht ihnen materielle Armut. *WZB-Mitteilungen*, 2008(122), 30–32.
- Hauser, R. (2008). Gegenwärtige und zukünftige Altersarmut. was jetzt gegen zunehmende Armut bei Älteren getan werden kann. *Soziale Sicherheit*, 57(11), 386–390.
- Himmelreicher, R. K., & Stuchlik, A. (2008). Entwicklung und Verteilung von Entgeltpunkten in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 63(6), 532–547.
- Kaminski, R. (2008). Drittes Standbein. Betriebliche Altersvorsorge. *Altenpflege*, 33(12), 52–53.
- Köhler-Rama, T. (2008). Die Rentenreformdiskussion in den USA. *Deutsche Rentenversicherung*, 63(6), 527–531.
- Kohlrausch, B., & Mätzke, M. (2008). Der Sozialstaat auf dem Prüfstand – Eigenverantwortung und Solidarität im sozialpolitischen Richtungswechsel der Sozialdemokratie. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 59(2), 84–92.
- Rehfeld, U. G. (2008). Zu Stand und Fortentwicklung des statistischen Berichtswesens der gesetzlichen Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 63(6), 507–526.
- Riehle, E. (2008). Der menschenrechtliche Gehalt des Existenzminimums in Art. 11 des Internationalen Paktes über soziale, wirtschaftliche und kulturelle Rechte. *ZFSH, SGB*, 47(11), 643–648.
- Rische, H. (2008). Verbesserung der Vorsorgekompetenz der Bevölkerung – aktuelle Initiativen der Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 63(6), 501–506.
- Santen, E. v., & Seckinger, M. (2008). Von der Schwierigkeit, Hilfe zu bekommen. *Zeitschrift für Sozialreform*, 54(4), 343–362.

