

Vom Projekt zur Regeleinrichtung

Für Modellprogramme stellt sich fast immer das Problem der Übertragung in die Regelversorgung. Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation zeigt, durch welche Prozesse und Faktoren Nachhaltigkeit entstehen kann.

Wohnstandortbedürfnisse älterer Menschen

Unterscheiden sich die Wünsche Älterer an ihr Wohnquartier von denen jüngerer Bewohner? Eine Analyse der Erhebungen des Informationssystems des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung bestärkt das Konzept einer altersübergreifend generationengerechten Stadt.

Fahrtüchtigkeit im Alter

Hohes Alter allein ist noch kein Grund, generell an der Fahrtüchtigkeit zu zweifeln. Dennoch gibt es spezifische Risiken. Welche Bedeutung haben Medikamente und Alkohol, wie groß ist die Gefährdung durch demenzielle Erkrankungen und wann sollten Interventionen einsetzen?

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 04, Juli / August 2009
36. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

04

Vom Modellprojekt zur Regeleinrichtung – das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi

Thomas Schardt, Johannes Weber, Petra Schönemann-Gieck

02

Inhaltsverzeichnis

Seite 02

Vom Projekt zur Regeleinrichtung – das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi

Seite 08

Wohnstandortbedürfnisse älterer Menschen

Seite 13

Fahrtüchtigkeit im Alter

Seite 16

Teilhabe durch Mitgestaltung

Seite 17

Hinweise, Projekte und Modelle

Seite 20

Zeitschriftenbibliografie
Gerontologie

Seite 25

Bibliografie gerontologischer
Monografien

Seite 27

Berichte, Ankündigungen,
Kurzinformationen

Das „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ (GeReNet.Wi), über das im Folgenden berichtet wird, ist ein langfristig angelegtes kommunales Entwicklungsvorhaben, angesiedelt in einem der wichtigsten Überschneidungsbereiche des Sozial- und des Gesundheitswesens: dem Hilfesystem für ältere Menschen. Das Vorhaben begann im Jahr 2000 im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ mit einem klar umrissenen Programm, das später Schritt für Schritt erweitert wurde. Die zusätzlichen Themen und neu gesteckten Ziele entstanden dabei teils aus Wünschen, die das kommunale Umfeld an das Netzwerk herangetragen hat, teils aber auch aus bestimmten Erfahrungen im Laufe der Netzwerkentwicklung. Welchen Weg das Vorhaben genommen hat soll auf den folgenden Seiten nachgezeichnet werden.

Das Modell GeReNet.Wi

Seit dem Jahr 2000 bemüht sich das Amt für soziale Arbeit der Stadt Wiesbaden, die vielen spezialisierten Dienste und Einrichtungen zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung alter Menschen im Stadtgebiet verstärkt miteinander zu vernetzen. Übergreifendes Ziel ist es, die Zusammenarbeit der in diesem Arbeitsfeld tätigen Akteure zu erleichtern und zu strukturieren, um die selbständige und selbstbestimmte Lebensführung älterer Wiesbadener Bürger in ihrem gewohnten Lebensumfeld so lange wie möglich zu erhalten. Durch eine verbesserte Kommunikation der verschiedenen Stellen, Einrichtungen und Professionen erhofft man sich die Rehabilitationspotenziale alter Menschen verlässlicher erkennen und mobilisieren zu können. Den Dreh- und Angelpunkt bilden dabei die acht städtischen „Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter“.

