

Wechselwirkungen zwischen Körper und Geist im Alter

Die Möglichkeiten, auch im hohen Alter ein mobiles und unabhängiges Leben zu führen werden von der Funktionsfähigkeit des Körpers und des Geistes bestimmt. Sensomotorik und kognitive Fähigkeiten stehen in einer engen Wechselwirkung, die sich mit dem Älterwerden verdichtet. Welche neueren Forschungsergebnisse liegen dazu vor und was lässt sich an Empfehlungen für die Praxis daraus ableiten?

Verwitung und soziale Unterstützung

Partnerverlust gilt als das gravierendste aller kritischen Lebensereignisse. Allerdings lässt sich das Erleben von Verwitung nicht auf wenige Grundmuster reduzieren und die Bedürfnisse nach dem Tod des Partners können sehr unterschiedlich sein. Entsprechend differenziert sollten Unterstützungsangebote sein. Soziale Unterstützung wird nur dann als hilfreich empfunden, wenn sie den Bedürfnissen auch entspricht.

Sucht im Alter

Suchterkrankungen im Alter bleiben oft unbemerkt. Ein großer Anteil der Älteren ist jedoch durch riskanten Konsum gefährdet und leidet zum Beispiel unter der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Altersstereotype, therapeutischer Nihilismus und unklare Zuständigkeiten im Versorgungssystem führen zu einem Mangel an geeigneten Angeboten der Prävention und Therapie.

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 03, Mai/ Juni 2009
36. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

03

Inhaltsverzeichnis

Seite 02

Wechselwirkungen zwischen
Körper und Geist im Alter

Seite 06

Verwitung und soziale Unterstützung

Seite 10

Sucht im Alter

Seite 15

Hinweise, Projekte und Modelle

Seite 21

Zeitschriftenbibliografie
Gerontologie

Seite 26

Bibliografie gerontologischer
Monografien

Die Möglichkeiten, auch im hohen Alter ein mobiles und unabhängiges Leben zu führen werden von der Funktionsfähigkeit des Körpers und des Geistes bestimmt. Körper und Geist, Sensomotorik und kognitive Fähigkeiten stehen jedoch in einer engen Wechselwirkung, die sich mit dem Alter werden verdichtet. Es ist bekannt, dass der Alterungsprozess insbesondere im hohen Erwachsenenalter durch die Abnahme sensomotorischer wie kognitiver Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist [15,22]. Lange Zeit wurden diese altersbedingten Veränderungen weitgehend unabhängig voneinander betrachtet. Seit den 90er Jahren aber hat das Interesse der Forscher an der Beziehung zwischen beiden Bereichen stark zugenommen [25]. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über die international wachsende Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet und berichtet aktuelle Ergebnisse aus korrelativen, experimentellen und neurophysiologischen Untersuchungen. Aus diesen Befunden lassen sich wichtige Empfehlungen für die gerontologische Praxis ableiten.

Die Entwicklung der Verbindung von Körper und Geist im Alter

Ein Reihe von Studien konnte zeigen, dass Menschen die im höheren Alter schwache Leistungen in der Kognition aufwiesen auch in der Sensomotorik, also der Körperkontrolle, schlechte Leistungen zeigten [1,3,13,25]. Dieser Zusammenhang nimmt mit steigendem Alter zu. Baltes und Lindenberger [3] konnten bspw. zeigen, dass die gemeinsame Varianz zwischen Sensorik und Intelligenz von 11Prozent bei Personen zwischen 25–69 Jahren auf 31 Prozent in der Gruppe der 70–100 Jährigen anstieg. Korrelationsstudien in diesem Kontext untersuchten eine breite Palette sensomotorischer Variablen, die von visuellen, auditiven und taktilen Leistungen über verschiedene Maße der Muskelstärke bis hin zu aeroben Fitnessmaßen reichten. Diese Bandbreite sensomotorischer Funktionen verdeutlicht die Allgemeingültigkeit des mit dem Altern verbundenen Zuwachses der Beziehung zwischen den beiden Funktionsbereichen.

Studien dieser Art konnten jedoch nicht darüber Aufschluss geben, ob sich Veränderungen in der Sensorik auf Altersverläufe in der Kognition auswirken oder ob die Wirkrichtung umgekehrt verläuft. Aus diesem Grund nutzten Ghisletta und Lindenberger [9] Daten der Berliner Altersstudie, um zu bestimmen, ob frühere Leistungen in der Sensorik eher Veränderungen in der Kognition vorhersagen können oder ob die mit dem Alter nachlassende Kognition die Abnahme von Fähigkeiten in der Sensomotorik erklärt. Die Autoren konnten zeigen, dass sich altersbedingte Veränderungen in Nahsicht und Fernsicht und in den Intelligenzbereichen verbales Wissen und Wahrnehmungsgeschwindigkeit über einen Zeitraum von 6 Jahren wechselseitig beeinflussten. Die Einflüsse von der Sensorik auf die Intelligenz und die Wirkung der Intelligenz auf die Sensorik waren jedoch in etwa gleich stark. Im Einklang mit der „Common-Cause Hypothese“ spricht dieser Befund für einen gemeinsamen dritten Faktor, der auf beide Bereiche in ähnlicher Weise wirkt. Die „Common Cause Hypothese“ besagt, dass sich altersbedingte neurophysiologische Veränderungen negativ auf Prozesse auswirken können, die sowohl an der Sensomotorik als auch der Kognition beteiligt sind. Mit stärkerer Belastung dieser Prozesse verbunden mit dem Alter kommt es zu einem steigenden funktionsübergreifenden Zusammenhang [17].

Vom Geist zum Körper – Effekte der Kognition auf die Sensomotorik

Die Permeationshypothese besagt, dass die schwindende Effizienz der Sensomotorik ältere Menschen dazu zwingt, mehr Aufmerksamkeit auf ihre Bewegungen und Sinne zu richten als jüngere Menschen [19]. Daraus lässt sich folgern, dass die Leistungen Älterer insbesondere dann beeinträchtigt sind, wenn ihre Sensomotorik und ihre Kognition gleichzeitig belastet werden. Wenn sich z.B. ein 85-jähriger und ein 25-jähriger unterhalten und eine belebte Straße überqueren, so wird der 85-jährige vermutlich das Gespräch unterbrechen, um seine Aufmerksamkeit auf die Überquerung der Straße

zu richten, während der 25-jährige eher in der Lage sein wird, das Gespräch aufrechtzuerhalten. Häufig werden Doppelaufgaben-Experimente genutzt, um dieses Problem unter kontrollierten Bedingungen zu erfassen. Hierbei wird die Interaktion von Sensomotorik und Kognition bei älteren Menschen in konkreten experimentell kontrollierten Situationen untersucht, die möglichst alltagsnah gestaltet sind.

In einer Reihe von Studien wird belegt, dass ältere Menschen bei der simultanen Bearbeitung sensomotorischer und kognitiver Aufgaben im Vergleich zu jüngeren Studienteilnehmern überproportional starke Leistungseinbußen zeigen [13]. Lindenberger, Marsiske und Baltes [19] konnten zusätzlich zeigen, dass der Leistungsabfall bei gleichzeitigen Anforderungen an Sensomotorik und Kognition nicht erst im Alter auftritt. Sie trainierten drei Gruppen von Erwachsenen im Alter von 20–30 Jahren, 40–50 Jahren und 60–70 Jahren zunächst in einer Gedächtnisaufgabe. Weiterhin übten die Versuchspersonen, so schnell und genau wie möglich auf engen Pfaden zu gehen. Wenn beide Aufgaben gleichzeitig ausgeführt wurden, zeigten alle Altersgruppen sowohl in der Laufleistung als auch in der Gedächtnisleistung Doppelaufgabenkosten. Diese Einbußen stiegen mit dem Alter der Teilnehmer an. Die Verbindung zwischen Sensomotorik und Kognition besteht also während des gesamten Erwachsenenalters, wird aber mit zunehmendem Alter stärker. Doch unter welchen Bedingungen wirkt sich ein Ressourcenkonflikt eher zu Lasten der sensomotorischen oder eher zu Lasten der kognitiven Leistungen aus?

Li und Kollegen [14] integrierten Hindernisse in eine enge Laufbahn, über die eine Gruppe 20–30-Jähriger und eine Gruppe 60–70-Jahre alter Personen ging. Unter dieser Bedingung zeigten die älteren Erwachsenen im Verhältnis zu der jüngeren Gruppe einen deutlich stärkeren Leistungsabfall in der Gedächtnisleistung als in der Laufgeschwindigkeit. Offenbar halten die Älteren in Situationen, in denen das Gleichgewicht bedroht ist, ihre sensomotorischen Fähigkeiten auf Kosten der Leistungen im kognitiven Bereich aufrecht. Diese Umverteilung von Ressourcen ist nicht nur von der tatsächlichen Bedrohung des Gleichgewichts abhängig, sondern kann auch durch eine wahrgenommene Bedrohung ausgelöst werden. Brown und Kollegen [4] ließen ältere Probanden die gleiche Doppelaufgabe – Balancieren bei gleichzeitiger Bearbeitung einer Gedächtnisaufgabe – einmal am Boden und einmal in 1 Meter Höhe durchführen. In 1 Meter Höhe opferten die Älteren ihre kognitive Leistungsfähigkeit zu Gunsten der Balance, am Boden nicht. Diese Fähigkeit, Ressourcen zwischen Bereichen umzuverteilen, erscheint im Alter besonders wichtig, denn gesundheitliche Konsequenzen eines Sturzes können bei Älteren schwerwiegend sein.

Allerdings ist es nicht immer sinnvoll, kognitive Ressourcen in eine sensomotorische Aufgabe zu investieren. Huxhold und Kollegen [10] konnten zeigen, dass sowohl jüngere als auch ältere Erwachsene ihre Gleichgewichtsleistung im aufrechten Stand verbesserten, wenn sie zusätzlich eine leichte kognitive Aufgabe bearbeiteten. Die Autoren wiesen darauf hin, dass milde Formen kognitiver Belastung im Alltag eher die Regel als die Ausnahme sind. Aus diesem Grund sei es besser, keine Aufmerksamkeit auf Bewegungen zu richten, solange die sensomotorischen Fähigkeiten hoch oder die zu bewältigenden Aufgaben einfach sind. Unter diesen Bedingungen ist die Motorik nämlich weitgehend automatisiert und läuft ohne bewusste Steuerung ab. Wird Aufmerksamkeit auf automatisierte Prozesse gerichtet, werden diese gestört und die motorische Leistung verschlechtert sich.

Die Störung kognitiver Aufgaben durch den Aufmerksamkeitsbedarf der Sensomotorik kann sich negativ auf die Mobilität älterer Menschen im Alltag auswirken. Mobilität im Alter wird nicht allein durch eine intakte Motorik, sondern auch durch die Fähigkeit gewährleistet, sich orientieren zu können. Dass dieser Aspekt besondere Beachtung verdient, demonstriert eine Studie, in der jüngere und ältere Personen auf einem Laufband liefen, während sie sich in einer computergenerierten, virtuellen Umgebung zurechtfinden sollten [20]. Hier zeigte sich, dass die Navigationsleistung der älteren Versuchsteilnehmer durch eine einfache Entlastung der Sensomotorik, nämlich der Möglichkeit, sich an einem Geländer festzuhalten, um ca. 25 % verbessert wurde. Auf die Navigationsleistung der Jüngeren hatte diese Entlastung keinen Einfluss.

Vom Körper zum Geist – Effekte körperlicher Fitness auf die Kognition

Aus biologischer Sicht hängt körperliche Fitness eng mit der Leistungsfähigkeit kognitiver Systeme zusammen [2]. Dem entspricht die Erwartung, dass körperliche Betätigung nicht nur sensomotorische sondern auch kognitive Leistungen verbessern kann [7]. Schon eine Studie von 1975 [26] fand, dass ältere Sportler bessere kognitive Leistungen zeigten als ihre nicht sporttreibenden Altersgenossen. Weiterhin fanden Rogers und Kollegen [24] bei Personen, die auf die 65 zuzingen, dass diejenigen, die körperlich aktiv waren geringere altersbedingte, kognitive Leistungseinbußen zeigten als ihre Altersgenossen.

Die spezifische Wirkung körperlicher Fitness auf kognitive Fähigkeiten im Alter wird vor allem in Interventionsstudien untersucht. Kramer und Kollegen [11] ordneten zufällig 124 Personen im Alter zwischen 60 und 70 Jahren, die bis dahin sportlich nicht aktiv waren, entweder einem Ausdauertraining oder einem Training mit Kraft- und Dehnungsübungen zu. Vor und nach der Trainingsphase absolvierten beide Gruppen eine Reihe kognitiver Tests. Nach Abschluss der 6-monatigen Trainingsprogramme zeigte sich, dass

sich die kognitiven Leistungen nur bei den Personen in der Ausdauergruppe signifikant verbessert hatten. Es scheint also gerade das Ausdauertraining einen positiven Effekt auf die Kognition auszuüben.

Eine differenzierte Bestimmung des aeroben Trainingseffekts lieferte eine Metaanalyse, die die Ergebnisse von 18 zwischen 1966 und 2001 publizierten Ausdauertrainingsstudien zusammenfasst [6]. Die Metaanalyse zeigt, dass Fitness einen robusten aber selektiven Effekt auf die Kognition hat. Die Effekte eines Trainings sind größer, wenn aerobes und anaerobes Training kombiniert werden. Kurze Trainingsprogramme von 2 Monaten wirken ebenso gut wie mittellange, aber ein wenig schlechter als längere Programme mit über 6 Monaten Dauer. Der positive Einfluss eines Ausdauertrainings ist am stärksten bei kognitiven Aufgaben, die ein großes Maß an exekutiver Kontrolle benötigen. Dieser Befund ist besonders interessant für die Altersforschung, da kognitive Anforderungen, die viel exekutiver Kontrolle benötigen, mit besonders starken Leistungseinbußen einhergehen [27]. Auch neurophysiologisch lässt sich der Effekt des Ausdauertrainings bei älteren Erwachsenen zeigen. Colcombe, Erickson, Raz et al. [5] untersuchten die Dichte des Gehirngewebes bei älteren Erwachsenen in Abhängigkeit von deren körperlicher Fitness. Mit steigendem Alter war die Dichte insbesondere in frontalen, temporalen und parietalen Bereichen geringer. Dieser Alterseffekt war signifikant reduziert, wenn die Teilnehmer eine hohe körperliche Fitness aufwiesen. Die positiven Effekte körperlicher Fitness waren in den Arealen am stärksten, in denen die altersassoziierten Verluste von Gewebedichte am größten waren [23]. Eine weitere Studie zeigte, dass die Aktivierung von Gehirnzentren in älteren Erwachsenen bei der Bearbeitung kognitiver Aufgaben dem Aktivierungsprofil jüngerer Erwachsener ähnlicher war, nachdem erstere ein Ausdauertraining absolviert hatten [8].

Körper und Geist im Alter – Fazit

Es ist unstrittig, dass mit zunehmendem Alter der Zusammenhang zwischen Sensomotorik und Kognition stärker wird. Die Gründe für dieses Phänomen sind vielfältig und komplex. Die neurophysiologische Forschung belegt, dass der normale Alterungsprozess mit Veränderungen in einer Vielzahl neurochemischer, anatomischer und funktionaler Systeme und Strukturen einhergeht. Es ist anzunehmen, dass sich diese Veränderungen sowohl auf sensomotorische als auch auf kognitive Prozesse störend auswirken. In ihrer Gesamtheit können diese neurophysiologischen Veränderungen als eine gemeinsame Ursache (Common Cause) verstanden werden, die zu einer zunehmenden Abhängigkeit beider Funktionsbereiche beiträgt. Zusätzlich steigt diese Interdependenz zwischen Geist und Körper, wie von der Permeationshypothese vorhergesagt, durch bereichsübergreifende Ressourcenkonflikte. Zwar integrieren sensomotorische und kognitive Prozesse über die gesamte Lebensspanne. Alterungsbedingt schwindende Kapazitäten erhöhen jedoch die Wahrscheinlichkeit und die Risiken von Ressourcenkonflikten. Aus diesen Gründen investieren ältere Erwachsene mehr Aufmerksamkeit in ihre Sensomotorik als jüngere Erwachsene. Dies reduziert die Wahrscheinlichkeit von Unfällen, birgt jedoch die Gefahr funktionaler Leistungseinbußen im kognitiven Bereich, die sich ebenfalls negativ auf die Mobilität im Alter auswirken können. Interventionsstudien im Bereich der körperlichen Fitness haben jedoch gezeigt, dass ein gezieltes Ausdauertraining die Folgen normaler Alterung für sensomotorische und kognitive Funktionen abmildern kann. Körperliche Fitness hat einen positiven Einfluss auf die Kognition im Alter. Interessanterweise sind die Trainingseffekte gerade in jenen Bereichen am stärksten, die die größten alterungsbedingten Veränderungen aufweisen.

Abschließend kann man aus den empirischen Befunden konkrete Empfehlungen ableiten, welche die Aufrechterhaltung eines ausreichenden Funktionsniveaus über einen längeren Zeitraum unterstützen können.

Körper und Geist im Alter – Empfehlungen für die Praxis

1. Ältere Menschen sollten regelmäßig Ausdauersport betreiben. Mit aerobem Training werden nicht nur sensomotorische Fähigkeiten verbessert, sondern auch die Kognition kann davon profitieren. Ausdauertraining hat zudem den Vorteil, dass es sich positiv auf eine ganze Reihe kognitiver Fähigkeiten auswirkt und insbesondere solche Fähigkeiten verbessert, die für die Bewältigung komplexer Probleme wichtig sind.
2. Das Fähigkeitsniveau in der Sensomotorik entscheidet darüber, ob es sinnvoll ist, Aufmerksamkeit auf die eigenen Bewegungen zu richten oder nicht. Solange die Sensomotorik nicht zu sehr gefordert ist, verschlechtert bewusste Aufmerksamkeit die Leistung. Bei den Älteren hängt es unter anderem auch von der wahrgenommenen Bedrohung des Gleichgewichts ab, ob bewusste Aufmerksamkeit auf die Bewegungen gerichtet wird. Aus diesem Grund kann es ratsam sein, im Alter an Maßnahmen teilzunehmen, die das Sicherheitsgefühl in Bezug auf die eigenen sensomotorischen Fähigkeiten angemessen erhöhen.
3. Im Altersverlauf können die sensomotorischen Fähigkeiten auf ein Niveau sinken, bei dem selbst einfache motorische Akte wie Gehen ein so starkes Maß an Aufmerksamkeit erfordern, dass kognitive Prozesse (bspw. räumliche Orientierung), die für die Mobilität im Alter notwendig sind, in Mitleidenenschaft gezogen werden. In besonderen Fällen können diese Einschränkungen nur erkannt werden, wenn beide Fähigkeiten gleichzeitig gefordert werden. Es ist deshalb erforderlich, dass die Diagnostik der Mobilität im Alter Doppelaufgabensituationen mit einbezieht,

um eventuelle Ressourcenkonflikte zu erkennen. Sollte ein solcher Fall vorliegen, könnte es sinnvoll sein, die Sensorik oder die Kognition durch externe Hilfsmittel zu unterstützen, obwohl beide Funktionsbereiche allein noch ausreichend funktionsfähig sind. Moderne Informationstechnologien können hierbei eine positive Rolle spielen [16,18].