- Spindler, H. (2008). Arbeiten für die Grundsicherung. Schleichende Einführung von Workfare in Deutschland. *Soziale Sicherheit*, 57(11), 365–372.
- Thomsen, E., & Vennebusch, T. (2008). Fünf Jahre Minijob-Zentrale – Bedeutung der Minijobs für die Rentenversicherung deutlich gewachsen. *RV aktuell*, 55(12), 370–376.
- Vanlierde, S. (2008). La coordination franco-tunisienne en matière d'assurance vieillesse. *Retraite et société*, 2008(55), 172–178.
- Vogel, B. (2008). Biographische Brüche, soziale Ungleichheiten und politische Gestaltung. Bestände und Perspektiven soziologischer Arbeitslosigkeitforschung. *Mittelweg* 36, 17(2), 11–20.
- Windhövel, K., Funke, C., & Möller, J.-C. (2008). Ausbau der GRV zu einer Erwerbstätigenversicherung. Auswirkungen auf den Beitragssatz, die Gesamtwirtschaft und die Einkommensverteilung im Alter. *Soziale Sicherheit*, 57(12), 405–410.
- Gesundheitswesen / Kranken- / Pflegeversicherung**
- Althammer, J. (2008). Rationierung im Gesundheitswesen aus ökonomischer Perspektive. *Sozialer Fortschritt*, 57(12), 289–294.
- Moldenhauer, M. (2008). Die Chancen der Tagespflege in der pflegerischen Versorgung nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. *Pro Alter*, 40(4), 7–9.
- Richter, R., & Hoffmann, A. (2008). Vom Ausschreibungsgebot zur Kann-Bestimmung. Gesundheitsreform: erneut gesetzliche Änderungen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln. *Häusliche Pflege*, 17(12), 43–45.
- Wagner, W. (2009). Der Gesundheitsfonds kommt. was sich für die Versicherten, Kassen und Leistungserbringer ändert. *Dr. med. Mabuse*, 34(177), 22–24.
- Altenhilfe / Altenpolitik / Freie Wohlfahrtspflege**
- Hartlapp, M. (2008). Alt werden mit Europa. Die EU hat mehr Einfluss auf Politik zum Thema Alter als oft vermutet. *WZB-Mitteilungen*, 2008(122), 17–20.
- Lamura, G., Melchiorre, M. G., & Principi, A. (2008). Les travailleurs immigrés dans le secteur de l'aide aux personnes âgées: l'exemple de L'Italie. *Retraite et société*, 2008(55), 71–97.
- Naegele, G. (2008). Politische und soziale Partizipation im Alter – 13 Thesen zu einer „dialogfähigen Reformdebatte“. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 59(2), 93–100.
- Sozialarbeit / Altenarbeit / Ehrenamt**
- Albrecht, P.-G., & Blanckenburg, C. v. (2008). Freiwilliges Engagement junger Senioren in Abwanderungsregionen Ostdeutschlands – ein Praxisbericht. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 59(5), 358–362.
- Kerschner, H., & Rousseau, M.-H. (2008). Volunteer drivers: their contributions to older adults and to themselves. *Gerontology & [and] geriatrics education*, 29(4), 383–397.
- Pflege / Pflegebedürftigkeit / Rehabilitation**
- Gutachten zu der Validität der MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten. (2008). *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 59(2), 144–152.
- Mehr als nur durst und Hunger stillen. (2008). *Heim + Pflege*, 39(12), 347–350.
- Pflegemarkt in Bewegung – aber wohin?. Bpa präsentiert erste Studie zu Bestimmungsfaktoren: Demografie, Marktstruktur, Gesetzgebung, Angebot und Nachfrage. (2009). *Heim + Pflege*, 40(1), 6–7.
- Black, K., & Fauske, J. (2008). Measuring case managers' advance care planning practice: translating focus group findings to survey development. *Care management journals*, 9(4), 166–176.
- Cancela, J. M., Varela, S., & Ayán, C. (2008). Effects of high intensity training on elderly women: a pilot study. *Physical & [and] occupational therapy in geriatrics*, 27(2), 160–169.
- Carlson, M. C., Saczynski, J. S., & Rebok, G. W. (2008). Exploring the effects of an „everyday“ activity program on executive function and memory in older adults: experience corps. *The gerontologist*, 48(6), 793–801.
- Daniels, R., Rossum, E. v., & de Witte, L. (2008). Frailty in older age: concepts and relevance for occupational and physical therapy. *Physical & [and] occupational therapy in geriatrics*, 27(2), 71–95.
- Femming, D., Giehoff, C., & Hübner, U. (2008). Entwicklung eines Standards für den elektronischen Pflegebericht auf der Basis der HL7 CDA Release 2. *Pflegewissenschaft*, 10(12), 676–682.
- Giehoff, C., Hübner, U., & Stausberg, J. (2009). Ein systematischer Wissenstransfer in der Pflege über ein Wissensmanagementsystem. *Pflegewissenschaft*, 11(11), 41–48.
- Gurk, S. (2008). Freier Fall. Sturzrisiko. *Altenpflege*, 33(12), 50–51.
- Haupt, C., Löschmann, C., & Lamprecht, F. (2008). Depressive Störungen im Alter – Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis. *Pflegewissenschaft*, 10(12), 645–650.
- Hokema, A., & Schmidt, S. (2009). Die Einführung von Pflegestützpunkten in den Bundesländern – ein Überblick. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(1), 12–15.