Die bisherigen Vernetzungsaktivitäten fanden unter günstigen Voraussetzungen statt: Sie konnten im Rahmen von zwei aufeinander folgenden Modellprojekten in Trägerschaft der Stadt Wiesbaden entwickelt und durchgeführt werden, die personell wie organisatorisch gute Bedingungen boten. So wurde am Amt für Soziale Arbeit (Abteilung Altenarbeit) ein eigenes Büro mit zwei (zeitweise zweieinhalb) Vollzeitstellen geschaffen, das die Projektentwicklung, Projektkoordination und Öffentlichkeitsarbeit übernahm. Zur Projektmatrix gehörten von Beginn an auch eine wissenschaftliche Begleitung (durch das Deutsche Zentrum für Altersforschung, später das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg) sowie ein Projektbeirat, in dem die relevanten Berufsgruppen, Einrichtungen, Kostenträger und Zuschussgeber des Projekts vertreten waren.

Das *erste Projekt* mit dem programmatischen Titel „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ erstreckte sich über drei Jahre (Mai 2000 – April 2003). Finanziert wurde es vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“. Weitere Zuschussgeber waren das Hessische Sozialministerium (Altenhilfsreferat) sowie die Stadt Wiesbaden selbst. Wichtigste Zielgruppe dieser ersten Vernetzungsphase waren hilfebedürftige Menschen in höherem Alter, die noch in ihrer eigenen Wohnung leben. Für diese Gruppe sollte dreierlei erreicht werden: (1) ein geregelter Zugang zu geriatrischer Behandlung und Rehabilitation, einschließlich der erforderlichen Heil- und Hilfsmittelversorgung, (2) eine verbesserte Lebensqualität durch Schulung pflegender Angehöriger und ehrenamtlicher Helfer, (3) eine qualifizierte Überleitung nach Hause nach einem Krankenhausaufenthalt, verbunden mit einer ausreichenden Nachsorge.

Während das erste Netzwerkprojekt vor allem im Bereich der geriatrischen Prävention tätig geworden ist,¹ ging es im *zweiten Projekt* schwerpunktmäßig um die Verbesserung der geriatrischen Krankenhausnachsorge und der Überleitung in die eigene Häuslichkeit – um die komplementäre Thematik sozusagen. Dieses zweite Modellprojekt mit dem Titel „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmangement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Prävention“ begann, mit einjährigem Abstand zum Vorgängerprojekt, im Mai 2004 und wurde drei Jahre später, im April 2007, abgeschlossen. Finanziert wurde es aus Fördermitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, aus dem Europäischen Sozialfond und von der Stadt Wiesbaden selbst. Wie zuvor lag die Projektträgerschaft bei der Stadt, die das Projekt erneut organisatorisch der Abteilung Altenarbeit des Amtes für Soziale Arbeit angegliedert hatte. Übernommen aus der ersten Modellphase wurde auch der bewährte Organisationsrahmen mit den beiden Hauptelementen wissenschaftliche Begleitung und Projektbeirat. Das Ziel, den Entlassungsprozess alter Menschen aus dem Krankenhaus und die Nachsorge für sie so zu gestalten, dass möglichst keine Brüche an den Schnittstellen entstehen, die nötigen Hilfen zu Hause organisiert sind und vor allem auch die Eigenkräfte der Betroffenen gestärkt werden, wollte das Projekt auf drei unterschiedlichen Wegen erreichen: (1) durch eine verlässliche Vernetzung der in diesem Prozess wichtigen Akteure in der Al-

tenhilfe und im Gesundheitswesen, (2) durch Qualifizierung und Fortbildung der Beteiligten und (3) durch die Schaffung ergänzender niedrigschwelliger Nachsorgeangebote.

Es ist gelungen – so das zentrale Ergebnis der beiden Projektphasen – funktionierende Kooperationen zwischen den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und zu mehr als 100 hausärztlichen Praxen in Wiesbaden aufzubauen und zu verstetigen.² Angesichts der bekanntermaßen geringen Nachhaltigkeit vieler Modellprojekte stellt sich vor allem die Frage: Wie konnten die im Modell entwickelten Strukturen und Vorgehensweisen in regelhaftes Handeln überführt werden?