Kontakt:

oliver.huxhold@dza.de

Literatur:

1. Anstey KJ, Hofer SM, Luszcz MA (2003a) A latent growth curve analysis of late-life sensory and cognitive function over 8 years: Evidence for specific and common factors underlying change. *Psychol Aging* 18:714-726
2. Anstey KJ, Smith GA (1999) Interrelationships among biological markers of aging, health, activity, acculturation, and cognitive performance in late adulthood. *Psychol Aging* 14:605-618
3. Baltes PB, Lindenberger U (1997) Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychol Aging* 12:12-21
4. Brown LA, Sleik RJ, Polych MA, Gage WH (2002) Is the prioritization of postural control altered in conditions of postural threat in younger and older adults? *J Gerontol A- Biol* 57A:M785-M792
5. Colcombe S, Erickson KI, Raz N, et al. (2003) Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *J Gerontol A- Biol* 58A:176-180
6. Colcombe S, Kramer AF (2003) Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychol Sci* 14:125-130
7. Colcombe S, Kramer AF, McAuley E, Erickson KI, Scalf P (2004) Neurocognitive aging and cardiovascular fitness: Recent findings and future directions. *J Mol Neurosci* 24:9-14
8. Colcombe SJ, Kramer AF, Erickson KI, et al. (2004) Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *P Natl A Sci USA* 101:3316-3321
9. Ghisletta P, Lindenberger U (2005) Exploring structural dynamics within and between sensory and intellectual functioning in old and very old age: Longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Intelligence* 33:555-587
10. Huxhold O, Li S-C, Schmiedek F, Lindenberger U (2006) Dual-tasking postural control: Aging and the effects of cognitive demand in conjunction with focus of attention. *Brain Res Bull* 69:294-305
11. Kramer, AF, Hahn, S, Cohen, NJ., Banich, M. T., McAuley, E., Harrison, C. R., et al. (1999). Ageing, fitness and neurocognitive function. *Nature*, 400: 418-419.
12. Li KZH, Lindenberger U (2002) Relations between aging and sensory/sensorimotor and cognitive functions. *Neurosci Biobehav Rev* 26: 777-783
13. Li KZH, Lindenberger U, Freund AM, Baltes PB (2001) Walking while memorizing: Age-related differences in compensatory behavior. *Psychol Sci* 12:230-237
14. Li S-C, Lindenberger U, Hommel B, Aschersleben G, Prinz W, Baltes PB (2004) Transformations in the couplings among intellectual abilities and constituent cognitive processes across the life span. *Psychol Sci* 15:155-163
15. Lindenberger U (2007) Technologie im Alter: Chancen aus Sicht der Verhaltenswissenschaften. In P. Gruss (Ed.), *Die Zukunft des Alterns: Die Antwort der Wissenschaft* (pp. 221-239). München: Beck.
16. Lindenberger U, Baltes PB (1994) Sensory functioning and intelligence in old age: A strong connection. *Psychol Aging* 9:339-355
17. Lindenberger U, Lövdén M, Schellenbach M, Li S-C, & Krüger A (2008) Psychological principles of successful aging technologies: A mini-review. *Gerontol* 54: 59-68.
18. Lindenberger U, Marsiske M, Baltes PB (2000) Memorizing while walking: Increase in dual-task costs from young adulthood to old age. *Psychol Aging* 15:417-436
19. Lövdén M, Schellenbach M, Grossman-Hutter B, Krüger A, Lindenberger U (2005) Environmental topography and postural control demands shape aging-associated decrements in spatial navigation performance. *Psychol Aging* 20:683-694
20. McArdle, J. J. (2001). A latent difference score approach to longitudinal dynamic structural equation analyses. In R. Cudeck, S. duToit, & D. Sörbom (Eds.), *Structural equation modeling: Present and future* (pp. 342-380). Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
21. Park DC, Polk TA, Mikels JA, Taylor SF, Marshuetz C (2001) Cerebral aging: Integration of brain and behavioral models of cognitive function. *Dialogues in Clin Neurosci* 3:151-165
22. Raz N, Lindenberger U, Rodrigue KM, et al (2005) Regional brain changes in aging healthy adults: General trends, individual differences and modifiers. *Cereb Cortex* 15:1676-1689
23. Rogers RL, Meyer JS, Mortel KF (1990) After reaching retirement age physical activity sustains cerebral perfusion and cognition. *JAGS* 38:123-128
24. Schaefer, S, Huxhold, O, Lindenberger U (2006) Healthy mind in healthy body? A review of sensorimotor-cognitive interdependencies in old age. *European Rev Aging Phys Activity*, 3, 45-54.
25. Spirduso WW (1975) Reaction and movement time as a function of age and physical activity level. *J Gerontol* 43:18-23
26. Verhaeghen, P. & Cerella, J. (2002). Aging, executive control, and attention: A review of metaanalyses. *Neurosci Biobehav Rev*, 26, 849-857.

Verwitung und soziale Unterstützung im Alter

Natalie Berger

06

Der Tod des Partners hat viele schmerzliche Folgen für die Witwe. Zum einen gilt es, den Schmerz über den Verlust zu bewältigen, zum anderen, ein Leben zu meistern, das der Partner nicht mehr teilt. Verwitung bedeutet in vielen Fällen psychischen Stress, Einsamkeit und gesundheitliche Einbußen. Entsprechend stark wird Verwitung im Alltagswissen mit solchen Folgen assoziiert und auch die Forschung konzentriert sich zumeist auf die Perspektive des Verlustes. Dennoch wird das Erleben von Verwitung dadurch nicht in all seinen Varianten abgebildet: Witwe zu sein kann heißen, chronisch zu trauern und den Verlust nicht zu verwinden. Es kann aber in einigen Fällen auch bedeuten, persönliches Wachstum zu erleben und sich neu zu definieren. Das Erleben von Verwitung lässt sich nicht auf wenige Grundmuster reduzieren und die Bedürfnisse nach dem Tod des Partners können vielfältig sein: Die eine Witwe braucht in ihrer Trauer emotionale Unterstützung, die andere wünscht sich Hilfe bei Aufgaben, die sonst ihr Mann verrichtete und eine dritte fühlt sich erleichtert und keineswegs hilfsbedürftig. Wachsam für solche Unterschiede sollten jene sein, die ihrer Mutter, Freundin oder Nachbarin eine Stütze sein möchten oder als professionelle Helfer tätig sind. Denn soziale Unterstützung wird nur dann als hilfreich empfunden, wenn sie den Bedürfnissen auch entspricht. Im Folgenden soll der Blick für die verschiedenen Facetten im Erleben von Verwitung geschärft werden, um zu zeigen, dass soziale Unterstützung eine große Hilfe sein kann, aber nicht immer sein muss.

Lebensereignis Verwitung

Im Jahre 1967 haben Holmes und Rahe in den USA eine Übersicht kritischer Ereignisse im Leben eines Menschen erstellt. Kriterium war der Stress, den ein Ereignis auslöst und der die Wahrscheinlichkeit steigen lässt, psychisch oder körperlich zu erkranken. Verwitung identifizierten sie dabei als das kritischste dieser Erlebnisse, noch weit vor dem Tod jedes anderen Familienmitglieds oder einer Scheidung. Da diese Einschätzung vor über 40 Jahren stattfand, stellt sich die Frage: Wird das

heute noch so erlebt? Auch aktuelle Studien zu Verwitung bestätigen jedoch fast durchgängig den Tod des Partners als das kritischste Lebensereignis.

Gründe genug scheint es zu geben, finden doch besonders negative Folgen von Verwitung für die Gesundheit Verwitweter große Beachtung: Die Wahrscheinlichkeit einer körperlichen oder psychischen Neuerkrankung ist in den ersten Monaten nach dem Tod des Partners erhöht, Verwitwete klagen häufiger über somatische Beschwerden oder Schlaflosigkeit und als psychische Folgen werden Depression, Angst und Hilflosigkeit genannt. Eine Verlustorientierung dominiert in der Forschung zu Verwitung und ihren Folgen, so dass der Tod des Partners oft pauschal für alle Verwitweten als „Ressourcen-Defizit“ eingestuft wird. Dennoch sprechen viele Befunde für eine differenziertere Sicht auf das Lebensereignis Verwitung. In den meisten Studien werden negative gesundheitliche Auswirkungen in den ersten Jahren nach Verwitung berichtet, während nach einer Zeitperiode von ca. zwei Jahren zumeist keine Unterschiede mehr zwischen Verwitweten und Nicht-Verwitweten festgestellt werden können. Dies deutet auf eine wichtige Tatsache hin, die berücksichtigt werden muss: In der Regel können sich Verwitwete an ihre neue Lebenssituation anpassen. Darüber hinaus gibt es Faktoren, welche die Wahrnehmung von Verwitung beeinflussen und eine pauschale Bewertung, wie sie von Holmes und Rahe vorgenommen wurde, durchaus in Frage stellen. Im Folgenden sollen drei dieser Faktoren genauer betrachtet werden: Normativität des Ereignisses, Krankheit und Pflege des Partners und Qualität der Beziehung.

Nicht jedes kritische Lebensereignis wird unabhängig davon, wann es über die Lebensspanne eintritt, als gleich einschneidend erlebt. Entscheidend für die Bewertung scheint auch zu sein, ob das Ereignis als normativ für eine bestimmte Lebensphase gilt und vom Betroffenen antizipiert werden kann, oder ob es unvorhergesehen eintritt. Die amtliche Statistik des Jahres 2007 für Deutschland zeigt: Die Wahrscheinlichkeit, den Partner zu verlieren, wird für Frauen immer größer, je älter sie werden. Während in der Gesamtbevölkerung nur 11 Prozent der Frauen verwitwet sind, liegt ihr Anteil ab 65 Jahren bereits bei 42 Prozent, während etwa drei Viertel aller Frauen über 85 Witwen sind. Frauen sind in der Regel etwas jünger als ihre Ehemänner, die darüber hinaus eine niedrigere durchschnittliche Lebenserwartung haben. Der Verlust des Partners ist für Frauen im höheren Alter also ein hochwahrscheinliches Lebensereignis und kann in diesem Sinne als „normativ“ bezeichnet werden. Entsprechend häufiger beschäftigen sich Studien mit Witwen als mit Witwern, weshalb sich auch die Aussagen dieses Beitrags auf Verwitung bei Frauen beschränken. Nolen-Hoeksema und Ahrens (2002) konnten in einer Studie zum Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und Depression feststellen, dass Normativität einen wichtigen Unterschied für Betroffene macht. Auf das Lebensereignis Verwitung reagierten Personen sowohl mittleren als auch höheren Alters mit erhöhten Depressivitätswerten, bei Personen zwischen 45 und 55 Jahren war der Effekt jedoch größer als bei Personen zwischen 65 und 75 Jahren. Jüngere Witwen sind darüber hinaus durch den Tod ihres Partners oftmals mit anderen Herausforderungen konfrontiert als ältere, wenn sie z.B. noch nicht erwachsene Kinder großziehen und den Lebensunterhalt verdienen müssen. Diese Faktoren können eine ausgeprägte Stressreaktion bei jungen Witwen nach sich ziehen.

Die hohe Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Pflege des Partners vor seinem Tod gilt ebenfalls als wichtige Einflussgröße, die das Erleben von Verwitwung im Alter bestimmen kann. Oftmals übernehmen Ehefrauen die Pflege ihres kranken Mannes, was mit einer großen physischen und psychischen Belastung verbunden sein kann. Nicht selten müssen sich diese Frauen über lange Zeit auf ein Leben ohne ihren Ehemann vorbereiten und erleben möglicherweise schon vor seinem Tod Trauer. Oft verschlechtert Verwitwung das Wohlbefinden dieser Frauen nicht weiter, sondern kann je nach Belastung der vergangenen Pflegesituation sogar zu seiner Verbesserung beitragen. Prokos und Keene (2005) fanden, dass hoher psychischer Stress durch Pflege ein höheres Wohlbefinden nach Verwitwung vorhersagte. Natürlich muss der Einfluss von Pflege, die der Verwitwung vorangegangen sein könnte, differenziert betrachtet werden, da Pflege und Tod des Partners auch zu einer kumulierten Belastung führen können. Bei älteren Witwen ist er aber in jedem Fall beachtenswert, da Frauen im Alter mit höherer Wahrscheinlichkeit Pflege geleistet haben und ihre Verwitwung im Lichte dieser vorhergegangenen Erfahrung beurteilen.

Nicht unwesentlich wird das Erleben von Verwitwung zudem von der Qualität der partnerschaftlichen Beziehung beeinflusst. Neben Witwen, die den Tod ihres Mannes nie verschmerzen können, gibt es auch jene, die seinen Tod als „Befreiung“ aus einer ungleichgewichtigen Beziehung erleben. Carr und Kollegen (2000) haben untersucht, inwieweit sich Unterschiede in den Kriterien Wärme und Nähe in der Partnerschaft, Konflikte und Abhängigkeit vom Partner auf Ängstlichkeit und Trauer nach Verwitwung auswirkten. Sie konnten feststellen, dass Frauen, die stärker auf instrumentelle Hilfe ihres Partners z.B. in finanziellen Entscheidungen angewiesen waren, höhere Werte von Ängstlichkeit zeigten als jene, die weniger abhängig gewesen waren. Darüber hinaus berichteten Personen, die viel emotionale Wärme in der Partnerschaft erlebt haben, von intensiverer Trauer als Personen, die

in ihrer Ehe weniger Nähe erfahren haben. Diejenigen, die in einer konfliktvollen Ehe gelebt haben, zeigten in der Studie sowohl kurz- als auch langfristig eine bessere Anpassung an Verwitwung.

Der Tod des Partners kann also verschiedene Reaktionen hervorrufen, die von chronischer Trauer über schnelle Regeneration bis hin zum positiven Wandel durch den erlebten Verlust reichen können. Lieberman (1996) berichtet von Frauen, die als Witwen persönliches Wachstum erlebt haben, weshalb er für eine alternative Sichtweise zur Verlustperspektive plädiert. Auch ausbleibende Trauer ist nicht, wie oft befürchtet, pathologisch und ein Garant für einen späteren aber heftigen Ausbruch, sondern kann ein funktionaler Umgang mit dem Tod des Partners sein. Bonanno (2004) konnte zeigen, dass die Fähigkeit, trotz stressvoller Ereignisse ein stabil hohes Wohlbefinden aufrecht zu erhalten oder nach kurzer Trauer bald auf das ursprüngliche Niveau zu kommen, weit verbreitet ist. Diese Widerstandsfähigkeit, die auch als Resilienz bezeichnet wird, zeigte in seiner Studie die Mehrheit der verwitweten Personen im Durchschnittsalter von 69 Jahren. Bei diesen stellte man nur niedrigen psychologischen Stress durch Verwitwung bzw. gleichbleibend niedrige Depressivitätsmaße fest. Somit ist nicht jeder Verlust gleich. Dieser Grundsatz mag für Verwitwung in jedem Alter gelten, aber umso mehr für ältere Witwen, da über die Lebensspanne tendenziell mehr Faktoren hinzukommen, die das Erleben dieses Ereignisses formen. Die Heterogenität, die daraus resultiert, darf nicht übersehen werden.

Unterstützung, die als Hilfe ankommt

So unterschiedlich die Reaktionen auf den Tod des Ehemannes sein können, so differenziert muss auch die Hilfestellung aus der Umgebung der Verwitweten sein. Soziale Ressourcen spielen eine entscheidende Rolle bei Stress und bei der Anpassung an kritische Lebensereignisse: In der Forschung gelten sie in diesem Kontext als wichtiger Schlüsselfaktor für psychische und physische Gesundheit, da sie potentiell schädliche Einflüsse abmildern können. Dafür ist neben der strukturellen Einbindung einer Person, die sich z.B. über die Größe des sozialen Netzes bestimmen lässt, vor allem der funktionale Aspekte der Unterstützung entscheidend, die innerhalb dieser Beziehungen ausgetauscht wird. Man geht davon aus, dass soziale Unterstützung den negativen Einfluss stressvoller Ereignisse abpuffern oder die Regeneration beschleunigen kann.

Stroebe und Kollegen (2005) hat daher interessiert, ob soziale Unterstützung den Umgang mit Verwitwung erleichtert. Sie konnten feststellen, dass es grundsätzlich von Vorteil ist, Unterstützung zu bekommen – für Verheiratete ebenso wie für Verwitwete. Soziale Unterstützung ging immer mit niedrigeren Depressivitätswerten bei den Empfängern einher. Ein weiteres Ergebnis ihrer Studie ist jedoch, dass soziale Unterstützung einen negativen Einfluss von Verwitwung auf das Wohlbefinden weder abpuffern, noch zu einer schnelleren Anpassung beitragen kann. Die Depressivitätswerte von weniger unterstützten Frauen waren im Vergleich zu den mehr unterstützten erhöht, aber die Veränderung dieser Werte über die Zeit war für beide Gruppen gleich. Dies passt nicht zu der Annahme, dass soziale Unterstützung den Empfänger gegen negative Einflüsse wappnet. Wieso hilft sie Verwitweten nicht mehr als Verheirateten?

Durch eine genauere Betrachtung sozialer Unterstützung lässt sich ihr Einfluss nach kritischen Lebensereignissen besser einschätzen. Zunächst muss berücksichtigt werden, dass es eine Unterstützung,

die „standardmäßig“ hilft, in diesem Zusammenhang nicht gibt – es gilt, die passende aus verschiedenen Formen sozialer Hilfe zu wählen. Sie kann von emotionaler Unterstützung wie Zuhören und Trösten bis zur instrumentellen Unterstützung wie Hilfe im Haushalt reichen. Durch viele verschiedene Möglichkeiten können Inkongruenzen zu den Bedürfnissen der Verwitweten auftreten. Diese wiederum können stark variieren. Eine Frau, die chronische Trauer zeigt, wird ein höheres Maß an Unterstützung benötigen, als eine andere, die resilient auf den Tod ihres Mannes reagiert und sich nicht als hilfsbedürftig erlebt. Es gilt also erstens, die individuelle Verfassung der Witwe zu beachten und zweitens, die Art der Hilfe zu wählen, die zu ihren Bedürfnissen passt.

Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass sich soziale Integration und Unterstützung nicht ausschließlich positiv auf das Wohlbefinden von Menschen im Allgemeinen und Verwitweten im Speziellen auswirken. Dieselben Personen, die in schwierigen Situationen als Stützen dienen, können gleichzeitig auch den Prozess der Anpassung an das Leben nach dem Partnerverlust erschweren. Morgan (1989) hat Verwitwete nach ihrem Verhältnis zu Familie und Freunden befragt und festgestellt, dass neben einem großen Teil positiver Äußerungen über nahestehende Personen 40 Prozent der Beiträge negativ waren. Beispielsweise fühlten sich die Befragten in ihrem Trauerverhalten nicht respektiert und im Prozess der Anpassung behindert, da ihre Kinder und Freunde sie drängten, nach vorne zu blicken, und zu früh versuchten, sie ins „normale“ Leben zurückzuführen. Somit können sich gut gemeinte Intentionen ins Gegenteil verkehren, wenn sie nicht den Bedürfnissen der Verwitweten entsprechen. Problematisch ist eine ambivalent erlebte Unterstützung auch, weil negative Interaktionen die Wirkung positiver überdecken können, wie Karen Rook (1984) in einer Studie mit 120 Witwen feststellen konnte. Soziale Beziehungen waren oft sowohl von positiven als auch von negativen Formen der Interaktion geprägt, und obwohl beide mit Werten

des Wohlbefindens assoziiert waren, hatten letztere einen stärkeren Einfluss. Dennoch beachten Studien zu sozialer Unterstützung deren ebenfalls mögliche negative Einflüsse kaum.