- Jacob, L., & Blechman Poletick, E. (2008). Systematic review: predictors of successful transition to community-based care for adults with chronic care needs. *Care management journals*, 9(4), 154–165.
- Jonas, I. (2009). Wohlfühlfaktor Katze. *Altenpflege*, 34(1), 24–26.
- Kesselheim, H. (2009). Mehr Teilhabe für Pflegebedürftige. *Gesundheit und Gesellschaft*, 12(1), 18–19.
- Kondratowicz, H.-J. v., Kühnemund, C., & Hoffmann, E. (2009). Fachkampagne „Berufsfeld: Moderne Altenpflege“: Konzepte, Diskussionen, Strategien. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(1), 2–6.
- Mosebach, H., & Berger, S. (2008). Übersetzungsprozess von Pflegefachsprachen. Die Neuübersetzung der NANDA-I-Pflegediagnosen 2007/2008 ins Deutsche. *Pflegewissenschaft*, 10(12), 683–687.
- Neueder, M. (2008). Qualitätssicherung in der Pflege. Bericht über die Tagung am 12. und 13.6.2008 im Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht in München. *ZFSH, SGB*, 47(12), 719–721.
- Pieper, C., & Schwermer, L. (2009). Patientenüberleitung in Essen – Schnittstellenmanagement zum Nutzen der Beschäftigten und Patienten. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(1), 7–11.
- Raabe, H. (2008). Terra incognita – die Nachtpflege. Nach den Sternen gegriffen, aber im Dunkeln untergegangen. *Pro Alter*, 40(4), 19–22.
- Schmitt, A. (2008). Studien, Projekte und Implementierungen von Pflegediagnosen im deutschsprachigen Raum. *Pflegewissenschaft*, 10(12), 662–675.
- Schneider, B. (2008). Pflegerische Begriffe im deutschen Sozialrecht – Grundlagen, Ausgestaltungen und Folgen für die Eingliederungshilfe. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 59(6), 436–442.
- Schott, N. (2008). Deutsche Adaptation der „Activities-Specific Balance Confidence (ABC) Scale“ zur Erfassung der sturzassoziierten Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 41(6), 475–485.
- Schulte, B. (2008). Pflege in Europa – Teil 1. Die soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. *ZFSH, SGB*, 47(12), 707–718.
- Stauda, B. (2008). Für den Fall eines Falles. Heime müssen Sturzprävention durchführen. *Heim + Pflege*, 39(12), 355–358.
- Stauda, B. (2008). Leben wie im Garten Eden – ist das möglich? *Heim + Pflege*, 39(12), 363–368.
- Stegmüller, K. (2009). Schnittstellenfunktion erwünscht. Neue Wege für die Pflege im Rahmen der Integrierten Versorgung. *Dr. med. Mabuse*, 34(177), 36–38.
- Steiner, H. (2008). Druck nehmen, Bewohner entlasten. *Heim + Pflege*, 39(12), 359–362.
- Steiner, H. (2008). Pflegebetten zur Sturzprävention. *Heim + Pflege*, 39(12), 351–354.
- Strupeit, S. (2008). Implementierung eines Pflegeklassifikationssystems zur vollständigen Umsetzung des Pflegeprozesses. *Pflegewissenschaft*, 10(12), 651–661.
- Swoboda, B. (2008). An Wert gewinnen. *Altenpflege*, 33(12), 42–43.
- Vermeulen, D. (2009). Türöffner Schwein. *Altenpflege*, 34(1), 27–29.
- Wohlgemuth, C. (2009). Glücksmoment Hase. *Altenpflege*, 34(1), 30–32.
- Wulff, I., Napp, B., & Roes, M. (2009). Mit responsiver Evaluation Theorie-Praxis-Transfer gestalten: Erfahrungen aus einem Case Management Projekt. *Pflegewissenschaft*, 11(11), 35–40.
- Familiale Altenpflege**
- Bottiggi Dassel, K., & Schmitt, F. A. (2008). The impact of caregiver executive skills on reports of patient functioning. *The gerontologist*, 48(6), 781–792.
- Eboiyehi, F. A. (2008). Aged women caregivers of grandchildren orphaned by HIV/AIDS in Southern Nigeria. *Bold*, 19(1), 22–31.
- Fruhauf, C. A., & Orel, N. A. (2008). Developmental issues of grandchildren who provide care to grandparents. *The international journal of aging & human development*, 67(3), 209–230.
- Huynh-Hohnbaum, A.-L. T. (2008). Evaluating a multicomponent caregiver intervention. *Home health care services quarterly*, 27(4), 299–325.
- Keck, W., & Saraceno, C. (2008). Pflege und arbeit! Familiäre Pflegeleistungen sind nur schwer mit dem Beruf vereinbar. *WZB-Mitteilungen*, 2008(122), 10–13.
- Lamura, G., Mnich, E., & Nolan, M. (2008). Family carers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EURO-FAMCARE study. *The gerontologist*, 48(6), 752–771.
- Pruchno, R. A., Brill, J. E., & Shands, Y. (2008). Convenience samples and caregiving research: how generalizable are the findings. *The gerontologist*, 48(6), 820–827.
- Rozario, P. A., & DeRienzi, D. (2008). Familism beliefs and psychological distress among African American women caregivers. *The gerontologist*, 48(6), 772–780.
- Soziale Dienste / Ambulante Dienste / Pflegedienste**
- Bierther, I. (2008). Von der Fachkraft zur Hilfskraft. Arbeitsrecht: Reaktionsmöglichkeiten bei Verstößen gegen ordnungsgemäßes Dokumentieren. *Häusliche Pflege*, 17(12), 31–32.