GeReNet wird Regeleinrichtung

Das 2. Modellprojekt wurde abgeschlossen, ohne dass es danach zu einem Abbau der Projektmanagementstrukturen kam – was sonst sehr häufig ist. In Wiesbaden wurden diese Strukturen vielmehr in Gänze erhalten. Sechs Monate vor Projektabschluss im April 2007 hatte das Amt für Soziale Arbeit mit verwaltungsinternen Gesprächen begonnen, um den Organisationskern des Geriatrischen Netzwerks Wiesbaden in eine Regeleinrichtung der kommunalen Altenhilfe zu überführen. Im Februar erfolgte eine entsprechende Vorlage an den Magistrat, im März kam es schließlich zu einem positiven Beschluss der Wiesbadener Stadtverordnetenversammlung.

Seit Mai 2007 gibt es jetzt eine *permanente Koordinationsstelle* für den weiteren Netzerkausbau am Amt für Soziale Arbeit: Sie ist ausgestattet mit zwei unbefristeten Vollzeitstellen. Neben Honorar- und Sachmitteln stehen auch Gelder (im Umfang einer 50 %-Stelle) für die Fortführung der wissenschaftlichen Begleitung zur Verfügung. Damit ist weiterhin das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg betraut. In all diesen Punkten zeigt sich eine hochgradige Strukturkon-

tinuität. Die Beendigung des Projektstatus von GeReNet.Wi ist erfreulicherweise nicht zu strukturellen Einschnitten genutzt worden.

Inhaltlich wurde mit dem Beschluss der Stadtverordnetenversammlung ein zusätzlicher Arbeitsschwerpunkt festgelegt: Im Laufe der nächsten Jahre soll das „Forum Demenz“ aufgebaut werden. Wiesbaden hat zahlreiche Dienste und Einrichtungen, die sich um Menschen mit Demenz kümmern. Ihr Bekanntheitsgrad ist jedoch nicht ausreichend und ihre Reichweite zu gering. Die Aufgabe des Forums soll es sein, sowohl ein Basiswissen in der Bevölkerung über Entstehung, Diagnostik und Therapie der Demenz zu schaffen, als auch den Umgang und die Kommunikation mit den Betroffenen zu verbessern. Vorhandene Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten sollen stärker bekannt gemacht und besser aufeinander abgestimmt werden. Für die Ansiedlung des Forums im Amt für Soziale Arbeit sprach vor allem dessen weitgehende Trägerneutralität, für seine organisatorische Anbindung an das Geriatrische Netzwerk die langjährigen Erfahrungen dieser Stelle in der Vernetzung der Bereiche Altenhilfe, Pflege und Gesundheitswesen. Synergieeffekte entstehen dadurch, dass weitgehend die gleichen Akteure, nämlich Hausärzte, Pflegedienste, Beratungsstellen, Kliniken und andere Dienste sich sowohl um Menschen mit Rehabilitationsbedarf als auch um Menschen mit Demenz kümmern. Die Stadt hat einen Antrag auf Modellförderung dieses Arbeitsschwerpunkts durch die Pflegekassen und das Land im Rahmen des § 45c Absatz 4 SGB XI gestellt (Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen). Dieser Antrag ist im Juli 2008 bewilligt worden.

Neben dem Aufbau des Forums Demenz stehen Themen aus den bisherigen Schwerpunkten auf der Agenda der kommenden Jahre. Dabei handelt es sich einerseits um noch nicht abgeschlossene Maßnahmen, andererseits um neue Ziele innerhalb der bisherigen Schwerpunkte. Darüber hinaus gibt es Felder, die kontinu-

¹⁾ Das Feld der geriatrischen Prävention ist allgemein noch weitgehend unerschlossen. Probleme bestehen gleichermaßen auf der Angebots-, der Zugangs- und der Motivationsebene. GeReNet.Wi 1 hat auf jeder dieser Ebenen einen wichtigen Schritt getan, aus dem Ansatz könnte aber noch mehr erwachsen. Ein Beispiel sind die Kurse zur Sturzprävention, die kürzlich zum ersten Mal in verschiedenen Wiesbadener Seniorentreffs durchgeführt wurden. Die große Resonanz auf diese Kurse und die anhaltende Nachfrage zeigt, dass aus einem verbesserten Angebot in Verbindung mit einem niedrigschwelligen Zugang rasch eine wirksame Motivation entstehen kann. Das Besondere ist, dass hier ein Personenkreis erreicht wurde, der für Prävention ansonsten nur schwer zu gewinnen ist.