Ha (2008) hat festgestellt, dass Verwitwete in den ersten anderthalb Jahren nach dem Tod des Partners nicht nur mehr Unterstützung von ihrer Umwelt bekommen als Verheiratete, sondern dass sich auch die Quellen, die Unterstützung geben, über die Zeit ändern: Während Verwitwete sechs Monate nach dem Tod des Partners mehr Unterstützung von ihren Kindern erfuhren, bekamen sie 18 Monate danach mehr Unterstützung von ihren Freunden als Verheiratete. Dies erklärt Ha damit, dass nahe Angehörige wie Kinder zu Beginn auf die möglicherweise erhöhten Unterstützungsbedürfnisse reagieren und dies auch in Anspruch genommen wird. Schreitet die Zeit fort, werden andere Formen der Interaktion mit nahe stehenden Personen wichtiger, so z.B. ein enger Austausch mit Freunden, die ebenfalls Partnerverluste erlebt haben. Es scheint also, dass sich für Witwen die Bedeutung der Unterstützung von Kindern und Freunden über die Zeit verändert.

Studien zu strukturellen Veränderungen sozialer Aktivitäten von Witwen zeigen fast durchgängig, dass sie langfristig einen intensiveren Kontakt zu Freunden und Bekannten pflegen als verheiratete Frauen. In vielen Fällen kommt es nach anfänglicher Verdichtung zu einer Ausweitung der sozialen Beziehungen. Oftmals werden dabei alte Freundschaften aufgegeben und neue geschlossen. Als Grund dafür wird in der Literatur angegeben, dass durch den Tod des Partners eine Entfremdung zu befreundeten Ehepaaren stattfinden kann. Häufig fühlen sich ältere Frauen durch andere Witwen besser verstanden, weshalb sie solche Kontakte intensivieren oder neu knüpfen. Alte Beziehungen, welche den Wünschen Verwitweter nicht mehr entsprechen können, geraten zugunsten derer in den Hintergrund, die durch größeres Verständnis geprägt und mit größerer Unterstützung verbunden sind. Darüber hi-

naus sind Beziehungen zu Freunden in der Regel durch größere Reziprozität geprägt, was sich positiv auf das Wohlbefinden Verwitweter auszuwirken scheint. Viele Witwen bevorzugen es, auf Dauer unabhängig von ihren Kindern zu sein. Eine langfristige Unterstützung durch erwachsene Kinder kann mit Gefühlen der Abhängigkeit und Hilflosigkeit und somit auch mit Depressivität einhergehen (Lee et al., 1995). Vor allem dieser Aspekt wird in Studien zu sozialer Unterstützung in der Regel nicht mit erfasst. Hilfe, die man bekommt, kann auch negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden älterer Menschen haben, da sie das Gefühl persönlicher Kontrolle untergräbt. Ein Zuviel des Guten scheint also möglich und unter Umständen auch schädlich zu sein.

Fazit und Empfehlungen für die Praxis

Es gibt keinen Grund, soziale Unterstützung *grundsätzlich* als wenig hilfreich zu deuten, auch wenn Studien darauf hinweisen, dass dadurch der Umgang mit Verwitwung nicht erleichtert wird. Denn viele der Studien haben Schwächen, welche die Wirkung sozialer Unterstützung bei Verwitwung verzerren: Frauen werden oft in der Kategorie „verwitwet“ zusammengefasst, ob sie ihren Mann nun vor einigen Monaten verloren haben oder vor vielen Jahren. Dabei gerät aus dem Blick, dass frisch Verwitwete durchaus von sozialer Unterstützung profitieren können. Als soziale Unterstützung wird zum Teil nur die Interaktionshäufigkeit untersucht und nicht die Qualität oder Funktion dieser Interaktionen. Auch Wertungen sozialer Unterstützung finden kaum Beachtung, so dass diejenigen, die Unterstützung durchgängig positiv erleben, nicht von jenen unterschieden werden, die sie ambivalent bewerten. Viele Studien untersuchen nicht die Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse Verwitweter, so dass sie keine verlässlichen Antworten auf die Frage geben können, wie und wann soziale Unterstützung Frauen nach Verwitwung im Alter tatsächlich helfen kann.

Auf der anderen Seite muss soziale Unterstützung in Zusammenhang mit Verwitwung tatsächlich nicht immer ein Garant für positive Effekte sein. Die „Passung“ der Hilfe ist entscheidend und dafür müssen drei Faktoren in einem komplexen Gefüge ineinander greifen: die Individualität der Witwe, die Vielzahl der Möglichkeiten sozialer Unterstützung sowie die Zeit, welche die Bedürfnisse und ihre Gewichtung verändert. Gebotene Hilfe wird ohne die richtige Passung womöglich nicht als solche aufgefasst, weil sie nicht die Unterstützung ist, die gewünscht wird.

Inwieweit lassen sich aus den vorgestellten Befunden praktische Hinweise ableiten? Zunächst sollte deutlich geworden sein, dass eine Pathologisierung fehlender Trauer nach Verwitwung unbegründet ist, da dies vor allem im Alter eine weit verbreitete Reaktion ist. Verschiedene Reaktionen auf den Tod des Partners haben ihre Berechtigung, so dass nicht für alle Witwen soziale Interventionen gleich geeignet sind. Wenn jedoch Bedarf besteht, sollten sie den Bedürfnissen der Witwe dynamisch angepasst werden. Sind professionell angebotene Interventionen wie therapeutische Begleitung nötig, sollten sie möglichst frühzeitig einsetzen, da die Anpassung an die neue Situation gerade in der ersten Zeit nach dem Tod des Partners größte Anstrengung erfordert. Evaluationen von Hilfenetzen für Verwitwete zeigen, dass für Frauen, die kürzer als sechs Monate verwitwet waren, bessere Ergebnisse im Sinne von höherem Wohlbefinden erzielt werden konnten als bei „Langzeitverwitweten“ (Stewart et al., 2001). Da neue Freundschaften und Austausch mit Personen in der gleichen Situation für Witwen wichtig werden, können Gruppenangebote, die solche Kontakte ermöglichen, hilfreich sein.

Durch eine genauere Betrachtung des Erlebens und der Bedürfnisse von Verwitweten können Stereotype und generalisierende Annahmen relativiert werden. Das Bild der isolierten Witwe mag zwar in einigen Fällen mit der Wirklichkeit über-

einstimmen, die Ergebnisse vieler Studien zeigen jedoch: Verwitwete suchen mehr Kontakt und beziehen dabei entferntere Bekannte und Verwandte ein als verheiratete Frauen, so dass die Größe ihrer Netzwerke tendenziell nicht ab-, sondern zunimmt. Eine genauere Analyse der Veränderungen im sozialen Netzwerk verwitweter Frauen auf funktionaler Ebene könnte Aufschluss darüber geben, wann welche Art der Unterstützung von wem am besten greift. Dennoch wird es letztendlich eine Herausforderung bleiben, die Passung im Einzelfall ganz individuell zu finden.

Kontakt:
berger@mpib-berlin.mpg.de

Literatur:

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., & Nesse, R. M. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults. A longitudinal analysis. *The journals of gerontology*, 55, 197-207.
- Ha, J.-H. (2008). Changes in support from confidants, children, and friends following widowhood. *Journal of Marriage and Family*, 70, 306-318.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Lee, G. R., Netzer, J. K., & Coward, R. T. (1995). Depression among older parents: The role of intergenerational exchange. *Journal of Marriage & Family*, 57, 823-833.
- Lieberman, M. A., & Bengtson, V. L. (1996). Perspective on adult life crises. In *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities*. (pp. 146-168). New York: Springer.
- Morgan, D. L. (1989). Adjusting to widowhood. Do social networks really make it easier? *The Gerontologist*, 29, 101-107.
- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17, 116-124.
- Prokos, A. H., & Keene, J. R. (2005). The long-term effects of spousal care giving on survivors' well-being in widowhood. *Social Science Quarterly*, 86, 664-682.
- Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.
- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K., & Alexander, S. (2001). Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing*, 18, 54-63.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social & Clinical Psychology*, 24, 1030-1050.

Abhängigkeit im Alter bekommt eine andere Bedeutung, wenn man damit nicht, wie im allgemeinen Sprachgebrauch üblich, das Angewiesensein auf Unterstützung bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit meint, sondern eine Suchtproblematik. Obwohl nur selten wahrgenommen und thematisiert: Auch der riskante Konsum von Alkohol und Medikamenten ist ein Altersrisiko. Während die Abhängigkeit von Hilfe durch die Hilfe selbst gemildert werden kann (qualifizierte Hilfe enthält immer auch das Bemühen, die Selbstbestimmtheit des Hilfebedürftigen zu erhalten und zu stärken), bedeutet die Abhängigkeit von Suchtmitteln immer einen Verlust an Selbstbestimmung. Auch wenn zunehmend die sozialen und gesundheitlichen Risiken von Suchterkrankung im Alter erkannt werden, führen Altersstereotype und mangelndes Wissen zu einem therapeutischen Nihilismus, der unterstellt, bei Suchterkrankungen im Alter seien die Therapiechancen so gering, dass sich der Aufwand nicht lohne – nicht mehr lohne.¹⁾ Erschwerend kommt hinzu, dass Suchtproblematik im Alter auf eine Lücke der Versorgungsstrukturen zwischen den Zuständigkeiten und Qualifikationen der Suchthilfe, der Altenhilfe und des Medizinsystems trifft. In der Fachdiskussion werden mehr Aufklärung und Prävention, eine differenziertere Wahrnehmung der Suchtrisiken im Alter, aber auch der Heilungspotenziale gefordert, sowie die gezieltere Nutzung vorhandener Therapiemöglichkeiten. Eine Handlungsperspektive bieten – wie bei anderen schwer zu verortenden Problemlagen auch – Strategien der Kooperation und Vernetzung, welche die traditionellen Grenzen von Zuständigkeitsbereichen, Professionen, Leistungs- und Finanzierungsträgern überwinden.

Grauzone der Wahrnehmung

Sucht im Alter entzieht sich weitgehend der Wahrnehmung. Häufig spielt sie sich hinter verschlossenen Türen ab, wird von Betroffenen und Mitbetroffenen, aber auch von Ärzten und Pflegekräften nicht erkannt, geleugnet oder bagatellisiert. Sichtbare Hinweise auf eine Suchtproblematik werden leicht fehlinterpretiert. Sie werden z.B. fälschlicherweise dem hohen Lebensalter zugeschrieben oder mit Symptomen alterstypischer Erkrankungen verwechselt. Alkoholkonsum wird – nicht anders als in jüngeren Jahren – auch im Alter kulturell legitimiert, ja bei besonderen Anlässen und geselligen Gelegenheiten geradezu eingefordert. Aus Unwissenheit oder Gleichgültigkeit wird dabei nicht beachtet, dass die Risikogrenze, bei deren Überschreiten „normaler“ Konsum in Missbrauch und Abhängigkeit umschlägt, im Alter deutlich herabgesetzt ist. Den durch anregende oder dämpfende Substanzen beförderten „kleinen Fluchten“ aus einem als bedrückend erlebten Alltag des Alters wird meist mit wohlwollendem Verständnis begegnet. Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit aber sind den Betroffenen häufig gar nicht bewusst. Falls ein Risikobewusstsein besteht, so werden die Risiken nicht selten als das kleinere Übel in Kauf genommen. Häufig meint man sogar, sich im Rahmen eines gesundheitsbewussten Verhaltens zu bewegen. Ein Irrglaube, der durch die Pharmawerbung, durch schwerverständliche und (gerade für viele alte Menschen) kaum leserliche Gebrauchsinformationen gestärkt wird. Vor allem aber durch das Vertrauen gerade in jene Ärzte, die zu rascher Verschreibung bereit sind.

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei älteren Menschen wurde lange Zeit in Forschung und Praxis kaum thematisiert (Havemann-Reinecke; Weyerer; & Fleischmann, 1998). Erst mit der spürbaren Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wird dieser Problematik in den letzten Jahren mehr Beachtung geschenkt. Immer mehr alte Menschen werden zu Patienten und Klienten des gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystems. Damit gehören auch suchtkranke alte Menschen im stationären wie im ambulanten Bereich der Altenhilfe und -pflege, aber auch in anderen sozialen Einrichtungen immer mehr zum Berufsalltag. Aber obwohl der Handlungsbedarf wächst, hinken die professionellen und institutionellen Möglichkeiten, sich des Problems anzunehmen, noch hinterher. Erst in jüngster Zeit wurde damit begonnen, spezifische Handlungskonzepte zu entwickeln – insbesondere im ambulanten Bereich und bezüglich einer alltagsnahen Prävention und Rehabilitation – etwa in der offenen Altenarbeit.

¹⁾ Dabei kann, wie etwa das Beispiel einer 82jährigen Patientin im Drogen- und Suchtbericht 2008 zeigt, auch im hohen Alter ein Entzug erfolgreich sein und die Lebensqualität erheblich verbessern (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008).

Muster kritischen Alkohol- und Medikamentenkonsums

In den spärlichen Veröffentlichungen zur Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit alter Menschen wird fast immer der Ausdruck „Sucht“ verwendet – und damit ein Begriff, der vor allem auch umgangssprachlich benutzt wird. Anders als in der Umgangssprache muss jedoch, wenn es um Intervention und Hilfe geht und insbesondere wenn nach Möglichkeiten der Prävention gesucht wird, zwischen unterschiedlichen (und unterschiedlich kritischen) Mustern des Alkohol- und Medikamentenkonsums differenziert werden.

Der Begriff der *Sucht* ist mehrdeutig und schwer zu definieren. Psychiater verstehen darunter ein psychopathologisches Phänomen, das durch eine abnorme Verhaltensweise charakterisiert wird, die auf Basis der Süchtigkeit entsteht. Sucht ist letztlich unabhängig von den eingenommenen Drogen und es gibt auch süchtiges Verhalten ohne Drogenkonsum (Spielsucht). Im Bereich der Drogen wurde der Begriff der „Sucht“ daher 1994 von der WHO durch den Begriff der Abhängigkeit ersetzt.

Missbrauch meint den Gebrauch einer Sache in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck quantitativ oder qualitativ abweicht. Bei Drogen (Medikamenten oder Rauschmitteln) wird der Gebrauch ohne medizinische Indikation als Missbrauch bezeichnet. Allerdings ist der Maßstab beim Alkohol ein anderer, da alkoholische Getränke – zumindest in unserer Kultur – zugleich akzeptiertes Genussmittel wie Rauschmittel sind. Als Missbrauch gilt hier erst ein, nach den zugrundeliegenden soziokulturellen teilweise auch gesetzlichen Normen (Alkoholgrenze im Verkehr) überhöhter Konsum, insbesondere wenn es zu deutlich sichtbaren, als störend empfundenen, oder die Person und andere womöglich gefährdenden Veränderungen der psychischen und physischen Funktionen des Konsumenten kommt.

Bei *Abhängigkeit* wird unterschieden zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit, wobei sich *physische* Abhängig-

keit in körperlichen und psychischen Entzugerscheinungen zeigt, während *psychische* Abhängigkeit das unwiderstehliche Verlangen nach weiterem periodischem oder dauerndem Konsum der Droge ist, um Lust zu erzeugen oder Missbehagen zu verhindern (vgl. Feuerlein, 1975).

In aktuellen Typologien des Alkoholkonsums werden bis zu sechs Muster unterschieden, die vergleichbar auch für andere psychotrope Substanzen gelten: (1) Kein Konsum/Abstinenz, (2) risikoarmer Konsum von Alkohol, (3) riskanter Konsum, (4) problematischer Konsum, (5) schädlicher Gebrauch und (6) Abhängigkeit. Ab der vierten Stufe definieren sich die Unterschiede nicht mehr nur über die Konsummenge, sondern es kommen negative psychische und soziale Konsequenzen hinzu. Als schädlicher Gebrauch bzw. Missbrauch gilt nach der International Classification of Diseases (ICD-10) ein Konsum, der ohne Anzeichen einer Abhängigkeit zu körperlichen und/oder sozialen Schäden führt.

Um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit stellen zu können, müssen – unabhängig vom Alter – nach der ICD-10 mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres vorhanden gewesen sein: (1) starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren, (2) verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums, (3) ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, (4) Nachweis einer Toleranz; d.h. um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen des Alkohols zu erreichen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich, (5) Vernachlässigung anderer Neigungen und Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, (6) die Fortführung des Alkoholkonsums trotz eingetretener körperlicher, psychischer und sozialer Folgeschäden. Als charakteristische körperliche Symptome gelten ein schlechter Allgemeinzustand einhergehend mit Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Muskelatrophie, gerötete Gesichtshaut und vegetative

Störungen. Psychische Symptome sind vor allem Angst, Depressivität, innere Unruhe und kognitive Defizite.

Epidemiologie

Bereits bei der quantitativen Erfassung von Suchtproblemen im Alter gibt es Unsicherheiten. Die verfügbaren epidemiologischen Daten spiegeln – auch aus Gründen der schweren Erfassbarkeit – die Größenordnung nur unvollkommen wider. Dass Suchterkrankungen im Alter zu selten wahrgenommen werden, liegt unter anderem auch an der Ähnlichkeit der Symptome mit jenen von Depressionen und beginnender Demenz und an der gleichzeitigen Betroffenheit durch diese Erkrankungen.

Angaben zur *Häufigkeit von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit* in Gemeindestichproben weisen eine Variationsbreite zwischen 2 und 16 Prozent auf (DHS 2006). Legt man die Richtwerte der American Geriatrics Society zu Grunde²⁾, so ergeben sich für den riskanten Konsum in Deutschland sogar Prävalenzraten von rund 15 Prozent der Älteren, davon 27 Prozent Männer und 8 Prozent Frauen. Im Altersgruppenvergleich zeigt sich zwar jenseits der 60 ein niedrigerer Alkoholkonsum, der jedoch von Alterskohorte zu Alterskohorte gestiegen ist und vermutlich weiter steigen wird (Wolter, 2006, 189).

Repräsentative Daten zur *Nikotinabhängigkeit* in der Gruppe der älteren Menschen liegen für Deutschland nicht vor. Untersuchungen zeigen, dass knapp 16 Prozent der Männer und ca. 7 Prozent der Frauen, die 60 Jahre und älter sind, rauchen. Das sind insgesamt mehr als 2 Millionen Menschen (ca. 11 Prozent der Altersgruppe). Der Konsum älterer Raucher gilt als hoch und die Abhängigkeit als stark ausgeprägt. Das Beenden des Rauchens ist auch im höheren Alter noch mit deutlichen gesundheitlichen Gewinnen und einer Verringerung der Sterblichkeit

²⁾ Als Grenze zum „risikoreichen Konsum“ gelten bei gesunden Erwachsenen täglich 20 Gramm reiner Alkohol (etwa 0,5 l Bier oder 0,2 bis 0,25 l Wein) für Frauen und 30 Gramm für Männer.

verbunden. US-amerikanische Studien belegen die Effektivität von speziell auf ältere Raucher zugeschnittenen Interventionsprogrammen (vgl. Diakonisches Werk, 2008).

Die *Medikamentenabhängigkeit* wurde in verschiedenen Studien untersucht (vgl. DHS 2006, Weyerer 2003, Wolter 2006, Drogen- und Suchtbericht 2008, 2009). Es wird angenommen, dass in Deutschland 1,4–1,5 Millionen Menschen medikamentenabhängig sind, davon 70 Prozent Frauen. Die Abhängigkeit von Medikamenten wird als „stille Sucht“ bezeichnet, weil sie unauffälliger ist und diskreter verläuft als Drogen- oder Alkoholsucht. Der Übergang zwischen Gebrauch und Missbrauch ist oft fließend und die sichere Feststellung einer Medikamentenabhängigkeit ist im Einzelfall schwierig. Gerade bei älteren Menschen lässt sich die Grenze von risikoreichem Konsum zur nachweisbaren Abhängigkeit u. a. aufgrund altersbedingter Veränderungen des Stoffwechsels nicht eindeutig festlegen.