- El-Nawab, S. (2009). Neu und maßgeschneidert. Die Top-Internetadresse für das Pflegedienst-Management: www.haesusliche-pflege.vincenz.net. Häusliche Pflege, 18(1), 25–27.
- Heiber, A. (2009). Die Chancen der Reformen. Gesundheits- und Pflegereform: die für die Pflegedienste relevanten Änderungen im Überblick. Häusliche Pflege, 18(1), 18–24.
- Hoffmann, A. (2008). Richten ist nicht Verabreichen: Urteil: Keine Vergütung für eigenmächtig erbrachte Medikamentengabe. Häusliche Pflege, 17(12), 29–30.
- Hofmann, J. (2009). Lernen von den Besten. Modernes Benchmarking: der Nutzen elektronisch unterstützter Unternehmensvergleiche. Häusliche Pflege, 18(1), 32–33.
- Reibnitz, C. v. (2008). Profi-Netzwerke sind gefragt. Palliativversorgung: Gesetzliche Neuregelungen und die Chancen für Pflegedienste. Häusliche Pflege, 17(12), 35–38.
- Standare, T. (2008). So gelingt die Kurskorrektur. Projekt „Sanierung des Pflegedienstes“: Kaufmännisches Handeln muss Routine werden. Häusliche Pflege, 17(12), 20–25.
- Zoto-Gebel, I., & Reibnitz, C. v. (2008). Ernährung unterstützen. Künstliche Ernährung: Verordnungsfähigkeit von Produkten neu geregelt. Häusliche Pflege, 17(12), 39–40.
- Heimunterbringung/Heime**
- Arend, S. (2009). Erinnerungen Raum geben. Heim + Pflege, 40(1), 24–25.
- Bredhauer, D. (2008). Gut organisieren – weniger fixieren. Studie ReduFix. Altenheim, 47(12), 38–40.
- Buchinger, S. M. (2009). Pro und contra einer Zertifizierung. Heim + Pflege, 40(1), 16–19.
- Caprio, T. V., Katz, P. R., & Karuza, J. (2008). Commentary: the physician's role in nursing home quality of care: focus on restraints. Journal of aging & social policy, 20(3), 295–304.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2008). Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. The gerontologist, 48(4), 464–476.
- Dürmann, P. (2008). Neue Erkenntnisse und neue Gesetze nutzen. Die Pflegeoase aus Trägerperspektive. Altenheim, 47(12), 42–45.
- Dütschke, P. (2009). Auf die engagierten Mitarbeiter kommt es an. Marseille Kliniken AG. Altenheim, 48(1), 18–19.
- Ilte, D. (2008). Die Nachfolgeregelungen der Länder zum Heimgesetz – ein vorweggenommener Nachruf. Pro Alter, 40(4), 40–45.
- Klie, T. (2009). Im Fokus: Teilhabe und Wohnen. Heimgesetz NRW. Altenheim, 48(1), 36–38.
- Klie, T. (2009). Wenn Schutzbedürftigkeit gegeben ist, gilt das Heimgesetz – auch wenn formal Betreutes Wohnen vorliegt. Das Urteil. Altenheim, 48(1), 29–30.
- Lüdeke, C. (2008). Wärme geben. Altenpflege, 33(12), 32–33.
- Macke, K. (2008). Nähe spüren. Altenpflege, 33(12), 26–30.
- Müller, T., & Volz-Neidlinger, M. (2009). Gute Mitarbeiter finden, fördern, binden!. Stiftung St. Franziskus Heiligenbronn. Altenheim, 48(1), 14–17.
- Olschewski, U. (2009). Ernährung und Flüssigkeitsversorgung von Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen aus der Sicht von Angehörigen und Betreuern. Eine Follow-Up-Studie. Pflegewissenschaft, 11(11), 13–18.
- Orth, A. (2009). Führungskräfte im Rollenspiel testen. Domicil Unternehmensgruppe. Altenheim, 48(1), 20–22.
- Roßbruch, R. (2008). Zu den Anforderungen an das Vorliegen eines Heims im Sinne des § 1 Abs. 1 Satz 2 HeimG. Pflegerecht, 12(11), 563–566.
- Samland, J. (2009). Einspruch möglich? Heim + Pflege, 40(1), 8–9.
- Samland, J. (2009). Nun doch möglich: Ein Heimleiter für mehrere Heime. Heim + Pflege, 40(1), 10–11.
- Schmotz, T. (2008). Personal für Erfolg im Ausland entscheidend. Polen als neues Geschäftsfeld. Altenheim, 47(12), 18–21.
- Schwarz, H.-G. (2008). Die neuen Landesheimgesetze schließen teilstationäre Angebote aus. Pro Alter, 40(4), 15–16.
- Sheehan, N. W., & Guzzardo, M. T. (2008). Personalization of helping relationships: resident service coordinators' work with elderly residents. Home health care services quarterly, 27(4), 259–279.
- Tavridis, N. (2009). Pflegeimmobilien verlieren ihren Renditevorteil. Altenheim, 48(1), 33–35.
- Warnke, J. (2009). Vorbeugen ist besser. Fehlervermeidung. Altenheim, 48(1), 45–47.
- Zapp, W., & Otten, S. (2008). Qualität: ein Plus für Image und Budget. Qualitätskostenrechnung. Altenheim, 47(12), 34–36.
- Zimmermann, A. (2008). Erfolgreich auf Europakurs. Auslandsengagement des Johanneswerks. Altenheim, 47(12), 14–17.
- Zimmermann, A. (2008). Frühstück in Deutschland – Mittag in den Niederlanden. Deutsch-niederländisches Europaprojekt. Altenheim, 47(12), 22–23.
- Sterben/Sterbebegleitung/Tod**
- Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz. (2008). Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 59(1), 63–68.
- Sloane, P. D., Zimmerman, S., & Williams, C. S. (2008). Dying with dementia in long-term care. The gerontologist, 48(6), 741–751.
- Wohnen/Wohnumfeld**
- Freund, B., & Petrakos, D. (2008). Continued driving and time to transition to nondriver status through error-specific driving restrictions. Gerontology & [and] geriatrics education, 29(4), 326–335.
- Johansson, K., Josephsson, S., & Lilja, M. (2009). Creating possibilities for action in the presence of environmental barriers in the process of „ageing in place“. Ageing and society, 29(1), 49–70.
- Jonas, I. (2008). „Die Pflegereform hat uns einen Boom beschert“. Pro Alter, 40(4), 11–14.
- Klingbeil, D. (2009). „Man braucht anfangs einen langen Atem“. Auch Migranten mit passgenauen ambulanten Wohn- und Betreuungsangeboten erreichen. Häusliche Pflege, 18(1), 34–37.
- Peters, G. (2008). „Tagespflege wird bald flächendeckend in Deutschland angeboten werden“. Das Pro Alter-Experteninterview. Pro Alter, 40(4), 17–18.
- Silverstein, N. M. (2008). When life exceeds safe driving expectancy: implications for gerontology and geriatrics education. Gerontology & [and] geriatrics education, 29(4), 305–309.
- Soderstrom, C. A. (2008). Applying research to licensing agency screening of seniors for fitness to drive. Gerontology & [and] geriatrics education, 29(4), 310–325.
- Stav, W. B. (2008). Occupational therapy and older drivers: research, education, and practice. Gerontology & [and] geriatrics education, 29(4), 336–350.
- Wright, F., Tinker, A., & Hanson, J. (2009). Some social consequences of remodelling english sheltered housing and care homes to „extra care“. Ageing and society, 29(1), 135–153.
- Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand**
- Adler, G., & Hilber, D. (2009). Industry hiring patterns of older workers. Research on aging, 31(1), 69–88.
- Couch, K. A., Jolly, N. A., & Placzek, D. W. (2009). Earnings losses of older displaced workers. A detailed analysis with administrative data. Research on aging, 31(1), 17–40.
- Frei, R. (2008). Betriebe brauchen Fachpersonen für Alters- und Generationenfragen. Psychotherapie im Alter, 5(4), 463–469.
- Frerichs, F., & Zimmermann, E. (2008). Älter werden in sozialen Berufen – demografiesensible Personalpolitik in Kindertageseinrichtungen. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 59(1), 19–26.
- Hashemi, L., Henry, A. D., & Langer Ellison, M. (2008). The relationship of personal assistance service utilization to other medicaid payments among working-age adults with disabilities. Home health care services quarterly, 27(4), 280–298.
- Johnson, R. W. (2009). Employment opportunities at older ages. Introductin to the special issue. Research on aging, 31(1), 3–16.
- Neumark, D. (2009). The age discrimination in employment act and the challenge of population aging. Research on aging, 31(1), 41–68.
- Zissimopoulos, J. M., & Karoly, L. A. (2009). Labor force dynamics at older ages. Movements into self-employment for workers and nonworkers. Research on aging, 31(1), 89–111.
- Freizeit/Tourismus/Medien**
- Janke, M. C., Payne, L. L., & Puybroeck, M. v. (2008). The role of informal a formal leisure activities in the disablement process. The international journal of aging & human development, 67(3), 231–257.
- Berufliche Aus-/Fort-/Weiterbildung**
- Cordon, D. (2008). Geriatric psychiatry and fellowship programs in the United States. Care management journals, 9(4), 180–185.
- Fogel, J., Vitale, C., & Peterson, M. (2008). Finding common ground: an integrative model of geriatric medicine and geriatric psychiatry fellowship education. Care management journals, 9(4), 192–198.
- Kämmer, K., & Kelleter, H. (2008). Bestmarken setzen. PDL. Altenpflege, 33(12), 38–40.
- Koch, D. (2008). Wissen im Netz. Altenpflege, 33(12), 6–7.
- Nolte, K.-D. (2008). Chance auf Gestaltung. Altenpflege, 33(12), 3–4.
- Pätzold, C., Kasperek, P., & Pachmann, B. (2009). Von besonderer Güte. Altenpflege, 34(1), 2–3.
- Pfohl-Steilen, C. (2008). Besuch als Überprüfung. Altenpflege, 33(12), 10–11.
- Pruchnicki, A., Janeski, J., & Mitchell, E. (2008). Teaching at an assisted living facility. Care management journals, 9(4), 186–191.
- Scanlan, B. C. (2008). Geriatric education today: studies from a university hospital. Care management journals, 9(4), 177–179.
- Recht**
- Absenkung; Änderung; Erwerbsminderung; Grund-sicherung im Alter; Mehrbedarf; Mietkosten, tatsächlicher; Leistungsabsenkung; Regelsatz; Schwerbehinderter, erwerbsgeminderter; Unterkunftskosten. (2008). ZFSH, SGB, 47(11), 681–684.
- Alter; Bedarfsgemeinschaft; Hilfebedürftige; Kosten der Unterkunft; Nutzungsintensität. (2008). ZFSH, SGB, 47(11), 665–668.