²⁾ Zu den Gesamtergebnissen siehe: Haas, B.; Schönemann-Gieck, P.; & Weber, J. (2007): 7 Jahre Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – Abschlussbericht. Wiesbaden.

ierlich zu betreuen und zu pflegen sind. In den erstgenannten Bereich fallen die abschließende Bewertung und gegebenenfalls Überarbeitung eines Überleitungsverfahrens (Häuslichkeit – Krankenhaus; Krankenhaus – Häuslichkeit) sowie die Weiterführung der Fortbildungsprogramme („Case Management“, diverse Fortbildungen für Ärzte und andere Berufe). Im zweitgenannten Bereich geht es u.a. um die Weiterentwicklung der Verfahren zur Feststellung geriatrischer Interventionsbedarfe (insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt) einschließlich der Einleitung der erforderlichen Maßnahmen. Mit diesen Aufgaben wird das Netzwerk vermutlich stark gefordert sein. Geplant ist darüber hinaus der Aufbau stadtteilorientierter Arbeitskreise (bzw. Konferenzen) zur Altenarbeit („quartiersbezogene Netze“), deren Aufgabe die lokale Vernetzung der Anbieter sowie die Erhebung von Bedarfslagen und Interessen der älteren Bürger im Stadtteil sein soll. Daraus könnten sich eine Menge Partizipationschancen für Ältere ergeben. Der dritte Aufgabenbereich, er betrifft die fortlaufenden Arbeiten, umfasst einen großen Teil der überaus intensiven Netzwerkkommunikation: Neben der Routinekommunikation innerhalb des Netzwerks, die im wesentlichen über die Beiratsarbeit und die seit 2005 periodisch an über 400 Adressaten versendeten „Virtuellen Netzwerkbriefe“ läuft, ist hier der regelmäßige verwaltungsinterne Informationsaustausch (einschließlich Gremien, Arbeitskreise und Querschnittsverwaltungen wie Personal-, Organisationsamt und Kämmerei) sowie die eigentliche Öffentlichkeitsarbeit zu nennen. Zu den ständigen Arbeiten zählt auch die fortlaufende Maßnahmen- und Programmdokumentation und deren Auswertung durch die wissenschaftliche Begleitforschung. Der Modellbeirat wird in etwas veränderter Zusammensetzung weitergeführt. Wie in den vorausgegangenen Modellperioden wird dort über den Kurs des Vorhabens wesentlich mitentschieden. Auch in den kommenden Jahren, davon kann man ausgehen, sind von GeReNet noch wichtige und weiterführende Ergebnisse zu erwarten.

Der allgemeine Ertrag aus GeReNet.Wi

Was können nun andere Regionen von GeReNet lernen? Einfach kopieren lässt sich das Wiesbadener Projekt mit Sicherheit nicht. Bevölkerungszahl, Fläche, Siedlungsstruktur, infrastrukturelles Angebot sowie die gewachsenen Beziehungen wichtiger Akteure sind von Region zu Region sehr verschieden, und diese Gegebenheiten sind für ein Netzwerk – seine mögliche Zusammensetzung, seine Trägerschaft und seine inhaltliche Ausrichtung beispielsweise – geradezu konstitutiv. GeReNet enthält jedoch eine Reihe konzeptioneller und praktischer Lehren, die unseres Erachtens für alle derartigen Vorhaben gelten, ganz gleich in welchem regionalen Kontext sie angesiedelt sind.