5 Prozent bis 6 Prozent der häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotenzial. Nach Studien werden rund ein Drittel der rezeptpflichtigen psychotropen Arzneimittel wie z. B. Schlafmittel und Tranquilizer vom Benzodiazepin- und Barbitursäure-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulanzien nicht wegen akuter Probleme, sondern zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet. Trotz schwieriger Diagnose einer Benzodiazepin – (low-dose) – Abhängigkeit erscheint es plausibel, dass 40 bis 50 Prozent der BZD-Dauerkonsumenten abhängig sind. Aus dem Einnahmeverhalten können Rückschlüsse auf die weitere Entwicklung gezogen werden. Zwei Drittel der Patienten, die täglich BZD einnehmen tun dies auch noch nach über zehn Jahren.

Im Bundesgesundheitsurvey 1998 (RKI, 1999) wurde in der Gruppe der Teilnehmer im Alter von 60 bis 79 Jahren bei 20,1 Prozent ein Konsum von psychotropen Medikamenten festgestellt. Auswertungen

von Langzeitverordnungen geben einen Hinweis darauf, dass Verordnungen in dieser Altersgruppe besonders hoch sind. Bis zu 8 Prozent der über 70-jährigen Frauen erhalten eine Langzeitmedikation von Benzodiazepinen. Eine Studie zum Konsum von psychotropen Medikamenten und Alkohol bei Älteren machte deutlich, dass die kombinierte Nutzung von psychotropen Medikamenten und Alkohol eine in Deutschland quantitativ bedeutsame Risikogruppe betrifft. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht davon aus, dass zwischen 5 und 10 Prozent der über 60-Jährigen einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln aufweisen; das entspricht einer absoluten Zahl von 1 bis 2 Mio. Frauen und Männern.

Vor allem Frauen und ältere Menschen bekommen Medikamente mit einem Missbrauchspotenzial verordnet und gebrauchen diese auch häufiger. Aus der Berliner Altersstudie, die selbstständig, aber nicht unbedingt allein lebende Menschen in hohem Alter interdisziplinär und längsschnittlich untersucht hat, geht nach Angaben des vierten Altenberichts (BMFSFJ, 2002) hervor, dass – bezogen auf 70-Jährige und Ältere – 24,6 Prozent mit Psychopharmaka behandelt wurden, davon allein 13,2 Prozent mit Benzodiazepin-Anxiolytika. 90 Prozent nahmen diese als Dauermedikation, d. h. länger als 6 Monate und etwa 50 Prozent täglich ein. Daten aus neueren Untersuchungen belegen für eine Teilstichprobe, dass Benzodiazepine von 9,3 Prozent der untersuchten über 60-jährigen alleinlebenden Menschen und von 10 Prozent der Heimbewohner eingenommen wurden, davon in 90 Prozent der Fälle länger als vier Wochen (Schneekloth, 2005, 2006).

Die Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass bei älteren Menschen im Bereich von Alkohol und Zigaretten, insbesondere aber bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln ein erheblicher Missbrauch betrieben wird. Angesichts der demografischen Entwicklung und zusätzlicher Kohorteneffekte ist zu befürchten, dass sich zukünftig der Anteil Suchtkranker im

Alter deutlich erhöhen wird. In absehbarer Zukunft werden überdies Kohorten ein höheres Lebensalter erreichen, in denen nicht nur – wie bei den heute Alten – legale, sondern auch illegale Drogen in größerem Umfang konsumiert wurden. Auch angesichts der von Experten erwarteten Zunahme der Suchterkrankungen im Alter tut man gut daran, sich mit den Gründen und mit Möglichkeiten der Behandlung, Rehabilitation und Prävention auseinander zu setzen.

Spezifika der Sucht im Alter

Sucht im Alter unterscheidet sowohl im Umgang als auch in der Behandlung von der Sucht jüngerer Menschen, weil die Lebenslagen im Alter und der Lebensalltag alter Menschen einerseits durch spezifische Risiken geprägt sind, andererseits aber auch spezifische Anknüpfungspunkte für Prävention, Therapie und Rehabilitation bestehen. Zwar gleichen die Symptome einer Suchterkrankung bei älteren Menschen oft denen bei jüngeren. Sehr unterschiedlich ist jedoch die sog. Suchtmitteltoleranz. So führt z.B. die gleiche Menge Alkohol bei Älteren zu einer deutlich höheren Blutalkoholkonzentration als bei Jüngeren und bewirkt eine stärkere Schädigung des zentralen Nervensystems. Die für gesunde Erwachsene geltende Grenze für risikoreichen Konsum (siehe Fußnote 2) ist aufgrund des mit dem Alter langsamer werdenden Stoffwechsels und steigender Multimorbidität für Ältere deutlich herabzusetzen. Die bei Älteren (60+) im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen feststellbare Abnahme des Alkoholkonsums wird einerseits auf die geringere Alkoholtoleranz und den Verzicht auf Alkohol wegen der Folgeerkrankungen zurückgeführt. Andererseits aber auch auf die erhöhte Mortalitätsrate von „early-onset-Abhängigen“, die selten älter als 65 Jahre werden. Bei dieser Gruppe haben die Suchtprobleme meist in frühen Lebensphasen begonnen und im Verlauf des Lebens häufig zu schweren körperlichen und psychischen Erkrankungen, hirnorganischen Veränderungen und zu sozialen Situationen der Ausgrenzung und Isolation geführt. Bessere Behandlungsprognosen haben „late-onset-Abhängige“, deren Sucht erst im höheren Lebensalter ausgelöst wurde – häufig durch alterstypische kritische Lebensereignisse wie Verrentung oder Partnerverlust. Sie gelten als psychisch stabiler, verfügen über mehr Ressourcen und leiden weniger unter psychischen Begleiterkrankungen. Eine dritte Gruppe sind „rezidiv Abhängige“, die nach langen Jahren der Abstinenz durch unterschiedliche Auslöser rückfällig werden.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit bei älteren Menschen sind neben früherer Suchterfahrung, langer Behandlungsdauer und Dosissteigerung auch psychosoziale Belastungen wie Einsamkeit nach Partnerverlust, Einschränkungen sozialer Beziehungen/Aktivitäten durch Multimorbidität, Belastung durch Pflege des Partners, Schlaflosigkeit und chronische Schmerzen. Für die besondere Betroffenheit von Frauen kommen unterschiedliche Gründe in Betracht: Frauen leiden häufiger unter den „Grundkrankheiten“ Depression, Angststörung und chronische Schmerzen. Bei bestehenden psychischen Belastungen bevorzugen Frauen Medikamente, Männer hingegen haben eine höhere Neigung zum Alkoholkonsum. Frauen gehen generell häufiger zum Arzt und konsumieren insgesamt mehr Medikamente.

Wie beim Alkohol sind auch die Wirkungen von Medikamenten aufgrund des verlangsamteten Stoffwechsels im Alter langsamer und nachhaltiger, was die unerwünschten Nebenwirkungen verstärkt. Die diagnostischen Leitlinien für Alkohol (s.o.) gelten für die Abhängigkeit von allen bekannten psychotropen Substanzen, Diagnose und Behandlung werden jedoch bei Medikamentenabhängigkeit dadurch erschwert, dass sich (anders als bei Alkohol und illegalen Drogen) ältere Menschen häufig nicht bewusst sind, eine ärztlich verordnete Substanz mit Suchtpotenzial missbräuchlich zu verwenden und dadurch in Abhängigkeit zu geraten. (Vgl. Havemann-Reinecke, U.; Weyerer, S. & Fleischmann, 1998; Weyerer, 2003, 2003a; Rumpf & Weyerer, 2006; DSH, 2006; Diakonisches Werk 2008; Drogen- und Suchtbericht, 2008, 2009).

Strategien zur Verbesserung der Versorgungslage

Die große Bandbreite der Risikofaktoren, der Muster kritischen Konsums und der Situationen in denen Sucht im Alter zum Problem wird, erfordert ein entsprechend differenziertes Spektrum von Interventionsmaßnahmen. Die älteren Menschen selbst bedürfen der besseren Aufklärung über die hohen Risiken einer Suchtmittelabhängigkeit, aber auch der Therapiechancen. Dies gilt ebenso für Menschen, die sich in ihren unterschiedlichen Funktionen den Älteren zuwenden. Pfleger, medizinisches Fachpersonal, Ärzte, professionelle wie ehrenamtliche Mitarbeiter in den Feldern der Altenhilfe und Altenarbeit aber auch Angehörige sind besser zu informieren und für den im Umgang mit suchtfgefährdeten und suchterkrankten alten Menschen zu qualifizieren.

Prinzipiell sind für ältere Menschen mit Suchterkrankungen die Angebote der Suchthilfe wie der Altenhilfe zuständig. Eine Arbeitsgruppe des Diakonischen Werks (2008) hat jedoch ermittelt, dass es einerseits der Suchthilfe an Zugängen zu alten Menschen fehlt, andererseits der Altenhilfe an Wissen über die Suchtproblematik und an der Qualifikation, angemessen damit umzugehen. So fällt z.B. in Altenpflegeheimen die hohe Rate der Menschen auf, die bereits bei ihrer Aufnahme Anzeichen von Missbrauch und Abhängigkeit erkennen lassen. Andererseits wird das Suchthilfesystem von älteren Menschen nicht in Anspruch genommen. Eine interne Untersuchung von Arbeitsfeldern der Diakonie (a.a.O.) bestätigt, dass sowohl in der Suchthilfe, wie in der ambulanten und stationären Altenhilfe, Suchterkrankungen im Alter für ein relevantes Problem gehalten werden, zugleich aber ein Mangel an zielgruppenspezifischen Angeboten besteht. Dies dürfte auch dran liegen, dass Suchterkrankungen im Alter nicht nur fachlich sondern auch leistungsrechtlich zwischen unterschiedliche Kompetenzbereiche fallen. Allein im Hintergrund des Angebotspektrums der Suchtkrankenhilfe (Gesundheitsförderung und Prävention, Beratung, Entgiftung, Eingliederung und

Selbsthilfeförderung) stehen vier unterschiedliche Gesetzbücher: SGB V (Krankenversicherung), SGB VI (Rentenversicherung), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und SGB XII (Hilfen zur Eingliederung).

Es ist ein erklärtes Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention, gerade auch jene Menschen anzusprechen, die besonders großen Belastungen ausgesetzt sind aber zugleich geringe Bewältigungsmöglichkeiten haben. Dazu gehören auch sozial schwache, gesundheitlich eingeschränkte und isoliert lebende Ältere. Sie gelten in der Altenhilfe als schwer erreichbar, noch schwerer jedoch findet die Suchthilfe einen Zugang zu dieser Gruppe. Aufklärungskampagnen („setting-Ansatz“), wie sie in Schulen und Betrieben durchgeführt werden, wären auch in der offenen Altenarbeit (Begegnungsstätten) und in stationären Einrichtungen der Altenhilfe sinnvoll. Sie müssten sich sowohl an das Personal, wie an die Besucher und Bewohner selbst richten. Da ältere Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und ihre Bezugspersonen die vorhandenen Beratungsangebote kaum aufsuchen, ist eine engere Kooperation der Sucht- und Drogenberatungsstellen mit dem Altenhilfe- und Pflegebereich zu etablieren. Die setzt unter anderem entsprechende Informationen und Schulungen bei den professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeitern der Altenhilfe voraus, um Suchtprobleme und -risiken besser erkennen und gegebenenfalls den Kontakt zur Suchthilfe herstellen zu können. Umgekehrt bedarf es im Bereich der Suchthilfe besserer Informationen und Qualifikationen über die spezifischen Risiken, aber auch die Präventionsmöglichkeiten und Therapiechancen bei Sucht im Alter. Dazu gehören auch Kenntnisse über die Versorgungsstruktur der Altenarbeit und ihr vielfältiges soziales und kulturelles Angebotsspektrum sowie über die reichhaltige Landschaft der zivilgesellschaftlichen Projekte von Älteren und für Ältere.

In aktuellen Handlungsempfehlungen (EKD 2008) wird die Sensibilisierung der Altenhilfe und der Suchthilfe für das Thema „Sucht im Alter“ durch wechselseitigen Wissenstransfer der Mitarbeiter und regionale Vernetzung und Kooperation der Dienste und Einrichtungen zu Recht hervorgehoben. Dies könnte in der Tat ein wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung der Situation und der Versorgung älterer Menschen mit Suchterkrankungen sein. Allerdings geht der Radius der notwendigen Interventionen darüber hinaus. Angesichts der besonderen Gefährdung alter Menschen durch Medikamentenmissbrauch sind vor allem auch die Akteure des Gesundheitssystems einzubeziehen. Wie der Drogen- und Suchtbericht 2009 betont, bedarf es der gemeinsamen Anstrengung von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie der Patientinnen und Patienten, um der Medikamentenabhängigkeit entgegenzuwirken.

Literaturhinweise:

- BMFSFJ (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. URL: www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=5362.html
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007): Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. URL: www.bundesaeztekammer.de/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf
- Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.) (2006): Unabhängig im Alter – Arbeitsschwerpunktjahr; URL: www.unabhaengig-im-alter.de/web/thema/index.htm (Download vom 29.11.2007)
- Diakonisches Werk der EKD (2008): Sucht im Alter. Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder. Stuttgart: Eigenverlag.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008): Drogen- und Suchtbericht 2008. URL: www.bmg.bund.de/cln_153/nn_1195886/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/D/Glossar-Drogenbeauftragte/Moderne-Drogenpolitik_Drogenbericht_202008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Moderne-Drogenpolitik_Drogenbericht%202008.pdf
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009): Drogen- und Suchtbericht 2009. URL: www.bmg.bund.de/cln_153/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Drogen_20und_20Sucht_20allgemein/Drogen_20und_20Suchtbericht_202009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Drogen_%20und_%20Suchtbericht%202009.pdf
- Feuerlein, W. (1975). Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Neuer Internetservice der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Wie finde ich ein Heim für meinen demenzkranken Vater? Wo kann ich meine alzheimerkranke Frau für ein paar Stunden in der Woche betreuen lassen? Wer kann mich ab und zu in der Pflege ablösen, damit ich selbst mal zum Arzt gehen kann? Mit solchen und ähnlichen Fragen wenden sich Angehörige von Demenzkranken häufig an das Alzheimer-Telefon – auch weil ihre Suche im Internet erfolglos geblieben ist. Die neue Linksuche der Deutschen Alzheimer Gesellschaft unter www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=278 erleichtert das Finden von Unterstützungs- und Entlastungs-Angeboten für Angehörige von Demenzkranken.

Im Internet sind die für Angehörige wichtigen Adressen oft nur mit Geduld und pfadfinderischem Geschick zu finden. „Wir haben wesentlich mehr Zeit für die Recherche der mehr als 800 Internetadressen gebraucht, als wir ursprünglich eingeplant hatten“, erklärt Susanna Saxl, die Leiterin des Projektes. „Auch die Qualität der Seiten, die wir gefunden haben, weist immense Unterschiede auf. Es gibt nur wenige übersichtliche und laufend aktualisierte Seiten, wie die des Demenz-Service NRW oder den Hilfelotsen für Berlin.“ Um die vorhandenen Angebote möglichst flächendeckend zu erfassen, wurden fast alle Seiten, die Hilfsangebote aufführen, mit aufgenommen. Die Qualität der verlinkten Seiten wird mit ein bis fünf Sternchen sichtbar gemacht.

„Die regionalen Alzheimer Gesellschaften vor Ort haben einen guten Überblick über die Hilfsangebote in ihrem Umkreis. Sie bieten persönliche Beratung und Unterstützung bei der Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Angebot. Dies kann das Internet nicht leisten. Immer mehr Menschen möchten sich aber vorab selbst informieren und vorbereitet in ein Beratungsgespräch gehen. Diesem Wunsch tragen wir mit dem neuen Internetservice Rechnung“, sagt Heike von Lützu-Hohlbein, Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Das Projekt einer bundesweiten strukturellen Erhebung der Hilfsangebote für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft im Auftrag und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend umgesetzt.

Weitere Informationen:
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstraße 236
10969 Berlin
Tel (030) 259 37 95-0
info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

Polizisten lernen, mit Demenzkranken umzugehen

In Rheinland-Pfalz werden Polizeibeamte speziell für den Umgang mit Demenzkranken geschult. Initiiert wurden diese Workshops vom Projekt „Einsatz Demenz“. Für dieses Engagement hat das Projekt jetzt von der „Financial Times Deutschland“ eine Auszeichnung erhalten.

„Die Idee, Polizisten im Umgang mit Demenzkranken zu schulen, ist nicht nur originell, sondern berührt auch ein hochrelevantes und immer weiter verbreitetes gesellschaftliches Problem“, heißt es in der Begründung der Jury. Bei dem zum vierten Mal ausgeschriebenen Ideenwettbewerb gehörte das im Rahmen der Demenzkampagne entwickelte Gemeinschaftsprojekt des Landessozial- und -innenministeriums zu den zehn Siegern, die aus Beiträgen von über 50 Unternehmen und Institutionen ausgewählt wurden. Derzeit leiden etwa 70 000 Rheinland-Pfälzer an mittlerer oder schwerer Demenz. Pro Jahr wird mit 11 000 Neuerkrankungen im Land gerechnet.

Quelle:
Ärzte Zeitung, 02.04.2009

Start der Kampagne „Geben gibt.“

Erstmals haben sich die großen gemeinnützigen Dachverbände als Initiatoren einer Kampagne zusammengeschlossen. Sie repräsentieren 15 Millionen Mitglieder und stellen ihre Infrastruktur zur Verfügung. Die Kampagne soll die Anerkennungskultur für freiwilliges Geben von Zeit, Geld und Wissen stärken.

Eine für die Kampagne in Auftrag gegebene emnid-Umfrage verdeutlicht das Engagement in der Bevölkerung: Ein Drittel der Deutschen leistet bereits einen Beitrag für das Gemeinwohl. Doch es könnten deutlich mehr sein. Wie der Freiwilligen-survey (2004) und der Engagementatlas 09 der Generali Deutschland belegen, sind mehr als 36 Prozent der bisher nicht engagierten Bürger grundsätzlich bereit, sich für die Gesellschaft einzusetzen. Zugleich zeigen die neuen emnid-Umfrageergebnisse, dass die große Herausforderung darin besteht, bildungsferne und materiell benachteiligte Bevölkerungsschichten an passende Engagementformen heranzuführen. Ziel der Kampagne ist deshalb, die Anerkennungskultur zu stärken und schlummernde Engagement-Potenziale generationenübergreifend zu mobilisieren. Im Rahmen der Kampagne wird der Deutsche Engagementpreis vergeben. Durch die Einsendung von Postkarten oder über die Internetseite www.geben-gibt.de können Bürgerinnen und Bürger bis zum 31. August engagierte Personen und beeindruckende Projekte für den Deutschen Engagementpreis vorschlagen. Verliehen wird er Ende des Jahres in vier Kategorien, welche die Bandbreite des Engagements in Deutschland widerspiegeln: Von Unternehmen über Politik und Verwaltung sowie Initiativen, Verbände und Stiftungen bis zu Einzelpersonen. Um die breite Bevölkerung in die Kampagne einzubinden, ist zudem ein Publikumspreis vorgesehen.