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

Demografischer Wandel: Forschung für eine zukunftsfähige Gesellschaft/Red.: Monika Wegener. Hannover: Leibniz Universität Hannover, 2007. 64 S. (Unimagazin Hannover: Zeitschrift der Leibniz Universität Hannover, Mitteilungen des Freundeskreises der Universität Hannover, ISSN 1616-4075; 3/4/2007). [Bezug: www.uni-hannover.de/de/aktuell/presseinformationen/archiv/details/04864/]

Soziokulturelle Konstruktion des Alters: transdisziplinäre Perspektiven/Hrsg. von Dieter Ferring et al.: unter Mitarb. von Charel Schmit. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2008. 330 S.. ISBN 978-382-603-9034: EUR 29.80

Psychologische Gerontologie/Psychologie

Aufbruch ins Alter: ein Lese-, Denk- und Praxisbuch/ Carmen Rivuzumwami, Stefanie Schäfer-Bossert (Hrsg.). Stuttgart: W. Kohlhammer, 2008. 208 S. ISBN 978-317-020-5130: EUR 19.80

Freiheit und Schicksal: vom therapeutischen Umgang mit Zeit- und Lebensgeschichte/mit einem Vorw. von Verena Kast: Christiane Neuen, Ingrid Riedel, Hans-Georg Wiedemann (Hrsg.). Düsseldorf: Patmos, 2008. 194 S. (Schriftenreihe der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e. V.). ISBN 978-349-142-1202: EUR 22.90

Gudjons, Herbert; Birgit Wagener-Gudjons, Marianne Pieper: Auf meinen Spuren: Übungen zur Biografiearbeit. Völlig neu bearb. und aktual. Aufl. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 2008. 296 S.: Ill. ISBN 978-378-151-6007: EUR 19.90

Schneider-Flume, Gunda: Alter – Schicksal oder Gnade?: theologische Überlegungen zum demographischen Wandel und zum Alter(n). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008. 157 S. ISBN 978-352-562-4043: EUR 17.90

Taylor, Richard; aus dem Amerikan. von Elisabeth Brock: Alzheimer und Ich: Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf. Deutschsprachige Ausg./hrsg. von Christian Müller-Hergl; bearb. von Elke Steudter. Bern: H. Huber, 2008. 241 S. (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege). Register. Übers. von: Alzheimer's from the inside out. ISBN 978-345-684-6439: EUR 22.95

Wilkening, Friedrich; Alexandra M. Freund, Mike Martin: Entwicklungspsychologie: Workbook. Weinheim, Basel: Beltz, 2008. 187 S. Register. ISBN 978-362-127-6443: EUR 26.90

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie/Soziologie

Älterwerden neu denken: interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel/Sylvia Buchen, Maja S. Maier (Hrsg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008. 290 S.. ISBN 978-353-115-7726: EUR 42.90

Fröchtling, Andrea: Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren ...: Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt GmbH, 2008. 523 S. (Arbeiten zur Praktischen Theologie; Bd. 38). ISBN 978-337-402-6395: EUR 68.00

Gross, Peter; Karin Fagetti: Glücksfall Alter: alte Menschen sind gefährlich, weil sie keine Angst vor der Zukunft haben. Freiburg i.Br.: Herder, 2008. 191 S.. ISBN 978-3451-299-384: EUR 14.95

Otten, Dieter: Die 50+ Studie: wie die jungen Alten die Gesellschaft revolutionieren. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2008. 276 S.. ISBN 978-349-962-3547: EUR 12.00

Rieger, Hans-Martin: Altern anerkennen und gestalten: ein Beitrag zu einer gerontologischen Ethik. Leipzig: Evang. Verlagsanstalt, 2008. 154 S. (Forum Theologische Literaturzeitung; Bd. 22). ISBN 978-337-402-6517: EUR 18.80

Voges, Wolfgang: Soziologie des höheren Lebensalters: ein Studienbuch zur Gerontologie. Augsburg: Maro, 2008. 330 S. Register. ISBN 978-387-512-3142: EUR 22.00

Sozialpolitik/Soziale Sicherung

Complementary and private pensions throughout the world: 2008. S.I.: ISSA, International Social Security Association; IOPS, International Organisation of Pension Supervisors; OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development, 2008. 539 p.. ISBN 978-926-404-3473: EUR 120.00

Etzemüller, Thomas: Ein ewigwährender Untergang: der apokalyptische Bevölkerungsdiskurs im 20. Jahrhundert. Bielefeld: Transcript, 2007. 215 S.. ISBN 978-389-942-3976: EUR 22.80

Mayert, Andreas: Alterssicherung und Erziehungsentscheidungen. Berlin: Duncker & Humblot, 2008. 353 S. (Sozialpolitische Schriften, ISSN 0584-5998; Heft 89). ISBN 978-342-812-6835: EUR 76.00

Altenhilfe/Altenpolitik/Altenarbeit

Jahrhundertmensch/Fotogr. von Karsten Thormaehlen; mit Texten von Peter Gross und Barbara Hardinghaus; hrsg. von Sebastian Gaiser und Tobias Wall. Frankfurt a.M.: Moonblinx, 2008. 163 S.: Ill. Texte auf Deutsch und Englisch. ISBN 978-300-025-0965: EUR 37.34

Kobi, Sylvie: Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: eine theoretische und empirische Untersuchung. Bern etc.: P. Lang, 2008. 315 S. (Social strategies, ISSN 1424-0467; vol. 43). Zugleich: Diss. phil. Basel. ISBN 978-303-911-6973: EUR 56.60

Schneider, Hans-Dieter; Sandra Thuring, Ursula Ruthemann: Führungsaufgaben im Alten- und Pflegeheim: Management durch Einsicht in Komplexitäten. 7. Aufl. Kröning: Asanger, 2007. 151 S.: Ill.. ISBN 978-389-334-3515: EUR 16.00

Schützendorf, Erich; Wilhelm Dannecker: Vergesslich, störrisch, undankbar?: demente Angehörige liebevoll pflegen.– München: Ernst Reinhardt, 2008. 183 S. (Reinhardts Gerontologische Reihe, ISSN 0939-558X; Band 43). Register. ISBN 978-349-702-0300: EUR 19.90