Die grundlegende Erkenntnis aus der mittlerweile bereits neunjährigen Geschichte von GeReNet.Wi ist, dass die Zusammenarbeit der vielen Gesundheits- und Sozialdienste und anderer Einrichtungen, die für ältere und alte Menschen sorgen, sich *regional* entwickeln und verbessern lässt – und zwar wesentlich aus *eigener Kraft der Beteiligten*. Damit eine solche Entwicklung in Gang kommt und auch in Gang bleibt, bedarf es allerdings bestimmter Voraussetzungen. Aus den vielen Faktoren, die zum Aufbau und den guten Ergebnissen des Vorhabens beigetragen haben, sollen im Folgenden fünf besonders herausgehoben werden.

Erstens: Es muss eine *treibende Kraft am Ort* für eine Netzwerkentwicklung geben. Im Fall von Wiesbaden waren es gleich mehrere. Die stärkste und beständigste Initiative ging hier von der Kommune aus, genauer gesagt vom Amt für Soziale Arbeit. Die übernommene Projektträgerschaft gab den Aktivitäten bald auch einen offiziellen und verantwortlichen Rahmen. Starke Impulse kamen des Weiteren aus den beiden Geriatrischen Kliniken. Sie hatten bereits in den 1990er Jahren, noch während ihrer Anlaufzeit, systematisch Verbindungen zu den umliegenden Krankenhäusern hergestellt, indem sie dort regelmäßig externe Konsile durchführten. Durch Qualitätszirkel und vielfältige Fortbildungen knüpften sie

Kontakte auch zu den niedergelassenen Ärzten in Wiesbaden. Darüber hinaus richteten sie spezielle Beratungsangebote für Patienten und Angehörige ein (z. B. eine „Memory Clinic“). Gemeinsam mit der Stadt und weiteren Akteuren wurde später eine „Arbeitsgemeinschaft Wiesbadener Geriatrie“ (Wie-Ge) gegründet, die bis heute regelmäßig Veranstaltungen zu altersrelevanten Themen organisiert und eine (inzwischen in 3. Auflage erschienene) Informationsbroschüre über geriatrische Versorgungsangebote und Hilfen für ältere Menschen in Wiesbaden herausgibt („Geriatrisches Register“).³ Diese früh beginnenden Vernetzungs- und Öffentlichkeitsaktivitäten fanden in GeReNet.Wi ein neues und größeres Wirkungsfeld. Dabei waren Kommune und geriatrische Kliniken, trotz partiell unterschiedlicher Interessen, gut in dem neuen Projekt verbunden, was den Projektverlauf immer wieder günstig beeinflusste. Die anhaltende Unterstützung aus dem kommunalen Raum war für die Fortentwicklung und Etablierung des Vorhabens letzten Endes ebenso wichtig wie zuvor für seine Entstehung. Diese lokale Verankerung ist durch nichts zu ersetzen. Ein Projektauftrag ohne solche Basis, und sei er finanziell noch so gut ausgestattet, bleibt ein Strohfeuer. Vernetzungsvorhaben geraten ins Stocken, wenn diese Unterstützung plötzlich ausbleibt – etwa weil wichtige Akteure das Interesse verlieren oder ihre Initiative durch Interessenkonflikte für längere Zeit blockiert ist.

³ Allgemeines Anliegen der Arbeitsgemeinschaft Wiesbadener Geriatrie (Wie-Ge) ist es, die kommunale Gesundheitsförderung für Senioren und Seniorinnen durch Maßnahmen und Planungen anzustoßen, zu unterstützen und zu vernetzen. Mitglieder der Wie-Ge gründeten 2005 den Förderverein AGape e.V. Dieser Förderverein initiiert und fördert Projekte für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger, die sonst – speziell unter finanziellen Gesichtspunkten – nicht möglich oder realisierbar wären, z. B. Maßnahmen zur Sturzprävention (s. dazu oben Anm. 1).