Die Kampagne „Geben gibt.“ hat das Ziel, freiwilliges Engagement in Deutschland nachhaltig zu stärken. Initiatoren der Kampagne sind die großen gemeinnützigen Dachverbände sowie bundesweite Netz-

werke und Initiativen, die sich zum „Bündnis für Engagement“ zusammengeschlossen haben. Hauptförderer sind zu gleichen Teilen das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Zukunftsfonds der Generali Deutschland Holding AG. Zu den Mitgliedern des „Bündnis für Engagement“ zählen die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO), das Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE), der Bundesverband Deutscher Stiftungen e.V., der Deutsche Bundesjugendring e.V. (DBJR), der Deutsche Kulturrat, der Deutsche Naturschutzring e.V. (DNR), der Deutsche Olympische Sportbund e.V. (DOSB), der Deutsche Spendenrat e.V., die Türkische Gemeinde in Deutschland sowie VENRO – der Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V. Unterstützende Partner sind unter anderem der Johanniterorden, der Deutsche Caritasverband e.V., der Deutsche Städtetag sowie das Deutsche Zentralinstitut für soziale Fragen.

Auf lokaler Ebene wird die bundesweite Dachkampagne durch Projektkampagnen unterstützt; Vereine, Kirchen, Bürgerstiftungen und Verbände sowie Freiwilligenagenturen, Schulen und Hochschulen sind aufgerufen, sich mit neuen Projekten und Kooperationsideen zu beteiligen. Alle Informationen und Hintergründe zu der Kampagne und ihren Initiatoren sowie eine Übersicht der Kooperationsmöglichkeiten für Initiativen, Organisationen und Vereine befinden sich auf der Kampagnenwebseite unter www.geben-gibt.de.

Weitere Informationen:
Dr. Cornelia Kunkat
Projektleiterin Kampagne „Geben gibt.“
c/o Bundesverband Deutscher Stiftungen
Mauerstraße 93, 10117 Berlin
Telefon (030) 89 79 47-93
cornelia.kunkat@stiftungen.org

Positive Reaktionen auf Pflegestützpunkte

Entgegen den Befürchtungen der Kritiker von Pflegestützpunkten, kommen die Stützpunkte bei den Menschen gut an. Laut einer Umfrage des KDA unter Rat- und Hilfesuchenden, sind 74 Prozent der Befragten mit den Leistungen der Anlaufstellen sehr zufrieden und würden wieder einen Pflegestützpunkt aufsuchen.

An der anonymen Befragung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) nahmen im vergangenen Oktober und November 344 Nutzer in den 16 Pilotpflegestützpunkten teil.

Der KDA-Geschäftsführer Dr. Peter Michell-Auli sagte: „Es ist erfreulich, dass die Nutzer ihren gesetzlichen Anspruch auf eine umfassende Beratung damit auch wahrnehmen.“ Insbesondere die vorpflegerischen Themen seien sehr gefragt, so der KDA-Chef. „Die Deutlichkeit, in der diese Bereiche nachgefragt werden, hat uns überrascht.“ Dadurch könnten Pflegestützpunkte eine bedeutende Rolle in der Prävention einnehmen. Dieser Eindruck wird auch durch die Evaluation der Dokumentationssysteme in den Pflegestützpunkten durch das KDA bestätigt. So waren von den 2.100 Betroffenen über 54 Prozent keiner Pflegestufe zuzuordnen, obwohl bei ihnen die Angaben zur Pflegestufe erfasst worden waren. Allerdings zeigte die Evaluation zum Teil erhebliche Unterschiede in der Qualität der Dokumentation, was einen hohen Bedarf an qualitätssichernden Maßnahmen offenbart. Das KDA plant daher, ein Pflichtenheft zur Sicherung einer soliden Dokumentation zu erstellen.

Die Pflegestützpunkte verstehen sich als neutral informierende Lotsen, die bei der Antragsstellung helfen und die Versorgung koordinieren.

Weitere Informationen:
Bundesministerium für Gesundheit:
www.bmg.bund.de/nn_1168762/Shared-Docs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbericht-Pflegest_C3_BCtzpunkt.html

Weitere Pflegestützpunkte im Entstehen

In *Berlin* wurde zwischen Senat und Kranken- und Pflegekassen die Einrichtung von 24 Pflegestützpunkten bis zum Sommer und insgesamt 36 Pflegestützpunkte bis Ende 2011 vereinbart. Die bereits vorhandenen, vom Land finanzierten zwölf Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ sollen in die neue Struktur eingebunden werden.

Hamburg hat mit dem Aufbau von Pflegestützpunkten begonnen. Ein zwischen der Stadt und den Pflege- und Krankenkassen unterzeichneter Rahmenvertrag sieht zunächst die Einrichtung von acht Stützpunkten im Laufe des Jahres vor.

Das Flächenland *Brandenburg* erwägt in dünn besiedelten Regionen mobile Pflegestützpunkte einzurichten. Die ersten drei fixen Pflegestützpunkte des Landes sollen in Erkner, Neuruppin und Eisenhüttenstadt entstehen. Entsprechende Errichtungsbescheide hat das Gesundheits- und Sozialministerium Brandenburg Anfang April an die Pflegekassen versandt. In *Bremen* und *Bremerhaven* wurden die ersten drei Pflegestützpunkte eröffnet. Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen werden in die Arbeit eingebunden. Kostenträger sind die Kranken- und Pflegekassen sowie das Land Bremen, die Stadtgemeinde Bremen und die Stadt Bremerhaven. Die Mitarbeiter in den Pflegestützpunkten verstehen sich als neutral informierende Lotsen, die bei den Antragstellungen helfen und die Versorgung koordinieren sollen. Nach einer Evaluation soll bis spätestens Ende 2010 über die endgültige Zahl wohnortnaher Pflegestützpunkte im Land Bremen entschieden werden.

In *Schleswig-Holstein* haben die ersten acht Beratungsstellen ihre Arbeit aufgenommen, bis Jahresende sollen es 15 werden. Politik und Kassen erhoffen sich davon auch ein Umsteuern der Patientenströme von den stationären in die ambulanten Einrichtungen - noch gibt es im Land nur halb so viele ambulante Dienste wie stationäre Einrichtungen.

Etwa 100.000 Haushaltshilfen aus Mittel- und Osteuropa

Die meisten pflegebedürftigen Menschen leben zu Hause. Bei hohem Betreuungsbedarf sind Angehörige oft überlastet, insbesondere, wenn sie nicht in unmittelbarer Nähe leben. Die Kosten für die dann nötige Versorgung werden von den Leistungen der Krankenkassen und der Pflegeversicherung jedoch nur zu einem geringen Teil abgedeckt. Dies hat in den vergangenen Jahren zunehmend dazu geführt, dass betroffene Familien sich entschieden haben, eine mittel- oder osteuropäische Haushaltshilfe zu engagieren. Die öffentliche Diskussion über diese Form der – zu einem großen Teil nicht angemeldeten – Beschäftigungsverhältnisse und der hohe und wachsende Bedarf an Unterstützung in der Pflege zu Hause hat den Deutschen Caritasverband veranlasst, eine Studie zur Situation und den Bedarfen von Familien mit mittel- oder osteuropäischen Haushaltshilfen in Auftrag zu geben. Durchgeführt wurde die Studie 2008 vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln (dip).

Nach Schätzung von Experten arbeiten in Deutschland rund 100.000 Frauen aus Mittel- und Osteuropa in Haushalten mit pflegebedürftigen Menschen. In der nun vorliegenden ersten umfassenden empirischen Studie zum Thema wurden sowohl die Situation der Familien als auch die Einschätzung der ambulanten Pflegedienste untersucht. Die Familien wurden nach ihrem Bedarf und ihren Erfahrungen befragt. Die Pflegedienste äußerten sich dazu, inwieweit sie mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen als Konkurrenz betrachten, ob sie Synergie-Potenziale durch eine Verschränkung der jeweiligen Hilfeformen sehen und wie sie sich auf die zukünftige Dienstleistungsfreiheit innerhalb der EU vorbereiten.

Die Studie zeigt, dass der weitaus größte Bedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bzw. in der Unterstützung bei hausnahen Dienstleistungen liegt. Dazu gehören beispielsweise Hilfen bei der Zubereitung von Mahlzeiten oder beim Einkaufen. Hinzu kommt der Unterstützungsbedarf im Bereich der pfle-

gerischen Versorgung, wie zum Beispiel der Versorgung mit Medikamenten oder mit Pflegehilfsmitteln. Vor allem allein lebende Frauen jenseits der 80 werden von mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen unterstützt. Rund zwei Drittel haben ein körperliches Handicap, ein Drittel leidet an einer Form von Altersdemenz. Für mehr als die Hälfte der betroffenen alten Menschen (56 Prozent) ist diese Hilfeform die einzige Alternative zum Pflegeheim. Sie wollen in ihrer häuslichen Umgebung bleiben, aber die Familie wohnt zu weit weg, um sich (vielleicht sogar rund um die Uhr) zu kümmern. Die Familien sind mit den Helferinnen meist sehr zufrieden – drei Viertel sehen ihre Angehörigen auf diese Weise sicher betreut und fast 70 Prozent betrachten die Helferinnen als Teil der Familie. Vier von fünf halten die bisherigen Angebote der ambulanten Pflegedienste nicht für ausreichend, um die tägliche Grundversorgung zu gewährleisten. Viele Betroffene nutzen deshalb beides – und sehen in der Verschränkung von Hilfskraft und ambulantem Hilfsdienst die „ideale Ergänzung“ (43 Prozent).

Auch die Pflegedienste gaben an, durch die Haushaltshilfen in der häuslichen Versorgung und der Grundpflege zwar einerseits Aufträge verloren zu haben, am Ende aber doch davon zu profitieren: Denn die Haushaltshilfen tragen wesentlich dazu bei, dass die alten Menschen nicht so schnell ins Heim oder Krankenhaus müssen (87 Prozent). In den meisten Fällen konnten die befragten Senioren die Versorgung selbst oder mit Hilfe der Familie finanzieren. Die Pflegedienste gaben an, dass sich ihrer Meinung nach etwa zehn Prozent ihrer Patienten eine Haushaltshilfe leisten können.

Nach Ansicht des Caritasverbandes belegt die Studie, dass die zur Zeit geltende Aufteilung in Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) nicht dem Bedarf in den Familien entspricht. Hier sei dringend eine Anpassung an den Alltag der betroffenen Personen und ihrer Familien erforderlich. Zum Beispiel ist die Versorgung mit Medika-

menten im SGB V geregelt. Wenn also Medikamente genommen werden müssen, darf ein Angehöriger diese beim morgendlichen Frühstück geben, eine Haushaltshilfe nicht. Sie müsste auf den ambulanten Pflegedienst warten. Das gilt ebenso für die tägliche Körperpflege, die Hilfe beim An- und Auskleiden oder beim Zubettgehen. Diese Bereiche der Alltagsbegleitung könnten, so Caritaspräsident Peter Neher, auch von anderen Personen übernommen werden, wenn sie eine qualifizierte Einführung erhalten. Familien, die den berechtigten Wunsch nach Entlastung und Hilfe haben, müssten eine mittel- und osteuropäische Haushaltshilfe ohne Angst vor Sanktion einstellen können. Dies erfordere, über eine Vorziehung der EU-Dienstleistungsfreiheit vor 2011 nachzudenken bzw. bereits bestehende Arbeitsverhältnisse zu dulden. Eine Stigmatisierung von Anbietern, die Haushaltshilfen auf der Basis EU-rechtlicher Arbeitsbedingungen vermitteln, sei wenig hilfreich.

Weitere Informationen:

www.pflege-shv.de/dip-Studie-Haushaltshilfen_Bericht0409.pdf

Kontakt:

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Dr. Michael Isfort
m.isfort@dip.de

Deutscher Caritasverband, Dr. Franz Fink
Referatsleiter Altenhilfe, Behindertenhilfe
und Gesundheitsförderung
franz.fink@caritas.de

„Meister-BAföG“ macht nun auch Fortbildung in der Altenpflege attraktiver

Das kürzlich im Bundesrat verabschiedete Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG), ist bekannt unter dem Stichwort „Meister-BAföG“. Gefördert werden durch das Gesetz, das am 01.07. dieses Jahres in Kraft tritt, grundsätzlich Fortbildungen, die den beruflichen Aufstieg unterstützen. Durch eine Gesetzesänderung ist erreicht worden, dass erstmals auch eine Förderung in der Altenpflege möglich ist.

Die Neuregelung zeige, so der Präsident des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) Meurer, dass die Politik das Problem erkannt hat. Qualifizierte Altenpflegerinnen und Altenpfleger würden, gerade in Zeiten eines gravierenden Fachkräftemangels, händeringend gesucht. Der Verband bewertet die attraktiveren Fortbildungsmöglichkeiten, wie sie durch das neue Gesetz auf den Weg gebracht werden, als persönliches Sprungbrett für engagiertes Personal – über alle Altersgruppen hinweg – in einer Branche, die ein Jobmotor sei. Auf der anderen Seite würden die Einrichtungen sinnvoll in ihrem Anliegen unterstützt, die Pflegequalität durch qualifiziertes Personal weiterzuentwickeln.

Mit der Gesetzesänderung wird im Bereich der ambulanten und stationären Altenpflege die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen förderfähig, wenn bei Präsenzlehrgängen die fachlich zuständige Landesbehörde am Sitz des Trägers – und bei Fernunterrichtslehrgängen die Staatliche Zentralstelle für Fernunterricht – bestätigt, dass die Fortbildung inhaltlich im Wesentlichen einer Fortbildungsregelung eines anderen Bundeslandes in diesem Bereich entspricht. Voraussetzung für den Erhalt des „Meister-BAföGs“ ist dabei der Nachweis einer abgeschlossenen, mindestens zweijährigen Ausbildung. Zudem muss die Fortbildung öffentlich rechtlich (d. h. durch das zuständige Landesministerium oder eine andere staatliche Behörde) anerkannt sein bzw. einen entsprechenden Abschluss vorweisen.

Bei dem notwendigen Länder-Vergleich handelt es sich um eine übergangsweise eingesetzte Hilfskonstruktion, die eine Förderung nach dem neuen Gesetz auch in Ländern, in denen bislang keine entsprechenden landesrechtlichen Regelungen im Bereich der Aufstiegsfortbildungen für Altenpflegekräfte bestehen, ermöglicht. Sollte z. B. eine Fortbildung zur Pflegedienstleitung im Rahmen eines 460-Stunden-Kurses anerkannt sein, könnte eine entsprechende Förderung in Anspruch genommen werden. Zusätzlich zum bisherigen staatlichen Zuschuss von 30,5 Prozent zum Maßnahmebeitrag bei Beginn des Lehrganges wird bei Bestehen der Prüfung ein neuer Erlass von 25 Prozent auf das auf die Lehrgangs- und Prüfungsgebühren entfallende Restdarlehen gewährt.

Als Grundlage für die Beantragung des „Meister-BAföGs“ stellt der bpa, der bundesweit über 6.000 private Pflegeeinrichtungen vertritt, für seine Mitglieder eine Übersicht aller staatlich anerkannten Aufstiegsfortbildungen im Bereich Pflege zusammen.

Weitere Informationen:

Herbert Mauel, Bernd Tews
Telefon (030) 30 87 88 60

Stiftung ProAlter zeichnet beispielgebende Projekte aus

„Das hilfreiche Alter hilfreicher machen!“ – so lautet das Motto des bundesweiten Wettbewerbs der Stiftung ProAlter, der unter der Schirmherrschaft von Bundesministerin Ursula von der Leyen ausgeschrieben worden war. Beworben haben sich 153 Projekte aus dem gesamten Bundesgebiet. Es wurden Preise von insgesamt 30.000 Euro vergeben. Durch ein unabhängiges Preisgericht unter Leitung von Konrad Hummel wurden realisierte und geplante Projekte prämiert, bei denen freiwillige konkrete Hilfeleistungen von älteren Menschen für ältere Menschen im Mittelpunkt stehen.

Den 1. Preis (10.000 Euro) bei den realisierten Projekten erhielt die Initiative „Öcher Frönnde“ e.V. (Aachener Freunde). Dort werden umfangreiche Leistungen durch ältere Menschen auf freiwilliger Basis für Hilfebedürftige erbracht, und die Helferinnen und Helfer erwerben gleichzeitig durch ihre Leistungen Anwartschaften auf Hilfeleistungen für den Fall, dass sie selbst in Zukunft Hilfe benötigen. Den 2. Preis (5.000 Euro) erhielt der Verein Lenninger Netz e.V. (Lenningen, Baden-Württemberg) für den Start des Projektes „Betreutes Wohnen zu Hause“, bei dem viele Initiativen und Träger kooperieren, damit ältere Mitbürger mit ehrenamtlicher Unterstützung so lange wie möglich zu Hause leben können. Den 3. Preis teilen sich (mit jeweils 2.000 Euro) zwei Initiativen: Das Projekt „Herbstzeitlose“ in Saalfeld (Thüringen), in dem ältere Ehrenamtliche zu Seniorenbegleitern/innen ausgebildet werden, die hilfebedürftige ältere Personen begleiten und betreuen. Die Initiative „Super 60“ in der Verbandsgemeinde Kaisersesch (Rheinland-Pfalz) – in einem ländlich geprägten Umfeld – unterstützt Ältere beim freiwilligen Engagement für allein stehende ältere Menschen im sozialen Umfeld.

Bei den geplanten Projekten wurde die Initiative „Selbständig in Ostfildern auch im Alter (Sofia)“ (Baden-Württemberg)

mit dem 1. Preis (6.000 Euro) ausgezeichnet. Herzstück des neuen Angebotes sind so genannte Besuchspaten, ältere Freiwillige, die für hilfebedürftige ältere Menschen als persönliche Ansprechpartner, Vertrauensperson und Wegbegleiter zur Verfügung stehen werden. Den 2. Preis (3.000 Euro) erhielt das Projekt „Lichtpunkt e.V.“, dessen vorrangige Ziele die Gewinnung, Vermittlung und Beratung von Menschen ist, die eine freiwillige bzw. ehrenamtliche Tätigkeit für hilfebedürftige ältere Menschen im Landkreis Freiberg (Sachsen) aufnehmen wollen.

Sonderpreise (jeweils 1.000 Euro) erhielten die Initiative „Betreutes Wohnen zu Hause“ aus Tutzing (Bayern) für ihre gelungene Vernetzung professioneller und nachbarschaftlicher Hilfe zur Erhaltung der Selbstständigkeit älterer hilfebedürftiger Menschen. Außerdem die den gleichen Zielen verpflichtete Initiative „Seniора mobil – Nachbarn helfen Nachbarn“ des Vereins „Hand in Hand e.V.“, eines Nachbarschaftshilfevereins im Rahmen einer Wohnungsgenossenschaft in Kassel.

Die Preisverleihung wird im Herbst im Rahmen einer Veranstaltung der Stiftung ProAlter stattfinden. Sie soll zeigen, welche vielfältigen Hilfeleistungen bereits heute von älteren Menschen für ältere Menschen erbracht werden und welche Perspektiven für eine Ausweitung dieser Hilfemöglichkeiten im Rahmen des freiwilligen Engagements älterer Menschen bestehen.

Der Wettbewerb wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die Firma B. Braun Melsungen AG, den Union Versicherungsdienst GmbH und die Share Value Stiftung finanziell gefördert. Die Stiftung ProAlter wurde vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) im Jahre 2007 gegründet.

Weitere Informationen:
Stiftung ProAlter
Simone Helck
Telefon (0221)93 184731
info@stiftung-pro-alter.de

Wettbewerb „Wege ins Netz“

Bereits seit 2004 zeichnet „Wege ins Netz“ beispielhafte Projekte aus, die den Zugang zum Internet erleichtern und digitale Kompetenzen fördern. Am 08. April 2009 rief das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie den Wettbewerb »Wege ins Netz 2009« aus. Einsendeschluss ist der 17. Juli 2009.