Sozialarbeit/Selbsthilfe/Freiwillige Hilfe

Ältere und alte Menschen/hrsg. von Kirsten Aner, Ute Karl. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 2008. 286 S. (Lebensalter und Soziale Arbeit; Bd. 6) (Basiswissen Soziale Arbeit). ISBN 978-383-400-4314: EUR 19.80

Lebensverhältnisse Älterer

Döring, Dorothee: Ohne Partner weiterleben: Hilfen für verwitwete Frauen. Stuttgart: Kreuz, 2008. 156 S.. ISBN 978-378-313-1086: EUR 14.95

Peters, Meinolf: Die gewonnenen Jahre: von der Aneignung des Alters. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2008. 167 S.. ISBN 978-352-540-1057: EUR 16.90

Staedt, Jürgen; Yehonala Gudlowski, Marta Hauser: Schlafstörungen im Alter: Rat und Hilfe für Betroffene und Angehörige. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2009. 133 S. (Rat und Hilfe). ISBN 978-317-020-3846: EUR 18.00.

Wohnen/Wohnumfeld

Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen/Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2007. 105 S.: Ill. . ISBN 978-394-005-4012

Integriertes Wohnen: flexibel, barrierefrei, altersgerecht/Christian Schittich (Hrsg.). München: Ed. Detail – Inst. für internationale Architektur-Dokumentation, 2007. 176 S.: Ill.. ISBN 978-376-438-1189: EUR 65.00

Pflegeheime: Lebensräume bis zum Ende/Beate Radzey et al.; Demenz Support Stuttgart (Hrsg. u. Red.). Stuttgart: Demenz Support Stuttgart, 2007. 47 S. (DeSS orientiert, ISSN 1863-6136; Band 2007/1). [www.demenz-support.de/materialien/DeSSorientiert_03_2007.pdf]

Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden: Band 1: eine Potenzialanalyse ausgewählter Wohnprojekte/Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2008. 279 S.: Ill.. ISBN 978-389-204-9470: EUR 34.00

Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand

Brandenburg, Uwe; Jörg-Peter Domschke: Die Zukunft sieht alt aus: Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement. Wiesbaden: Betriebswirtsch. Verlag Dr. Th. Gabler, GVV Fachverlage GmbH, 2007. 226 S. Register.

ISBN 978-383-490-1231: EUR 39.90

Fit für den demographischen Wandel: Unternehmen mit regionalen Netzwerken unterstützen/ von Josef Reindl et al.; Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung, INQA (Hrsg.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2008. 212 S. + 1 CD-ROM ISBN 978-389-204-9357: EUR 32.00

Stamov Rosnagel, Christian: Mythos: „alter“ Mitarbeiter: Lernkompetenz jenseits der 40?! – Weinheim, Basel: Beltz, 2008. 153 S. Register. ISBN 978-362-127-6528: EUR 39.90

Vorbereitung auf das Alter / Weiterbildung / Bildung Älterer

Tracewill, Cornelius: Die Löffel-Liste: eine kleine Philosophie der letzten Dinge im Leben eines Mannes. München: Pendo, 2008. 139 S.: Ill.. ISBN 978-386-612-1935: EUR 14.90

Generationen / Generationenbeziehungen

Amann, Eva: Grosseltern in der Elementarpädagogik: Entwicklungen und Chancen des generationalen Miteinanders in der multilokalen Mehrgenerationenfamilie. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2008. 138 S.. ISBN 978-383-647-0254: EUR 59.00

Großeltern heute – Hilfe oder Hemmnis?: Analysen und Perspektiven für die pädagogisch-psychologische Praxis/Gunther Klosinski (Hrsg.). Tübingen: Narr Francke Attempto, 2008. 187 S.: Ill. ISBN 978-389-308-4043: EUR 29.90

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie / Geriatrie / Altenhilfe

Altenpflege in Lernfeldern: schnell finden – schnell lesen . schnell verstehen. Stuttgart: Thieme, 2008. 1007 S.: Ill. Anderer Titel: Thiemes Altenpflege in Lernfeldern. Register. ISBN 978-313-145-5314: EUR 39.95

Bollmann, Michaela: Der Pflegeprozess in der Altenpflege: individuell und flexibel pflegen mit dem 4-Phasen-Modell. Hannover: Schlütersche, 2008. 116 S. (Pflege Schlütersche). Register. ISBN 978-389-993-2133: EUR 26.90

Gerontologie für die Altenpflegeausbildung: Grundlagen der Gerontologie, Psychologie und Soziologie/Christopher Berghoff et al.; Hrsg.: Norbert Kern. 3. Aufl. Troisdorf: Bildungsv Verlag EINS, 2008. 288 S. + 1 CD. Register. ISBN 978-382-426-6029: EUR 26.95

Häse, Dörte: 100 Fehler bei der direkten Pflege und bei der Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik und was Sie dagegen tun können. Hannover: Schlütersche, 2008. 77 S. (Brigitte Kunz Verlag) (Pflege leicht). Register. ISBN 978-389-993-4595: EUR 9.90

Hoffmann-Gabel, Barbara: Könnte ich mich doch besser abgrenzen: Nähe und Distanz im Pflegealltag. Hannover: Vincentz, 2008. 94 S. (Reihe Powerbooks) (Altenpflege Bibliothek). ISBN 978-386-630-0699: EUR 13.80

Lernfeldorientiertes Praxisbegleitheft für Pflegeausbildungen: Steuerungsinstrument für kompetenzfördernde Lernprozesse: 2. Ausbildungsjahr/Evangelische PflegeAkademie, Hilfe im Alter Gemeinnützige GmbH, der Inneren Mission München (Hrsg.); Red.: Helene Schäfer, Sonja Siuda. Hannover: Schlütersche, 2008. Seitenzahl: Ill. (Brigitte Kunz Verlag). Register. ISBN 978-389-993-4632: EUR 12.90