Zweitens: Vernetzung bedeutet, das Kooperationsniveau innerhalb des Hilfesystems zu erhöhen. Das kann nur gelingen, wenn die *Kooperationsfähigkeiten* der einzelnen Partner mitwachsen und Abstimmungen und konkrete Zusammenarbeit merklich erleichtert werden – eine Daueraufgabe, für die von Fall zu Fall Lösungen zu finden sind. Verschiedene Wege haben sich hierbei bewährt.

(a) Manchmal reicht es für eine bessere Vernetzung von Hilfen bereits, dass die richtigen *Informationen* an den Orten sind, wo sie benötigt werden. Beispiele dafür sind die inzwischen häufiger werdenden „Regionalen Gesundheitsführer“ als allgemeine Informationsgrundlage, oder speziell im GeReNet.Wi-Projekt die Instrumente „Adresskarte“ in Händen der älteren Bürger und „Adressenliste“ bei den Beratungsstellen und den Leistungserbringern. (b) Für besonders kritische Versorgungs- und Übergangssituationen wie die Krankenhausentlassung hochaltriger Patienten nach Hause ist es darüber hinausgehend sinnvoll, klar geregelte *Verfahren* für die Kontaktaufnahme und die Zusammenarbeit zwischen abgebendem und aufnehmendem System einzuführen. Sind diese Verfahren einvernehmlich und griffig, erleichtern sie die Kooperation beträchtlich und dauerhaft. (c) In einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen schließlich funktioniert Vernetzung nur mit zusätzlicher *institutioneller Unterstützung* zuverlässig. Das Spektrum solcher Fälle reicht von der leistungsbereichsübergreifenden Erstinformation Ratsuchender bis hin zur Vermittlung und Abstimmung konkreter Hilfen im Einzelfall. Sehr bewährt haben sich hierfür allgemeine Anlauf- und Vermittlungsstellen, wie es die Wiesbadener „Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter“ sind. Die Funktionen, die sie operativ übernehmen, sowohl in der Hilfeermittlung als auch in der Leistungscoordination, insbesondere bei komplexen Assessments und Arrangements, können die direkt versorgenden spezialisierten Akteure kaum gleichwertig wahrnehmen. Allerdings muss dafür gesorgt sein, dass diese Vermittlungsstellen von ihren Kooperationspartnern – angefangen bei den

Rat- und Hilfesuchenden und deren Angehörigen, bis hin zu den örtlichen Einrichtungen, Praxen und Diensten – auch als hilfreich, als leistungsfähig und nicht zuletzt auch als trägerneutral wahrgenommen werden. Die Voraussetzungen dafür sind in Wiesbaden ausgesprochen günstig: Die dortigen Stellen befinden sich in kommunaler Trägerschaft, sie sind personell so besetzt, dass sie auch aufsuchende und längerfristig begleitende Arbeit leisten können, und sie haben einen umfassenden, also nicht auf einen Sektor (etwa nur den Bereich ambulante Pflege) oder bestimmte Träger eingeschränkten Beratungsauftrag. Damit haben sie sich im Laufe der Jahre zu entscheidenden Bindegliedern im örtlichen Hilfesystem entwickelt.