In diesem Jahr spricht das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie mit dem Wettbewerb gezielt Internetprojekte an, die sich an Frauen, Seniorinnen und Senioren sowie Kinder und Jugendliche richten. Gesucht werden Projekte und Initiativen, die diese Menschen auf ihrem Weg in die digitale Welt begleiten und ihre Kompetenzen im Umgang mit dem Medium vorbildlich fördern. Bis zum 17. Juli 2009 können sich Initiatorinnen und Initiatoren solcher Projekte in den drei Kategorien »Frauen«, »Seniorinnen und Senioren« sowie »Kinder und Jugendliche« bewerben.

Außerdem wird in diesem Jahr ein Sonderpreis für ein vorbildliches Projekt vergeben, das in der Nutzung mobiler Anwendungen qualifiziert. Damit greift der Wettbewerb 2009 erneut einen aktuellen Trend auf. Denn die Tendenz, das Internet nicht länger an das Endgerät des Computers zu binden, sondern von Geräten wie Handys oder Smartphones aus zu nutzen, wird in den kommenden Jahren noch stärker an Bedeutung gewinnen. Auch mit der Fokussierung auf Frauen, Seniorinnen und Senioren sowie Kinder und Jugendliche orientiert sich der diesjährige Wettbewerb an den aktuellen Ergebnissen zur Internetnutzung. Nach wie vor bestimmen Faktoren wie Alter und Geschlecht, wer online geht.

Der Wettbewerb will die gleichwertige Teilhabe aller gesellschaftlichen Gruppen am Internet fördern. Er zielt deshalb insbesondere auf jene Gruppen ab, die bisher im Internet noch unterrepräsentiert sind. Zwar nutzen nach den Ergebnissen des (N)ONLINER Atlas 2008, einer Studie der Initiative D21, inzwischen rund zwei

Drittel der Bevölkerung über 14 Jahren das Internet. Während aber bei den Männern der Anteil der Onliner circa 72 Prozent beträgt, sind es bei den Frauen nur rund 58 Prozent. Die Frauen-Männer-Schere hat damit sogar zugenommen. Auch die „Generation 50-Plus“ hat zum großen Teil das Internet noch nicht für sich entdeckt. Lediglich rund 40 Prozent dieser Altersgruppe nutzen bisher das Internet. Zwar ist bei Kindern und Jugendlichen das Internet enorm beliebt. Über 91 Prozent der Altersgruppe von 14 bis 29 Jahren surfen im Netz. Allerdings müssen Kinder und Jugendliche erst lernen, mit den Chancen und Risiken des Internets kompetent umzugehen. Wichtig ist deshalb eine pädagogische Begleitung im Netz.

Die drei besten Projekte jeder Kategorie sowie den Sonderpreisträger ermittelt eine unabhängige Fachjury. Dazu gehören alle Partner und Sponsoren des Wettbewerbs: Arbeitskreis Neue Erziehung, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), Bundesverband Digitale Wirtschaft (BVDW), Deutscher Volkshochschul-Verband, Initiative D21 und Stiftung Digitale Chancen sowie der Medienpartner Deutschlandfunk und der Sponsor Deutsche Telekom. Weitere Informationen zum Wettbewerb, zu den Teilnahmebedingungen und zur Bewerbung sind unter www.wegeinsnetz2009.de zu finden.

Weitere Informationen:
Wettbewerbsbüro »Wege ins Netz«
c/o wbpr Berlin
Schumannstraße 5, 10117 Berlin
www.kompetenzz.de/content/download/11795/81643/file/WIN09%20PM%20auf-taktmeldung.pdf

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) 2607 40-80 vereinbaren.

Psychologische Gerontologie

- Bloem, B., Tilburg, T. v., & Thomése, F. (2008). Residential mobility in older Dutch adults: influence of later life events. Retrieved 1, 3, from www.ep.liu.se/ej/ijal/
- Cohen-Shalev, A. (2008). Sailing on seas of uncertainties: late style and Puccini's struggle for self-renewal. Retrieved 1, 3, from www.ep.liu.se/ej/ijal/
- Cummings, S. M. (2009). Treating older persons with severe mental illness in the community: impact of an interdisciplinary geriatric mental health team. *Journal of gerontological social work*, 52(1), 17–31.
- Ingersoll-Dayton, B., Campbell, R., & Ha, J.-H. (2009). Enhancing forgiveness: a group intervention for the elderly. *Journal of gerontological social work*, 52(1), 2–16.
- Schrader, C., & Bolz, R. (2009). „Sag nie, ich bin zu alt dafür“ – Sexual- und Partnerschaftsberatung im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 81–90.
- Smith, G. C., Palmieri, P. A., & Hancock, G. R. (2008). Custodial grandmothers' psychological distress, dysfunctional parenting, and grandchildren's adjustment. *The international journal of aging & human development*, 67(4), 327–357.
- Walker, R. B., & Luszcz, M. A. (2009). The health and relationship dynamics of late-life couples: a systematic review of the literature. *Ageing and society*, 29(3), 455–480.

Soziologie/Soziologische Gerontologie

- Allen, P. D., Cherry, K. E., & Palmore, E. (2009). Self-reported ageism in social work practitioners and students. *Journal of gerontological social work*, 52(2), 124–134.
- Anderson, L. (2009). Pastoral care and the spiritual formation of older persons. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 104–118.
- Barrett, A. E., & Rohr, C. v. (2008). Gendered perceptions of aging: an examination of college students. *The international journal of aging & human development*, 67(4), 359–386.
- Beaulaurier, R. L., Craig, S. L., & De La Rosa, M. (2009). Older Latina women and HIV/AIDS: an examination of sexuality and culture as they relate to risk and protective factors. *Journal of gerontological social work*, 52(1), 48–63.
- Biggs, S., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the first national prevalence study. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(1), 1–14.
- Böhnke, P. (2009). Facetten des Verarmens. wie Armut Wohlbefinden, Gesundheit und Teilhabe beeinträchtigt. *WZB-Mitteilungen*, 2009(123), 8–11.
- Brenner, R. R. (2009). Nons, nunyas, appreciative inquiry, and the aged. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 119–130.
- Bryan, W. J. (2009). Lessons from the exodus elders. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 17–35.
- Buri, H. M., Daly, J. M., & Jogerst, G. J. (2009). Elder abuse telephone screen reliability and validity. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(1), 58–73.
- Carey, J. R. (2008). Biodemography. Research prospects and directions. Retrieved 50, 19, from www.demographic-research.org/volumes/vol19/50/19-50.pdf
- Carls, C. (2008). Eine Gesellschaft ohne Einsamkeit? *Pro Alter*, 40(4), 33–39.
- Carter, W. (2009). New Testament and aging: survey and suggestions for future research. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 59–72.
- Cheung, C.-K., Yui-Huen & Kwan, A. (2009). The erosion of filial piety by modernisation in Chinese cities. *Ageing and society*, 29(2), 179–198.
- Choi, N. G., Kim, J., & Asseff, J. (2009). Self-neglect and neglect of vulnerable older adults: reexamination of etiology. *Journal of gerontological social work*, 52(2), 171–187.
- 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.
- Cox, C. C. (2009). Long-term care administrators' perceptions of the ombudsman program in the state of Missouri. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(1), 74–82.

- Dakin, E., & Pearlmutter, S. (2009). Older women's perceptions of elder maltreatment and ethical dilemmas in adult protective services: a cross-cultural exploratory study. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(1), 15–57.
- 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.
- Gaderer, E., & Baumann, U. (2009). Intergenerative Integrationsprojekte. Eine Studie zur Generationensolidarität. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(4), 243–258.
- Gaßmann, K. G., Rupprecht, R., & Freiburger, E. (2009). Predictors for occasional and recurrent falls in community-dwelling older people. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(1), 3–10.
- Gjonca, E., & Zaninotto, P. (2008). Blame the parents? The association between parental longevity and successful ageing. Retrieved 38, 19, from www.demographic-research.org/volumes/vol19/38/19-38.pdf
- 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.
- Goh, E. C. L. (2009). Grandparents as childcare providers: an in-depth analysis of the case of Xiamen, China. *Journal of aging studies*, 23(1), 60–68.
- Gray, A. (2009). The social capital of older people. *Ageing and society*, 29(1), 5–31.
- 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.
- Hawkey, 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.
- Hoonaard, D. K. v. d. (2009). Widowers' strategies of self-representation during research interviews: a sociological analysis. *Ageing and society*, 29(2), 257–276.
- Jönson, H. a., & Taghizadeh Larsson, A. (2009). The exclusion of older people in disability activism and policies – a case of inadvertent ageism? *Journal of aging studies*, 23(1), 69–77.

- King, J. (2009). Fiction as a gerontological resource: Norah Hoult's *There Were No Windows*. *Ageing and society*, 29(2), 295–308.
- Kreager, P., & Schröder-Butterfill, E. (2008). Indonesia against the trend?: Ageing and intergenerational wealth flows in two Indonesian communities. Retrieved 52, 19, from www.demographic-research.org/volumes/vol19/52/19-52.pdf
- 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.
- Mayr, I., & Baumann, U. (2009). Ältere Migrantinnen und Migranten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(4), 231–242.
- Much, M. (2009). Weiblich, ledig, arm. In den nächsten 20 Jahren werden viele Frauen in Altersarmut leben. Positionen, 2009(65), 4–9.
- Patterson, L. G., Forbes, K. E., & Peace, R. M. (2009). Happy, stable and contented: accomplished ageing in the imagined futures of young New Zealanders. *Ageing and society*, 29(3), 431–454.
- 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.
- Renteln-Kruse, W. v. (2009). Mobilität älterer Menschen – Befunde aktueller Studien. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(1), 1–2.
- Richter, U. (2008). Eine Frauengeneration bleibt sich treu. *Älterwerden*, 2008, 38–43.
- Ritsema, D. (2009). The spiritual formation of the elderly in the New Testament world. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 36–45.
- Schaaf, J. (2006). Der Knast als Altersheim. *Demographischer Wandel*. *Frankfurter Allgemeine*, 2006(2), 49.
- Schäfer, A. (2008). Großeltern – alles andere als ein Auslaufmodell. *Älterwerden*, 2008, 66–71.
- Schlesinger, R. A., & Schlesinger, B. (2009). Canadian-Jewish seniors: marriage/cohabitation after age 65. *Journal of gerontological social work*, 52(1), 32–47.
- Schrauf, R. W., & Sanchez, J. (2008). Using freelist-ing to identify, assess, and characterize age differences in shared cultural domains. *The journals of gerontology*, 63(6), 385–393.
- 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.
- Tufan, I. (2009). Altern und Alter in der Türkei. Ergebnis des ersten Altenberichtes der Türkei. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(1), 47–52.
- Walker, A. (2009). Commentary: the emergence and application of active aging in Europe. *Journal of aging & social policy*, 21(1), 75–93.
- Walters, P., & Bartlett, H. (2009). Growing old in a new estate: establishing new social networks in retirement. *Ageing and society*, 29(2), 217–236.
- Ward, R. A., Deane, G., & Spitze, G. (2008). Ambivalence about ambivalence: reply to Pillemer and Suito. *The journals of gerontology*, 63(6), 397–398.
- Watkins, D. R. (2009). Spiritual formation of older persons. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 7–16.
- Wiedemann, A. U., Schütz, B., Sniehotta, F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2009). Disentangling the relation between intentions, planning, and behaviour. A moderated mediation analysis. *Psychology & health*, 24(1), 67–79.
- Worley, R. R. (2009). A hermeneutical approach to New Testament teachings about the spiritual formation of older adults. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 46–58.
- Yang, S.-Y. (2008). Real-life contextual manifestations of wisdom. *The international journal of aging & human development*, 67(4), 273–303.
- Yount, W. R. (2009). An evangelical view of transcendence and senior adult attitudes. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 88–103.
- Yount, W. R. (2009). Transcendence and aging: the secular insights of Erikson and Maslow. *Journal of religion, spirituality & aging*, 21(1/2), 73–87.
- Geriatrie/Gesundheitliche Versorgung**
- Bowman, S. A. (2009). Socioeconomic characteristics, dietary and lifestyle patterns, and health and weight status of older adults in NHANES, 1999–2002: a comparison of Caucasians and African Americans. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(1), 30–46.
- Casado, B. L., Resnick, B., & Zimmerman, S. (2009). Social support for exercise by experts in older women post-hip fracture. *Journal of women & aging*, 21(1), 48–62.
- David, M. (2009). Ungenutzte Potenziale. Zur gesundheitlichen Versorgung von Patientinnen mit Migrationshintergrund – ein Überblick. *Dr. med. Mabuse*, 34(178), 24–26.
- Gurk, S. (2009). Giftstoffe des Körpers. *Nierenerkrankungen*. *Altenpflege*, 34(3), 44–45.
- Gurk, S. (2009). Hand aufs Herz. *Herzinsuffizienz*. *Altenpflege*, 34(2), 48–49.
- Husser, E. K., & Roberto, K. A. (2009). Older women with cardiovascular disease: perceptions of initial experiences and long-term influences on daily life. *Journal of women & aging*, 21(1), 3–18.
- Jacobs, R. J., & Kane, M. N. (2009). Theory-based policy development for HIV prevention in racial/ethnic minority midlife and older women. *Journal of women & aging*, 21(1), 19–32.
- Kamya, H., & Poindexter, C. C. (2009). Mama Jaja: the stresses and strengths of HIV-affected Ugandan grandmothers. *Social work in public health*, 24(1/2), 4–21.
- Rekowski, M. v. (2009). Sektorübergreifendes Datenmanagement in der Pflege. Potenziale durch den Einsatz einer elektronischen Gesundheitsakte. *Pflegewissenschaft*, 11(3), 178–185.
- Schütz, 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.
- Sheriff, J. N., & Chenoweth, L. (2009). A proactive approach to aging well for women over 45. *Journal of women & aging*, 21(1), 63–78.
- Slegers, K., van Bortel, M. P. J., & Jolles, J. (2009). The efficiency of using everyday technological devices by older adults: the role of cognitive functions. *Ageing and society*, 29(2), 309–325.
- Snyder, F. J., Dundas, M. L., & Kirkpatrick, C. (2009). Use and safety perceptions regarding herbal supplements: a study of older persons in southeast Idaho. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(1), 81–95.
- Gerontopsychologie**
- Das AWO-Pilotprojekt „Qualitätsmanagement Pflege und Betreuung Demenzkranker in der stationären Altenhilfe“ (1). (2009). TUP, 60(1), 4–5.
- Feyerabend, A. (2009). Umsetzung des § 87 b SGB XI in die Praxis. *Pflegewerk Senioren Centrum Berlin*. *Altenheim*, 48(2), 40–43.
- Fritz, E., Deufert, D., & Them, C. (2009). Die Ursachen der Kosten von Pflege und Betreuung bei Demenzkranken. *Pflegewissenschaft*, 11(3), 133–139.
- Görg, P. (2009). Bewegungsfreiheit auf unendlichen Wegen. Pro 8-Einrichtung der Heinrichs-Gruppe. *Altenheim*, 48(2), 18–21.
- Hayes, J., Boylstein, C., & Zimmerman, M. K. (2009). Living and loving with dementia: negotiating spousal and caregiver identity through narrative. *Journal of aging studies*, 23(1), 48–59.
- Hecker, T. (2009). Drei Welten unter einem Dach. Seniorenzentrum Lindenallee Duisburg. *Altenheim*, 48(2), 22–25.
- Kähler, G. (2009). Bilanz des AWO-Pilotprojektes: Grundlagen der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. TUP, 60(1), 6–13.
- Leuderalbert, B. (2009). Die Idee in sieben Schritten verwirklichen. *Häusliche Pflege*, 18(2), 38–40.
- Maercker, A., & Forstmeier, S. (2009). Forschungsprofil des Fachbereichs Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 111–116.
- Riesner, C. (2009). Das Ende der Defizite. *Altenpflege*, 34(2), 37–39.
- Leuderalbert, B. (2009). Die Idee in sieben Schritten verwirklichen. *Häusliche Pflege*, 18(2), 38–40.
- Maercker, A., & Forstmeier, S. (2009). Forschungsprofil des Fachbereichs Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 111–116.
- Riesner, C. (2009). Das Ende der Defizite. *Altenpflege*, 34(2), 37–39.