Pflegepraxis und medizinische Grundlagen/Roswitha Baur-Enders et al.; Hrsg.: Hans-Udo Zenneck. Hamburg: Verlag Handwerk und Technik Dr. Felix Büchner, 2008. 680 S. + 1 CD-ROM. (Altenpflege in Lernfeldern). Register. ISBN 978-358-204-6529: EUR 37.80

Gesundheit / Ernährung / Sport

Alter, Gesundheit und Krankheit/Hrsg.: Adelheid Kuhlmeier, Doris Schaeffer. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG, 2008. 436 S. (Handbuch Gesundheitswissenschaften). Register. ISBN 978-345-684-5739: EUR 49.95

Bauder-Missbach, Heidi: Grundlagen der Bewegungsförderung [DVD-Aufzeichnung]. Asselfingen: Viv-Arte, 2008. 1 DVD: Ton, mehrfarbig. (Kinästhetik Bewegungsschule). Enthält: Pflege und Mobilisation. Bewegungsentwicklung. Grundpositionen. Fortbewegung. Bewegung und Gesundheit. Bewegungsgrundlagen und Steuerungsgrundlagen für alle Lagewechsel im Grundmuster. ISBN 978-389-993-2140: EUR 29.90

Borchert, Lars: Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: eine empirische Längsschnittdatenanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Augsburg: Maro, 2008. 314 S.. ISBN 978-387-512-5160: EUR 28.00

Sockoll, Ina: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention: Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. [S.l.]: [s.n.], 2008. 96 S. (IGA-Report, ISSN 1612-1996; 13). [Download: www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga_report_13.pdf]

Troschke, Jürgen von; unter Mitarb. von Ulrich Stössel: Grundwissen Prävention Gesundheitsförderung. Bern: H. Huber, 2008. 244 S. (Reihe „Querschnittsbereiche“; 10). Rückentitel: Prävention Gesundheitsförderung. ISBN 978-345-684-1854: EUR 19.90

Aktivierung / Pflege / Rehabilitation / Therapie

Behr, Thomas: Fit, wenns um Qualitätsmanagement geht. Hannover: Vincentz Network, 2008. 35 S. (Reihe für Einsteiger) (Altenpflege). ISBN 978-386-630-0682: EUR 7.80

Engel, Kathrin: Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen: die Anwendung des Resident Assessment Instruments RAI 2,0 als Qualitätsinstrument. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2008. 126 S. (Pflegemanagement). Register. ISBN 978-317-020-0654: EUR 25.00

Friese, Andrea: Herbstvergnügen: 28 Kurzaktivierungen im Herbst für Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz Network, 2008. 103 S. (Altenpflege Bibliothek). ISBN 978-386-630-0675: EUR 32.00

Leitfaden Häusliche Pflege/Hrsg.: Ariane Herrmann, Heike Palte. 2. Aufl. München etc.: Urban & Fischer, 2008. XI, 627 S. Register. ISBN 978-343-727-0611: EUR 29.95

Lindner, Elfriede: Feste feiern in der Altenpflege: Anleitung und Arbeitsmaterialien für die Praxis/Elfriede Lindner. München: Elsevier, 2007. 1 Ordner (386 S.): Ill. Register. ISBN 978-343-727-8907: EUR 69.95

Pailon, Monika; mit einem Geleitwort von Heike von Lützu-Hohlbein: Mit Sprache erinnern: kommunikative Spiele mit dementen Menschen. München: Ernst Reinhardt, 2008. 142 S.: Ill. (Gerontologische Reihe, ISSN 0939-558X; Bd. 42). ISBN 978-349-702-0362: EUR 19.90

Schneberger, Margarete; Sonja Jahn, Elfriede Marino: Mutti lässt grüssen: Biographiearbeit und Schlüsselwörter in der Pflege von Menschen mit Demenz. Hannover: Schlütersche, 2008. 167 S. (Pflege Schlütersche). Register. ISBN 978-389-993-2119: EUR 29.90

Weigert, Johann: Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement: ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 2., aktual. Aufl. Hannover: Schlütersche, 2008. 308 S. (Pflege Schlütersche). Register. ISBN 978-389-993-2065: EUR 39.90

Wiese, Ursula Eva: Arbeitszeitgestaltung in der stationären Altenpflege. Göttingen: V&R unipress, 2007. 313 S. Register. ISBN 978-389-971-3725: EUR 44.90

Sterben / Sterbebegleitung / Tod

Fachtagung „Behinderung und Alter“ (004: 2007: Köln). Behinderung und Alter: „In Würde Leben – in Würde sterben“: Vorträge und Arbeitskreise der 16. Fachtagung „Behinderung im Alter“ 2007 an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln/Helmut C. Berghaus, Heike Bermond, Heike Milz (Hrsg.). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2008. 132 S. (Thema – Tatsachen, Hinweise, Erfahrungen, Materialien, Argumente, ISSN 0946-4859; 207). ISBN 978-394-005-4046: EUR 14.00

Palliative Care in Pflegeheimen: Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte/Christine Behrens, Jochen Steurer (Hrsg.). Hannover: Schlütersche, 2008. 160 S. (Pflege Schlütersche) (Pflege kolleg). Register. ISBN 978-389-993-2089: EUR 16.90

Gesetze / Verordnungen / Richtlinien / Recht

Das Recht der älteren Menschen/Gerhard Igl, Thomas Klie (Hrsg.). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, 2007. 265 S. Register. ISBN 978-393-606-5886: EUR 34.00

Ambulante Pflegedienste bewerten ihre Qualität anhand der Pflege-Charta

Nach dem erfolgreichen Abschluss eines Projekts mit stationären Pflegeeinrichtungen starten nun 12 Träger ambulanter Pflegedienste, um die Qualität ihrer Leistungen anhand der Pflege-Charta zu überprüfen.