Drittens: Das Netzwerk selbst benötigt, um arbeits- und handlungsfähig zu sein, ein bestimmtes Minimum an Overheadstrukturen. Unerlässlich ist zunächst eine *Geschäftsstelle*, die konkrete Entwicklungsmaßnahmen vorbereitet, abstimmt, realisiert und in der Praxis begleitet bzw. die mit solchen Aufgaben befassten Arbeitsgruppen organisatorisch unterstützt. Die Geschäftsstelle ist die zentrale Adresse für alle Netzwerkpartner und gleichzeitig die Agentur, die die nötige Kommunikation innerhalb des Netzwerks und darüber hinaus in Gang hält. Letzteres erfordert vor allem eine kontinuierliche Medienarbeit, die über die öffentliche Wahrnehmung des Kooperationsbündnisses entscheidet. Anders als eine Einrichtung oder auch eine Verwaltungsstelle ist ein Netzwerk ja nichts Anschauliches; sein „Lebendbeweis“, der für seine Funktions- und Entwicklungsfähigkeit unentbehrlich ist, kann nur medial erbracht werden. Zu den unerlässlichen Overheadstrukturen gehört des Weiteren ein *Beirat*, der aus den wichtigsten Leistungserbringern, Finanzierungsträgern sowie Vertretern der nutzenden Bürgerschaft (z.B. die kommunale Seniorenvertretung) zusammengesetzt sein sollte. Der Beirat ist genaugenommen ein Netzwerk zweiter Ordnung, der das Netzwerk der direkten Kooperationspartner mit relevanten politischen und institutionellen Akteuren, In-

formationsträgern und Meinungsbildnern im Umfeld in Kontakt bringt (und damit auch den gegenseitigen Austausch fördert). Der Beirat, der mehrfach jährlich zusammenkommt, sollte keinerlei Entscheidungsbefugnisse, sondern ausschließlich beratende und evaluierende Funktionen haben. Das dritte Element einer funktionierenden Overheadstruktur ist eine *wissenschaftliche Projektbegleitung*. Ihre wesentliche Aufgabe besteht darin, wichtige Interventionsmaßnahmen, die das Netzwerk beschließt, in ihrer Umsetzung zu beobachten und ihre Effekte zu objektivieren. Auch fundierte Bestandsaufnahmen beispielsweise, so wie sie das 2. Wiesbadener Projekt benötigte, sind auf wissenschaftliche Unterstützung angewiesen. Eine unabhängige wissenschaftliche Projektbegleitung wirkt der möglichen Beliebigkeit von Interventionsentscheidungen und Maßnahmebewertungen stark entgegen. Das macht sie zu einem enorm versachlichenden und stabilisierenden Element in jeder Netzwerkentwicklung. Deshalb benötigt ein Netzwerk eine wissenschaftliche Prozessbegleitung nicht nur während seiner Pilot- oder ersten Aufbauphase – dort wird sie aus legitimatorischen Gründen i.d.R. installiert – sondern auch im Laufe seiner weiteren Entwicklung. Wenn die Forschungsfragen netz- und praxisbezogen sind und nicht auf allgemeinere wissenschaftliche Aussagen abzielen (Vergleiche mit ähnlichen Vorhaben, Stand der Forschung etc.), ist das auch finanzierbar. Geschäftsstelle, Beirat und wissenschaftliche Begleitung sind die drei entscheidenden Strukturinvestitionen für den inneren Zusammenhalt und die kontinuierliche Entwicklungsfähigkeit des Netzwerks. Mit einer klaren Funktionsaufteilung zwischen diesen „Organen“ bei gleichzeitigem gutem Zusammenspiel und gegenseitiger Unterstützung lassen sich dabei vermutlich die besten Ergebnisse erzielen. Die Erfahrungen von GeReNet.Wi legen das nahe.