- Schmoor, H., Weidemann, B., & Fabri, D. (2009). Menschen im dritten Lebensalter als Zielgruppe psychosozialer Beratung. Eine Erhebung ihrer Beratungsanliegen in Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen sowie Kliniken für psychosomatische Medizin. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 91–102.
- Wingenfeld, K. (2009). Demenzkranke brauchen Zeit, Empathie und personelle Kontinuität. Nebendiagnose Demenz. Die Schwester, der Pfleger, 48(3), 216–221.
- Gesundheitswesen/Kranken-/Pflegeversicherung**
- Becker, S., & Zimmermann-Stenzel, M. (2009). Sind Bewegungsmuffel auch Sportmuffel? Sport und Übergewicht und körperliche Mobilität in der Gruppe der 50-bis 70-jährigen baden-württembergischen Bevölkerung. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(1), 20–27.
- Burmann, S., Malzahn, J., & Wehner, C. (2008). Krankenhäuser schlagen Alarm. Von finanzieller Katastrophe und Stellenabbau ist die Rede. Doch ist die Lage wirklich so aussichtslos, wie so oft beschworen? *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(6), 31–35.
- Cassel, D., & Jacobs, K. (2008). Krankheit besser abbilden. Risikostrukturausgleich. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(11), 29–31.
- Denkinger, M. D., Weyerhäuser, K., & Nikolaus, T. (2009). Reliabilität der deutschen Kurz-Version des „Late Life Function and Disability Instrument“. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(1), 28–38.
- Ekerstad, N., Edberg, A., & Carlsson, P. (2008). Characteristics of multiple-diseased elderly in Swedish hospital care and clinical guidelines: do they make evidence-based priority setting a „mission impossible“? Retrieved 2, 3, from www.ep.liu.se/ej/ijal/
- Gossens, J. (2009). Das Patienten-Informations-Zentrum im Klinikum Lüdenscheld. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 103–106.
- Gutzmann, H., Richert, A., & Meyer, D. (2009). Untersuchung zur Validität der deutschsprachigen Version der Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) von Sunderland. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(4), 273–260.
- Hanika, H. (2009). RFID-Technologie im Gesundheitswesen – Anwendungsfelder, rechtliche Vorgaben, Rechtspolitik, zukünftige Potentiale (2. Teil). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(4), 2–11.
- Hausmann, S. (2009). „Betreuungsassistenten sind eine wertvolle Ergänzung“. *Heim + Pflege*, 40(3), 91–92.
- Herndl, R. (2008). Schlagobers vom Staat. österreichisches Gesundheitssystem. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(6), 37–41.
- Jolanki, O. (2008). Discussing responsibility and ways of influencing health. Retrieved 1, 3, from www.ep.liu.se/ej/ijal/
- Kerketta, A. S., Bulliyya, G., & Babu, B. V. (2009). Health status of the elderly population among four primitive tribes of Orissa, India. A clinico-epidemiological study. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(1), 53–59.
- Knesebeck, O. v. d., & Mielck, A. (2009). Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(1), 39–46.
- Piechotta, G., & Matter, C. (2008). Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migranten/-innen und ihrer Angehörigen. Fragen, Vermutungen und Annahmen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(4), 221–230.
- Rexin, B. (2008). Für die Gesundheit Älterer sorgen. Prävention. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(7/8), 22.
- Schmacke, N., Niehus, H., & Stamer, M. (2008). Wanted: Der Hausarzt. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(7/8), 37–42.
- Schnabel, P.-E. (2008). Machen Medien gesund? *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(7/8), 24–29.
- Wille, E. (2009). Die Basis auf Dauer sichern. Kassenfinanzen. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(11), 37–41.
- Altenhilfe/Altenpolitik/Freie Wohlfahrtspflege**
- Bruder, J., Matter, C., & Wolff, B. (2009). Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung e.V. (BAGA). *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 107–110.
- Koch-Straube, U. (2009). Beratung in Institutionen der Altenpflege – eine Fehlzanzeige? *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 53–67.
- Peters, M. (2009). Beratung älterer Menschen – Versuch einer Bestandsaufnahme. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 9–20.
- Trilling, A. (2009). Beratung im Zeichen von Pflegestützpunkt und Case Management. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 21–30.
- Ugolini, B., Hermann, M.-L., & Boothe, B. (2009). Leidvolle Treue – die therapeutische Beziehung im Trauerprozess und der Weg ins Freie. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 31–40.
- Yueto, S., Zheng, C., Jinping, Z., & Jintang, W. (2009). The status of Beijing geriatric health care and its policy. *Bold*, 19(2), 2–9.
- Sozialarbeit/Altenarbeit/Ehrenamt**
- Fraser, J., Clayton, S., & Sickler, J. (2009). Belonging at the zoo: retired volunteers, conservation activism and collective identity. *Ageing and society*, 29(3), 351–368.
- Gammonley, D. (2009). Psychological well-being and social support among elders employed as lay helpers. *Journal of gerontological social work*, 52(1), 64–80.
- Grano, C., Lucidi, F., & Zelli, A. (2008). Motives and determinants of volunteering in older adults: an integrated model. *The international journal of ageing & human development*, 67(4), 305–326.
- Pflege/Pflegebedürftigkeit/Rehabilitation**
- Abschaffung Zahlung; Barbetrag, zusätzlicher; Gleichbehandlungsgrundsatz; Pflegeheimbewohner; Stichtagsregelung; Verhältnismäßigkeit; Vertrauensschutz (2009). *ZFSH, SGB*, 48(1), 39–42.
- Aghamiri, B. (2009). Mindestlohn in der Pflege kommt. Der Bundestag hat den Weg zur Einführung eines Mindestlohns geebnet. *Altenheim*, 48(3), 39–40.
- Amelung, V., Lewin, E., & Wigge, P. (2008). Frische Ideen aus dem Heiligen Land. Israels Gesundheitswesen. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(12), 27–32.
- Barth, L. (2009). Die „Modellklausel“ im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – zugleich ein „Einfallstor“ für wissenschaftliche Untugenden? *Pflegerecht*, 13(2), 57–59.
- Boggatz, T. (2009). Pflegeethik, Lernfelder und Problemorientiertes Lernen. Entwicklung eines Curriculums für Altenpflege in Ägypten. *Pflegewissenschaft*, 11(2), 111–116.
- Buchinger, S. M. (2009). Nutzerorientierte Kooperationen schließen. *Heim + Pflege*, 40(3), 93–97.
- Clarke, M., & Liebenberg, A. (2009). Promoting quality of life and well-being for all ages. *Bold*, 19(2), 27–30.
- Doyle, M., & Timonen, V. (2009). The different faces of care work: understanding the experiences of the multi-cultural care workforce. *Ageing and society*, 29(3), 337–350.
- Fleischmann, N. (2009). Einstellungen und Haltungen von Pflegekräften gegenüber EDV-gestützter Dokumentation. *Pflegewissenschaft*, 11(3), 161–169.
- Friesacher, H. (2009). Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegemanagements and der Qualitätsentwicklung. *Pflege & Gesellschaft*, 14(1), 5–23.
- Gaugisch, P. (2009). Quo vadis Altenpflege? *Heim + Pflege*, 40(2), 41–43.
- Grimm, S. (2009). Das Gesamtbild muss stimmen. *Heim + Pflege*, 40(2), 49–53.
- Hendrick, S. C., Sullivan, J. H., & Sales, A. E. B. (2009). Mom and pop versus the big boys: adult family homes as providers of medicaid-funded residential care. *Journal of aging & social policy*, 21(1), 31–51.
- Jabsen, A., & Blossfeld, H.-P. (2008). Die Auswirkungen häuslicher Pflege auf die Arbeitsteilung in der Familie. *Zeitschrift für Familienforschung*, 20(3), 293–321.
- Karrasch, R.-M., & Reichert, M. (2009). Subjektive Beurteilungen und Wahrnehmungen von Pflegenden und Gepflegten in der Partnerpflege. Zusammenhänge mit auftretender Gewalt. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(4), 259–265.
- Kimmel, A., Thomas, S., & Wagner, A. (2009). Neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Grad der Selbstständigkeit soll entscheiden. *Soziale Sicherheit*, 58(1), 22–26.
- Lauterbach, A. (2009). „Das stimmt nicht, was da steht“ – zur Qualität IT-basierter Pflegedokumentationen. *Pflegewissenschaft*, 11(2), 95–104.
- Miller, E. A., Allen, S. M., & Mor, V. (2009). Commentary: navigating the labyrinth of long-term care: shoring up informal caregiving in a home- and community-based world. *Journal of aging & social policy*, 21(1), 1–16.
- Moormann, A. (2009). Weicher ist besser. Ernährung. *Altenpflege*, 34(2), 42–44.
- Roßbruch, R. (2009). Versicherte hat ohne Abrechnung für Leistungen der häuslichen Pflege keinen Erstattungsanspruch gegenüber Krankenversicherer. *Pflegerecht*, 13(2), 70–73.
- Roßbruch, R. (2009). Zum Anbringen eines Funkchips am Handgelenk der Betroffenen sowie deren Zurückhalten im Altenzentrum. *Pflegerecht*, 13(2), 74–77.
- Schulte, B. (2009). Pflege in Europa – Teil 2. Die soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. *ZFSH, SGB*, 48(1), 17–31.
- Schulte, B. (2009). Pflege in Europa – Teil 3. *ZFSH, SGB*, 48(2), 86–100.
- Slotala, L., & Bauer, U. (2009). „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen.“ Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards. *Pflege & Gesellschaft*, 14(1), 54–66.
- Sobota, A., & Uhlmann, B. (2009). Beratung in der Hospizarbeit. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 41–51.
- Stiens, G. (2009). Beratung in der Gedächtnisambulanz. *Psychotherapie im Alter*, 6(1), 69–80.
- Tolmein, O. (2009). Reformen greifen zu kurz. Zum Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes. *Dr. med. Mabase*, 34(178), 52.
- Familiale Altenpflege**
- Golden, M. A., & Lund, D. A. (2009). Identifying themes regarding the benefits and limitations of caregiver support group conversations. *Journal of gerontological social work*, 52(2), 154–170.

- Henz, U. (2009). Couples' provision of informal care for parents and parents-in-law: far from sharing equally? *Ageing and society*, 29(3), 369–395.
- Rahrig Jenkins, K., Kabeto, M. U., & Langa, K. M. (2009). Does caring for your spouse harm one's health? Evidence from a United States nationally-representative sample of older adults. *Ageing and society*, 29(2), 277–293.
- Ron, P. (2009). Daughters as caregivers of aging parents: the shattering myth. *Journal of gerontological social work*, 52(2), 135–153.
- Spira, M., & Wall, J. (2009). Cultural und intergenerational narratives: understanding responses to elderly family members in declining health. *Journal of gerontological social work*, 52(2), 105–123.
- Tompkins, S. A., & Bell, P. A. (2009). Examination of a psychoeducational intervention and a respite grant in relieving psychosocial stressors associated with being an Alzheimer's caregiver. *Journal of gerontological social work*, 52(2), 89–104.
- Soziale Dienste/Ambulante Dienste/Pflegedienste**
- Kaminski, R. (2009). Ein Konto voller Arbeit. Flexibilisierung der Arbeitszeit durch Arbeitszeitkonten. *Häusliche Pflege*, 18(3), 45–46.
- Loffing, C. (2009). Ein Apfel pro Tag reicht nicht. Ganzheitliches Gesundheitsmanagement sichert Beschäftigungsfähigkeit auch älterer Mitarbeiter. *Häusliche Pflege*, 18(3), 28–30.
- Pick, P. (2009). Häusliche Pflege wird transparent. Veröffentlichung von Prüfergebnissen: die „Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant“ im Dienst. *Häusliche Pflege*, 18(3), 22–27.
- Schorning, D. (2009). Eine Investition in Erfolg. *Häusliche Pflege*, 18(2), 26–28.
- Volpers, C. (2009). Planen, durchführen und abschließen. Neue Lösungen zielgerichtet und rasch realisieren. *Häusliche Pflege*, 18(2), 34–37.
- Heimunterbringung/Heime**
- Bachem, J. (2009). Kostenfalle MDK-Prüfung. Wiederholungsprüfungen muss der Heimträger zahlen, doch nicht jede Kostenforderung ist berechtigt. *Altenheim*, 48(2), 33–34.
- Bade, T. (2009). In den Betten der Kunden schlafen. Universal design schafft mehr als Kundennähe. *Altenheim*, 48(2), 44–47.
- Cheng, S.-T. (2009). The social networks of nursing-home residents in Hong Kong. *Ageing and society*, 29(2), 163–178.
- Cordes, B. (2008). Schlaflos im Pflegeheim. Retrieved 34, 2008, from www.zeit.de/online/2008/34/Altenpflege
- Döcker, B., & Bölicke, C. (2009). Transparenz der Leistungen der Pflegeeinrichtungen und ihrer Qualität durch Veröffentlichung von Prüfergebnissen – Ziele der Freien Wohlfahrtspflege. *TUP*, 60(1), 49–56.
- Dyck, W. (2009). Arbeiten für Gotteslohn. Ehrenamtliches Engagement: eine Chance für das Profil und die Qualität einer stationären Senioreneinrichtung. *Heim + Pflege*, 40(2), 59–60.
- Ehret, T. (2009). Pflege von morgen – so sieht es der Designer. *Einrichtungsplanung. Altenheim*, 48(2), 48–50.
- Gaier, M. (2009). „Einen Kuhhandel wird es nicht geben“. Die medizinischen Dienste. *Altenheim*, 48(3), 28–29.
- Kaminski, R. (2009). Der dritte Weg. *Altenpflege*, 34(2), 34–35.
- Kaminski, R. (2009). Kniffliger Verweis. *Arbeitsvertragsrecht. Altenpflege*, 34(3), 46–47.
- Kämmer, K. (2009). Tagtägliches Bündnis. *Altenpflege*, 34(2), 40–41.
- Karotsch, D. (2009). Der ganze Mensch. *Altenpflege*, 34(2), 28–30.
- Korte, J., & Wittenbrink, G. (2009). Hightech schafft ein attraktives Arbeitsumfeld. *Altenheim*, 48(2), 52–53.
- Kusterer, S. (2009). Die neuen Heimgesetze können teuer werden. *Gemeinnützige Körperschaften. Altenheim*, 48(3), 41–44.
- Maier, J. (2009). Ein Stück Heimat. wie interkulturelle Altenhilfe aussehen kann. *Dr. med. Maubuse*, 34(178), 28–30.
- Mauel, H. (2009). Es ist Zeit zu handeln. Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI. *Altenheim*, 48(2), 36–38.
- Menec, V. H., Veselyuk, D. M., & Blandford, A. A. (2009). Availability of activity-related resources in senior apartments: does it differ by neighbourhood socio-economic status? *Ageing and society*, 29(3), 397–411.
- Persson, T., & Wästerfors, D. (2009). „Such trivial matters.“ How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of aging studies*, 23(1), 1–11.
- Richter, R. (2009). Der kleine Unterschied. *Altenpflege*, 34(2), 31–33.
- Richter, R., & Hoffer, H. (2009). Im Zeichen der Qualität. MDK-Prüfungen nach der Reform. *Altenheim*, 48(3), 18–22.
- Roßbruch, R. (2009). Weigerung des Heimträgers, an einer anlasslosen Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Pflegeheims mitzuwirken – Kündigung des Versorgungsvertrags. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(4), 29–39.
- Roßbruch, R. (2009). Zur Schließung einer als Heim gewerteten Senioren-Wohngemeinschaft. *Pflegerecht*, 13(2), 77–90.
- Ryvicker, M. (2009). Preservation of self in the nursing home: contradictory practices within two models of care. *Journal of aging studies*, 23(1), 12–23.
- Samland, J. (2009). Künftig zehn Lieferanten für ein Heim? *Heim + Pflege*, 40(2), 38–40.
- Staude, B. (2009). In der Ruhe liegt die Kraft. *Prüfung. Heim + Pflege*, 40(2), 57–58.
- Steiner, H. (2009). Eine saubere Sache. *Heim + Pflege*, 40(2), 44–48.
- Weitzel, M., & Dieltzsch, H.-W. (2009). Erfolgreich durch motivierte Mitarbeiter. *Wettbewerbsfähigkeit. Altenheim*, 48(3), 49–52.
- Wipp, M. (2009). Der Weg zum erfolgreichen Qualitätsbericht. *Interne Standards festlegen. Altenheim*, 48(3), 24–27.
- Zapp, W., Oswald, J., & Otten, S. (2009). Qualitätskostenrechnung für die Stationäre Altenhilfe. *Ergebnisse der empirischen Untersuchung. Pflegewissenschaft*, 11(2), 105–110.
- Sterben/Sterbegleitung/Tod**
- Daneke, S. (2009). Palliativkompetenz und Hospizkultur. *Altenheim*, 48(3), 30–31.
- Graf, G. (2009). „Hospiz“: eine neue Kultur vom Sterben als Teil des Lebens setzt sich durch. *TUP*, 60(1), 14–20.
- Wohnen/Wohnumfeld**
- Ball, M. M., Lepore, M. L., & Perkins, M. M. (2009). „They are the reason I come to work“: the meaning of resident-staff relationships in assisted living. *Journal of aging studies*, 23(1), 37–47.
- Daneke, S. (2009). Zu viel Regulierung – zu wenig Rechte. *Heim + Pflege*, 40(2), 54–56.
- Evans, S. (2009). „That lot up there and us down here“: social interaction and a sense of community in a mixed tenure UK retirement village. *Ageing and society*, 29(2), 199–216.
- Steiner, H. (2009). Gemütlich und funktional. Das moderne Bewohnzimmer. *Heim + Pflege*, 40(3), 72–76.
- Williams, K. N., & Warren, C. A. B. (2009). Communication in assisted living. *Journal of aging studies*, 23(1), 24–36.
- Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand**
- Brooke, L. (2009). Prolonging the careers of older information technology workers: continuity, exit or retirement transitions? *Ageing and society*, 29(2), 237–256.
- Brucker, E. (2009). Employment population age-share differences: an international comparison of the economic impact of population aging. *Journal of aging & social policy*, 21(1), 17–30.
- Bruckmeier, K., & Schnitzlein, D. D. (2009). Der Übergang von Arbeitslosenempfängern in das SGB II. Eine empirische Analyse anhand von Befragungsdaten. *Sozialer Fortschritt*, 58(1), 1–9.
- Erlinghausen, M. (2007). Soziales Engagement im Ruhestand. Erfahrung wichtiger als frei verfügbare Zeit. *Wochenbericht*, 74(39), 565–570.
- Gustman, A. L., & Steinmeier, T. (2009). How changes in social security affect recent retirement trends. *Research on aging*, 31(2), 261–290.
- Ho, J.-H., & Raymo, J. M. (2009). Expectations and realization of joint retirement among dual-worker couples. *Research on aging*, 31(2), 153–179.
- Johnson, R. W. (2009). Family, public policy, and retirement decisions. Introduction to the special issue. *Research on aging*, 31(2), 139–152.
- Karasch, J. (2009). 1969 bis 2009: Vierzig Jahre neues Arbeitsförderungsrecht. Bilanz und Ausblick. *ZFSH, SGB*, 48(1), 3–8.
- Kruppe, T. (2009). Bildungsgutscheine in der aktiven Arbeitsmarktpolitik. *Sozialer Fortschritt*, 58(1), 9–19.
- Nakielski, H., & Winkel, R. (2009). Was sich 2009 im Bereich Arbeit und Soziales ändert(e). *Soziale Sicherheit*, 58(1), 27–38.
- Nordenmark, M., & Stattin, M. (2009). Psychosocial wellbeing and reasons for retirement in Sweden. *Ageing and society*, 29(3), 413–430.
- Raymo, J. M., Liang, J., & Kobayashi, E. (2009). Work, health, and family at older ages in Japan. *Research on aging*, 31(2), 180–206.
- Schmidt, L., & Sevak, P. (2009). Taxes, wages, and the labor supply of older Americans. *Research on aging*, 31(2), 207–232.
- Schulz, E. (2009). Ältere bleiben länger am Arbeitsmarkt. *Wochenbericht*, 76(12), 187–192.
- Solem, P. E. (2008). Age changes in subjective work ability. Retrieved 2, 3, from www.ep.liu.se/ep/fjajal/
- Wotschack, P., Scheier, F., & Hildebrandt, E. (2009). Keine Zeit für die Auszeit. Langzeitkonten schaffen im Erwerbsverlauf bisher kaum Entlastungen. *WZB-Mitteilungen*, 2009(123), 12–15.
- Yashere, J. (2009). Retirement and leisure. *Bold*, 19(2), 10–24.
- Aktivierung/Ernährung/Sport**
- Arens-Azevedo, U. (2009). Profil zeigen. Ernährungskompetenz. *Altenpflege*, 34(3), 32–33.
- Arlappa, N., Mallikarjuna Rao, K., & Venkaiah, K. (2009). Nutritional parameters and chronic energy deficiency in older adults of desert areas of Western Rajasthan, India. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(1), 61–71.
- Bird, S., Kurowski, W., & Feldman, S. (2009). The influence of the built environment and other factors on the physical activity of older women from different ethnic communities. *Journal of women & aging*, 21(1), 33–47.

- Böhler, G., & Jenull, B. (2009). Aktivierung mit Musik. Eine intervention für Pflegeheimbewohner/-innen zur Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Selbständigkeit. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(4), 267–272.
- Boschert, S. (2009). Neue Wege gehen. Speisever-sorgung. *Altenpflege*, 34(3), 36.
- Buhr, G., & Bales, C. W. (2009). Nutritional supplements for older adults: review and recommendations. Part 1. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(1), 5–29.
- Dermott, M., McDaniel, J. L., & Weiss, E. P. (2009). Is physical activity associated with appetite? A survey of long-term care residents. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(1), 72–80.
- Endevelt, R., Werner, P., & Karpai, T. (2009). Which physicians are best prepared to advise seniors about nutrition? A pilot survey in Israel. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(1), 96–104.
- Eschner, M., & Hoppe, D. (2008). Eins, zwei, drei, im Wiegeschritt: Der Walzer klappt, auch wenn sonst alles vergessen ist. *Gesundheit und Gesellschaft*, 11(12), 37–41.
- Grieger, J. A., Nowson, C. A., & Ackland, L. M. (2009). Nutritional and functional status indicators in residents of a long-term care facility. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(1), 47–60.
- Hüger, D., Zieschang, T., & Schwenk, M. (2009). Designing studies on the effectiveness of physical training in patients with cognitive impairment. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(1), 11–19.
- Lüber, K. (2009). Über 70 trainiert man anders. *Heim + Pflege*, 40(3), 84–86.
- Reuther, S., & Bartholgmeyczik, S. (2009). Status quo ermitteln. Mangelernährung. *Altenpflege*, 34(3), 28–31.