Welche Bedingungen können Menschen in Deutschland erwarten, wenn sie Hilfe und Pflege benötigen? Wie können grundlegende Rechte wie Selbstbestimmung, Privatheit und Respekt im Pflegealltag umgesetzt werden? Hierauf gibt die Pflege-Charta Antworten – und bietet eine Grundlage für die Umsetzung guter Pflege in der Praxis. Ziel des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ist es, mit der Pflege-Charta Qualitätsverbesserungen im gesamten Bereich der Pflege anzustoßen. Zahlreiche Institutionen, Verbände und Einzelpersonen beteiligen sich an der Verankerung der Pflege-Charta in Deutschland, z.B. durch Verbreitung von Informationen an verantwortliche Akteure sowie Bürgerinnen und Bürger und symbolische Unterzeichnung auf der Website www.pflege-charta.de. Für die Umsetzung der Pflege-Charta engagieren sich Träger von Pflegeeinrichtungen und -diensten zum Beispiel in Praxisprojekten.

Im Mittelpunkt der für Herbst 2009 geplanten Ergebnispräsentation des nunmehr gestarteten Projekts, werden die aus den Auswertungen abgeleiteten Maßnahmen und mögliche Umsetzungsprobleme der Pflegedienste stehen. Beteiligt sind sowohl Träger der Wohlfahrtspflege als auch private Träger aus dem gesamten Bundesgebiet. Das Projekt wird von Konkret Consult Ruhr durchgeführt und von der Leitstelle Altenpflege begleitet. Die am Deutschen Zentrum für Altersfragen angesiedelte Leitstelle wird vom Bundesseniorenministerium finanziert.

Wie die Pflege-Charta als gute Grundlage für Qualitätsverbesserungen genutzt werden kann, hatten im Sommer 2008 zehn stationäre Pflegeeinrichtungen un-

terschiedlicher Trägerschaft der Öffentlichkeit gezeigt: „Schattentage“, „simulierte Heimeinzüge“, Fotoaktionen sowie das Theaterstück „Schwester einmal à la Charta bitte“ sind Beispiele für Aktionen der Einrichtungen, bei denen es um einen Perspektivwechsel oder Rollentausch von Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen geht. Indem die Mitarbeiter/innen der Institutionen für die Sichtweise der Bewohner/innen stärker sensibilisiert werden, soll die Qualität der Pflege und Betreuung steigen. Die beteiligten Pflegeheime hatten das Projekt zur Umsetzung der Pflege-Charta als außerordentlich effektiv für eine wertorientierte, bewohnerbezogene Organisationsentwicklung beurteilt.

Aktuell hat die Charta auch Eingang in den gesetzlichen Bereich gefunden: In einigen Landesgesetzen ist die Pflege-Charta verankert worden, so zum Beispiel im Gesetz zur Stärkung von Schutz und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung in Schleswig-Holstein, das am 1. Januar 2009 in Kraft tritt. Auch im Nordrhein-Westfälischen Wohn- und Teilhabegesetz findet sich der Bezug zur Pflege-Charta wieder. Um nun verstärkt auch betroffene, interessierte oder ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger über die Pflege-Charta zu informieren und ihnen Möglichkeiten für Rat und Hilfe bei Fragen zur Pflege aufzuzeigen, plant die Leitstelle Altenpflege derzeit zusammen mit der Verbraucherzentrale Bundesverband eine bundesweite Informationsveranstaltung im März 2009 (s.unten).

Die Pflege-Charta wurde bereits 2005 nach ausführlichen Beratungen von Verbraucherverbänden, Pflegekassen, Trägern von Pflegeeinrichtungen und Expert/innen aus Recht, Ethik und Pflegewissenschaft im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. Insgesamt acht Artikel umfasst die Charta, in der bestehende Rechte für die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ausformuliert sind. In der Präambel sind die Verantwortlichen für die Umsetzung der Charta benannt,

z.B. Verantwortliche in Kommunen, Kranken- und Pflegekassen, privaten Versicherungsunternehmen, Betreiber und Mitarbeiter/innen von ambulanten Diensten, stationären und teilstationären Einrichtungen, Wohlfahrtsverbänden und anderen Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Weitere Informationen unter www.pflege-charta.de

Kontakt: Leitstelle Altenpflege im Deutschen Zentrum für Altersfragen, E-Mail: leitstelle-altenpflege@dza.de, Telefon: (030)26 07 40-90.

Verbraucherrechte und Angebote in der Altenpflege – Informationsveranstaltung zur Pflege-Charta

Die Leitstelle Altenpflege am DZA führt gemeinsam mit dem Bundesverband der Verbraucherzentralen und gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine verbraucherorientierte Informations- und Diskussionsveranstaltung durch.

Sie findet am 26. März 2009 von 11.00 bis 16.30 Uhr in der Landesvertretung Niedersachsen in Berlin statt. Eingeladen sind alle, die sich aus privaten oder beruflichen Gründen mit Fragen zum Thema Rechte und Angebote in der Altenhilfe und -pflege befassen.

Weitere Informationen und das Programm finden Sie unter www.pflege-charta.de

Impressum

Herausgeber: Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin
Telefon (030) 260 74 00, Fax (030) 785 43 50
DZA im Internet: www.dza.de
(Links zum kostenfreien GeroLit-Angebot und
zur Internetausgabe des redaktionellen Teils des
Informationsdienst altersfragen)
presserechtlich verantwortlich und Redaktion:
Dr. Peter Zeman, Mitarbeit: Dominik Kalisch
verantwortlich für den Inhalt von GeroStat:
Dr. Elke Hoffmann; für GeroLit: Mahamane Baba Ali,
Beate Schwichtenberg-Hilmert; für die Bibliografie
gerontologischer Monografien:
Bibliothek und Dokumentation Pro Senectute
Schweiz, Fachstelle für angewandte Altersfragen,
Bederstraße 33, 8027 Zürich, Schweiz
Telefon +41-(0)44-283 89 81, Fax -283 89 84
Gestaltung und Satz: Mathias Knigge (grauwert,
Hamburg) in Zusammenarbeit mit Kai Dieterich
(morgen, Berlin); 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