Berufliche Aus-/Fort-/Weiterbildung

- Bayer, G. (2009). Anreize schaffen. Verbundausbildung. *Altenpflege*, 34(3), 38–40.
- Berggötz, A. (2009). Respectare – respektvolle Berührung in Pflege und Therapie. Zeit für Nähe, Raum für Distanz. *Pflegewissenschaft*, 11(3), 156–160.
- Glissmann, G. (2009). Wissenschaftlich fundierte Pflegeausbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. *Pflegewissenschaft*, 11(2), 69–80.
- Hackmann, M. (2009). Selbst für Nachwuchs sorgen. Häusliche Pflege, 18(2), 20–23.
- Raven, U. (2009). Altenpflege: Handeln ohne Verstehen, Verstehen ohne Handeln?. Bestimmungsründe einer professionalisierten Altenpflegepraxis aus strukturtheoretischer Sicht und deren Bedeutung für die Ausbildung ; Teil 1: Einleitung und Grundbegriffe einer strukturalen Theorie altenpflegerischen Handelns. *Pflegewissenschaft*, 11(3), 140–150.

Recht

- Hoffmann, A. (2009). Zur Kostenerstattung nicht verpflichtet. Häusliche Pflege, 18(2), 30–31.
- Klie, T. (2009). Bundessozialgericht entscheidet: Wirtschaftlichkeitsprüfungen ohne Anlass sind in Pflegeheimen passé. Das Urteil. *Altenheim*, 48(2), 31–32.

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.

Psychologische Gerontologie/Psychologie

- Alegiani, Regino: Die späte Suche nach Grund: eine analytische Psychotherapie im höheren Alter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2009. 128 S.
ISBN 978-352-540-1514: EUR 17.90
- Birkemeyer, Marius: Der Tod der Eltern als kritisches Lebensereignis für ältere geistig behinderte Menschen: Interventionsmöglichkeiten unter besonderer Berücksichtigung psychotherapeutischer Hilfen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2007. 141 S.
ISBN 978-383-644-5474: EUR 49.00
- Fernández Ballesteros, Rocio: Active aging: the contribution of psychology Ballesteros. Toronto: Hogrefe, 2008. X, 139 S.
ISBN 978-08-8937-3600: EUR 29.95
- Lindmeier, Christian: Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen: ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit. 3. Aufl. Weinheim: Juventa Verlag, 2008. 168 S.
ISBN 978-377-992-0557: EUR 16.50
- „Man sieht nur, was man weiss“: NS-Verfolgte im Alter: Fallgeschichten und Materialien/Andrea Zielke-Nadkarni et al. Frankfurt a.M.: Mabuse, 2009. 197 S.
ISBN 978-394-052-9251: EUR 18.90
- Schmidbauer, Wolfgang: Er hat nie darüber geredet: das Trauma des Krieges und die Folgen für die Familie. Stuttgart: Verlag Kreuz, 2008. 239 S.
ISBN 978-378-313-1499: EUR 19.95
- Wadenpohl, Sabine: Demenz und Partnerschaft. Freiburg i.Br.: Lambertus, 2008. 291 S. (Palliative Care und OrganisationsEthik; Bd. 16).
ISBN 978-378-411-8475: EUR 25.00

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie/Soziologie

- Braun, Anja: Jahresringe: Grundgedanken über das Älterwerden mit geistiger Behinderung in geschützten Werkstätten. Hamburg: Diplomica, 2008. 53 S. Diplomarbeit, Agogis Berufliche Bildung im Sozialbereich, Fachbereich Sozialpädagogik, 2007.
ISBN 978-383-660-8442: EUR 38.00
- Bühmann, Thorsten; hrsg. von Eckard König: Übergänge in sozialen Systemen. Weinheim; Basel: Beltz, 2008. 207 S. (Beltz Bibliothek).
ISBN 978-340-732-0865: EUR 34.90

- Jens, Tilman: Demenz: Abschied von meinem Vater. München: Gütersloher Verlagshaus, 2009. 141 S.
ISBN 3-579-06998-5: EUR 17.95
- Jotzo-Herbold, Gudrun; hrsg. von Urs Kalbermaten und Erhard Olbrich: Handlungsspielräume heiminterner und heimexterner Menschen 80+: ein Vergleich. Berlin: Weissensee, 2008. 209 S. (Berner Beiträge zur Gerontologie, ISSN 1863-4427; 3)
ISBN 978-389-998-1346: EUR 24.95
- Kobi, Sylvie: Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: eine theoretische und empirische Untersuchung. Bern, Berlin etc.: P. Lang, 2008. 315 S. (Social strategies; 43).
ISBN 978-3-03911-697-3: EUR 56.00
- Lebensgestaltung bei Behinderungen und Benachteiligungen im Erwachsenenalter und Alter/hrsg. von Dagmar Orthmann Bless und Roland Stein. Hohengehren: Schneider Verlag Hohengehren, 2009. 196 S. (Basiswissen Sonderpädagogik; Bd. 5)
ISBN 978-383-400-5243: EUR 18.00
- Menning, Sonja; Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Ältere Menschen in einer alternenden Welt: globale Aspekte der demografischen Alterung. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2008. 27 S. (Report Altersdaten. Gerosat Statistisches Informationssystem; 01/2008) [www.dza.de]
- Tolsdorf, Mareike: Verborgene: Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz. Bern, Göttingen etc.: H. Huber, 2008. 251 S. (Hans-Huber-Programmbereich Pflege).
ISBN 3-456-84554-5: EUR 29.95
- Was bedeutet der demografische Wandel für die Gesellschaft?: Perspektiven für eine alternde Gesellschaft/Monika Reichert, Eva Götsken, Anja Ehlers (Hg.). Berlin: Lit Verlag, 2007. 213 S. (Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik; Bd. 58)
ISBN 978-382-580-1786: EUR 24.90

Geriatric/Gerontopsychiatrie

- Akute Verwirrtheit – Delir im Alter: Praxishandbuch für Pflegenden und Mediziner/James Lindesay, Alistair MacDonald, Kenneth Rockwood (Hrsg.); aus dem Engl. von Gabriele Kreutzner; deutschsprachige Ausg. hrsg. von Wolfgang Hasemann. Bern, Göttingen etc.: H. Huber, 2009. 416 S.: Ill. (Verlag Huber, Programmbereich Pflege. Pflegepraxis). Register. Übers. von: Delirium in old age
ISBN 978-345-684-6385: EUR 34.95
- Buijsen, Huub; aus dem Niederländ. von Eva Grambow; Vorwort von Douwe Draaisma: Demenz und Alzheimer verstehen: Erleben, Hilfe, Pflege: ein praktischer Ratgeber. Weinheim; Basel etc.: Beltz, 2008. 275 S. (Beltz Taschenbuch; 862).
ISBN 978-340-785-8627: EUR 16.90

- Hafner, Manfred; Andreas Meier: Allgemeine Krankheitslehre und somatogene Syndrome.– 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern, Göttingen etc.: H. Huber, 2009. XVI, 606 S.: Ill. – (Geriatrische Krankheitslehre/Manfred Hafner, Andreas Meier; Teil 2) (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Altenpflege, Geriatrie). Register
ISBN 978-345-684-3766: EUR 29.95
- Whitehouse, Peter J. with Daniel George: The myth of Alzheimer's: what you aren't being told about today's most dreaded diagnosis. New York: St. Martin's Griffin, 2008. 316 S.: Ill. Register. ISBN 978-03-1236-8173: EUR 10.40

Sozialpolitik/Soziale Sicherung

- Commission of the European Communities: Demography report 2008: meeting social needs in an ageing society: full report plus annexes. Brussels: s.n., 2008. 150 S.: graph. Darst. [Bezug: www.ec.europa.eu]
- Organisation for Economic Co-operation and Development: Improving financial education and awareness on insurance and private pensions. Paris: OECD, 2008. 156 S.
ISBN 978-926404-6382: EUR 30.00

Altenhilfe/Altenpolitik/Altenarbeit

- Bierhinkel, Curd-Jürgen: Angehörige zu Hause pflegen: Pflegehandlungen in Wort und Bild. München: Elsevier, Urban & Fischer, 2008. 152 S.: Ill. Register
ISBN 978-343-728-2706: EUR 19.95
- Hutton, David; World health organization (Hrsg.): Older people in emergencies: considerations for action and policy development. S.I.: World Health Organization, 2008. 44 S.: Ill.
ISBN 978-924154-7390: EUR 10.00
- Segne meine Jahre: Bausteine und Gestaltungselemente für Gottesdienste mit Älteren/hrsg. von Dagmar Keck. Freiburg i.Br.: Herder, 2008. 96 S.: Ill. + 1 CD-ROM. (Ideenwerkstatt Gottesdienste, ISSN 1616-1033; Spezial Nr. 4).
ISBN 978-345-141-0147: EUR 17.90
- UNECE Ministerial Conference on Ageing (2007: León, España): A society for all ages: challenges and opportunities: proceedings of the UNECE Ministerial Conference on Ageing, 6-8 November 2007, León, Spain/ed. by Astrid Stuckelberger and Andres Vikat; United Nations Economic Commission for Europe. Geneva etc.: United Nations, 2008. 105 S.
ISBN 978-921116-9911. United Nations E.08.II.E.14

Sozialarbeit/Selbsthilfe/Freiwillige Hilfe

- Freiwilligkeit: Ursprünge, Erscheinungsformen, Perspektiven/Herbert Ammann et al. (Hrsg.). Zürich: Seismo-Verlag, 2008. 198 S.: Ill. (Reihe Freiwilligkeit)
ISBN 3-03777-054-6: EUR 26.00

Soziale Arbeit für alte Menschen: ein Handbuch für die berufliche Praxis/Christian Zippel, Sibylle Kraus (Hrsg.). Frankfurt a.M.: Mabuse, 2009. 508 S.
ISBN 978-394-052-9220: EUR 29.90

Lebensverhältnisse Älterer

Hertzsch, Klaus-Peter: Chancen des Alters: sieben Thesen. Stuttgart: Radius Verlag, 2008. 117 S.
ISBN 978-387-173-1099: EUR 12.00

Die Jahre sind mein Lebensglück: Schriftsteller über das Alter/hrsg. von Petra Müller und Rainer Wieland. Berlin: Knesebeck, 2008. 159 S.: Ill.
ISBN 978-389-660-5597: EUR 29.95

Seggelke, Ute Karen: 60 Jahre und ein bisschen weiser: 21 Frauen erzählen. Hildesheim: Gertenberg, 2008. 199 S.: Ill.
ISBN 978-383-692-5891: EUR 29.90

Wolf, Beate; Thomas Haubold.: Daran erinnere ich mich gern!: ein Bilder-Buch für die Biografiearbeit. Hannover: Schlütersche, 2009. 32 S.: Ill.
ISBN 978-389-993-2027: EUR 32.00

Wohnen/Wohnumfeld

Global age-friendly cities: guide/World health organization (ed.). S.I.: World Health Organization, 2007. 76 S.
ISBN 978-924154-7307: EUR 10.00

Meissner, Karolin: Behindertenhilfe versus Altenhilfe?: Unterschiede und Gemeinsamkeiten im stationären Wohnen alternder behinderter Menschen und altersbedingt behinderter Menschen. Hamburg: Diplomica, 2008. 96 S. Diplomarbeit, Eberhard-Karls-Universität Tübingen 2007.
ISBN 978-383-661-6973: EUR 38.00

Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand

Sevesay-Tegethoff, Nese: Bildung und anderes Wissen: zur „neuen“ Thematisierung von Erfahrungswissen in der beruflichen Bildung. Wiesbaden: VS Verlag, 2007. 265 S.
ISBN 978-353-115-3711: EUR 32.90

Vorbereitung auf das Alter/Weiterbildung/Bildung Älterer

Ohidy, Andrea; with a foreword by Ursula Sauer-Schiffer: Lifelong learning: interpretations of an education policy in europe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008. 117 S.: graph. Darst.
ISBN 978-353-115-9546: EUR 29.90

Generationen/Generationenbeziehungen

Beyond the nuclear family: families in a configurational perspective/Eric D. Widmer & Riitta Jallinoja (eds). Bern, Berlin etc.: P. Lang, 2008. XIV, 401 S.: Ill. (Population, family and society, ISSN 1660-6043; vol. 9)
ISBN 978-303-911-7048: EUR 42.80

Marquard, Markus; Marlis Schabacker-Bock, Carmen Stadelhofer: Alt und Jung im Lernaustausch: eine Arbeitshilfe für intergenerationelle Lernprojekte. Weinheim etc.: Juventa, 2008. 167 S.: Ill. (Edition Projektarbeit).
ISBN 978-377-992-1288: EUR 18.00

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

Haberstroh, Julia: Berufliche psychische Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen von Altenpflegern in der stationären Dementenbetreuung. Berlin: Logos, 2008. 218 S. (Psychosoziale Interventionen zur Prävention und Therapie der Demenz, ISSN 1866-1912; Bd. 1)
ISBN 978-383-251-8271: EUR 40.50

Nagele, Susanne; Angelika Feichtner: Lehrbuch der Palliativpflege. 2., überarb. Aufl. Wien: Falcultas, 2009. 240 S.: Ill. Register.
ISBN 978-370-890-2401: EUR 22.90

Nerenberg, Lisa: Elder abuse prevention: emerging trends and promising strategies. New York: Springer, 2008. 299 S. Register.
ISBN 978-08-2610-3277: EUR 18.95

Prüfungsbuch Altenpflege: Fragen und Antworten für die Vorbereitung auf die Zwischenprüfung und Abschlussprüfung, zur Wiederholung, zum Nachschlagen/Jürgen Alle et al.; Franz Wieland (Hrsg.). Stuttgart: Holland + Josenhans, 2008. 563 S.: Ill. Register
ISBN 978-377-825-8804: EUR 23.80

Soziale Dienste

Mitarbeiter in der Altenpflege erfolgreich führen: best practice – Leitfaden für Heimleiter und Führungskräfte in der Altenpflege/Britta Becker (Hrsg.). Bonn: Pro PflegeManagement, 2008. 56 S.: Ill. (Heimleitung konkret). Register.
ISBN 978-381-250-8872: EUR 19.80

Gesundheit/Ernährung/Sport

Erfolgreiches Altern durch Sport/Filip Mess, Damir Dugandzic, Alexander Woll (Hg.). Konstanz: UVK Verlagsges., 2008. 107 S.: Ill.
ISBN 978-386-764-0725: EUR 9.90

Let's move – Bewegung und Demenz/Beate Radzey et al.; Demenz Support Stuttgart (Hrsg. u. Red.). Stuttgart: Demenz Support Stuttgart, 2008. 53 S. –(DeSS orientiert, ISSN 1863-6136; Band 2008/2). [Bezug: www.demenz-support.de]

Schaller, Hans-Jürgen; Panja Wernz: Koordinations-training für Senioren. 2. Aufl. Aachen etc.: Meyer & Meyer, 2008. 168 S.: Ill. (Fit ein Leben lang). Originaltitel: Bewegungskoordination in der Lebensmitte
ISBN 978-389-899-3975: EUR 16.95

Theune, Traudel: Bewegung im Alter: Körper und Geist gemeinsam fördern. München: Urban & Fischer, 2009. 296 S.: Ill. Register.
ISBN 978-343-728-3505: EUR 34.95

Wollring, Ursula: Gymnastik im Herz- und Alterssport: Motivation durch Variation. 4., überarb. Aufl. Aachen; Adelaide; Olten: Meyer und Meyer, 2008. 253 S. (Fit ein Leben lang).
ISBN 978-389-899-3609: EUR 18.95

Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender/World health organization (Hrsg.). S.I.: World Health Organization, 2007. 55 S.: Ill.
ISBN 978-924156-3529: EUR 10.00

Aktivierung/Pflege/Rehabilitation/Therapie

Ehmann, Marlies; Ingrid Völkel: Pflegediagnosen in der Altenpflege: für Ausbildung und Praxis. 3. Aufl. München: Elsevier, 2009. VIII, 216 S. Register. ISBN 978-343-728-4601: EUR 23.00

Eisenburger, Marianne: Aktivieren und Bewegen von älteren Menschen. 4. Aufl. Aachen: Meyer und Meyer 2008. 133 S.: Ill. (Wo Sport Spass macht). ISBN 978-389-899-4156: EUR 16.95

Fiedler, Petra: Das Märchenbuch. Hannover: Vincentz, 2008. 157 S.: Ill. (Altenpflege Bibliothek) (Reihe Woche für Woche aktivieren).
ISBN 978-386-630-0750: EUR 32.00

Fritsche, Burkhard: Neues von Babsi Katheter: Cartoons aus der Altenpflege Burkh. Frankfurt a.M.: Mabuse, 2009. 42 S.: Ill.
ISBN 978-394-052-9039: EUR 15.90

Gerstner, Frank: Entlastungshilfen in der ambulanten Pflege Demenzkranker: eine qualitative Untersuchung in Coburg Stadt und Land. Hamburg: Diplomica, 2008. 103 S.: Ill.
ISBN 978-383-666-2093: EUR 48.00

Grond, Erich: Pflege Demenzkranker. 4., überarb. Aufl. Hannover: Brigitte Kunz Verlag, cop. 2009. 276 S.: graph. Darst. Register.
ISBN 978-389-993-4663: EUR 19.90

Grond, Erich: Die Pflege verwirrter und dementer alter Menschen: Demenzkranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander. 10., vollst. überarb. Aufl. Freiburg i.Br.: Lambertus, 2009. 332 S.
ISBN 978-378-411-8567: EUR 22.50

Hammerla, Monika: Der Alltag mit demenzerkrankten Menschen: Pflege in den verschiedenen Phasen der Erkrankung. München: Elsevier, 2009. VIII, 140 S. Register.
ISBN 978-343-728-3307: EUR 16.95

Musik im Alter: soziokulturelle Rahmenbedingungen und individuelle Möglichkeiten/Heiner Gembris (Hrsg.). Frankfurt a.M.; Bern etc.: P. Lang, 2008. 309 S.: Ill.
ISBN 978-363-157-8094: EUR 48.00

Das praktische Handbuch der Demenz: sofort umsetzbare und professionelle Arbeitshilfen zum pflegerischen Umgang/Maria van Elsbergen (Hrsg.); Autoren: Lucia Baumgärtner-Griffiths et al. Grundwerk inkl. 13. Aktualisierungslieferung. Merching: Forum GesundheitsMedien GmbH, 2008-. 2 Ordner. Loseblattaussgabe, wird durch Nachträge auf dem neuesten Stand gehalten
ISBN 978-393-413-1552: EUR 108.00

Sittler, Engelbert; Marianne Kruff: Handbuch Altenpflege. 3. Aufl. München etc.: Elsevier, Urban & Fischer, 2009. X, 452 S.: Ill. Register.
ISBN 978-343-728-4502: EUR 29.95

Sterben/Sterbebegleitung/Tod

Heimerl, Katharina: Orte zum Leben – Orte zum Sterben: Palliative Care in Organisationen umsetzen. Freiburg i. Br.: Lambertus, 2008. 64 S.: Ill. (Palliative Care und OrganisationsEthik; Bd. 15). ISBN 978-378-411-7904: EUR 9.00

Proisinger, Wolfgang: Tanner geht: Sterbehilfe – ein Mann plant seinen Tod. Frankfurt a.M.: S. Fischer, 2008. 175 S.
ISBN 978-310-059-0305: EUR 16.90

Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun: wie alte Menschen würdig sterben können/Andreas Heller, Katharina Heimerl, Stein Husebø (Hrsg.). 3. aktualisierte und erweiterte Aufl. Freiburg i.Br.: Lambertus, 2007. 592 S. (Palliative care und organisationales Lernen; Bd. 2)
ISBN 978-378-411-6433: EUR 35.90

Gesetze/Verordnungen/Richtlinien/Recht

Altersteilzeit 2008: Recht und Praxis in caritativen Einrichtungen (Anlage 17 AVR)/Deutscher Caritasverband Referat Arbeitsrecht (Hrsg.). Freiburg i.Br.: Lambertus, 2008. 180 S. + CD.
ISBN 978-3-7841-1807-9: EUR 18.00

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 möglich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Auszügen 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