Viertens: Jedes Netzwerkvorhaben sollte *inhaltlich bestimmte Ziele* haben, darüber hinaus auch explizite *Zielgruppen*, die von den Projektmaßnahmen profitieren sollen. Diese zwei Festlegungen sind für alle konzeptionellen und praktischen Bemühungen entscheidende Leitorientierungen, die später auch eine angemessene Selbstüberprüfung der geleisteten Arbeit ermöglichen. Netzwerkvorhaben, die ganz *allgemein* die Zusammenarbeit örtlicher Dienste und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens verbessern wollen, können damit vielleicht anfänglich einige Akteure stärker ansprechen und motivieren, sind jedoch aufgrund ihrer thematischen Unbestimmtheit auf Dauer nicht wirklich tragfähig. Eine Verzettlung in vielerlei Einzelaktivitäten ist hier fast zwangsläufig. Lohnende inhaltliche Zielbereiche für regionale Netzwerkvorhaben gibt es genug: verbesserte Überleitungsverfahren für geriatrische Patienten aus dem Krankenhaus, koordinierte Hilfeangebote für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen, Aufbau einer geriatrischen Präventionsstruktur mit zugehender Arbeitsweise, Förderung von generationsübergreifendem bürgerschaftlichem Engagement, Verbesserung der sozialen Teilhabe alter Menschen – das sind z.B. die Themen, die in Wiesbaden innerhalb der letzten neun Jahre aufgegriffen worden sind. Grundsätzlich sinnvoll ist es, wenn die Projektthemen und die speziellen Arbeitsansätze den örtlichen Prioritäten und Voraussetzungen entsprechen. Manchmal kann es im Projektverlauf wichtig werden, den ursprünglichen Ziel- und Arbeitsrahmen zu überschreiten – etwa neue Partner einzubinden, das Zugangsverfahren umzustellen oder auch die Projektziele zu modifizieren. GeReNet hat das mehrfach erlebt.

Fünftens: Ein Netzwerk aufzubauen ist keine Sache von ein, zwei Jahren, sondern bedarf einer weitaus *langfristigeren Perspektive*. Von den Beteiligten verlangt das eine Menge Geduld und zugleich ein großes Maß an Beharrlichkeit. Dass schnelle Erfolge bei Vernetzungen nicht zu erwarten sind, hat strukturelle Gründe. Der erste und einfachste von diesen Gründen ist, dass die verschiedenen Hausärzte, Beratungsstellen, Pflegedienste und Krankenhäuser nicht einfach per Anordnung oder Verfügung auf ein gemeinsames Vorgehen verpflichtet werden können. Das Netzwerk selbst oder dessen Geschäftsstelle hat keinerlei derartige Befugnisse, von Sanktionsmöglichkeiten ganz zu schweigen. Die Erweiterung der unterschiedlichen professionellen und institutionellen Perspektiven um ein allen gemeinsames Anliegen (z.B. die Mobilisierung der Rehabilitationspotenziale älterer Menschen), oder das praktische Einbeziehen neuer Kooperationspartner, oder auch die Veränderung einrichtungsübergreifender Arbeitsweisen – dies alles kann nur in gegenseitigem, Zeit beanspruchendem Einvernehmen zustande kommen. Ein zweiter Grund für den besonderen Zeitbedarf von Vernetzungsvorhaben liegt darin, dass es außer der sachlichen Abstimmung der Akteure auch einer *gegenseitigen professionellen Wertschätzung* bedarf, damit die berufs- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit auch wirklich funktioniert. Dieses Fundament muss in der Regel gestärkt, wenn nicht sogar erst gelegt werden. Ein großer Schritt dahin ist erfahrungsgemäß getan, wenn die Beteiligten mehr voneinander wissen – das heißt: wenn sie die Arbeitsinhalte, die Aktionsmöglichkeiten und die Handlungsgrenzen der Stellen, mit denen sie zukünftig verstärkt kooperieren sollen, genauer kennengelernt haben – und am besten gleich auch die handelnden Personen selbst. Beides lässt sich, wie GeReNet zeigt, in interprofessionelle Fortbildungen oder auch in Projektarbeitsgruppen einbauen und durch gegenseitige Hospitationen der Partner noch verstärken. Ob neue Vernetzungsmaßnahmen wirklich taugen, zeigt immer erst die Praxis. Nehmen die Projektverantwort-

lichen diese Erfahrung ernst und verzichten sie auf bloße Schaufenstermaßnahmen, beansprucht das ebenfalls Zeit. Dies ist die dritte Quelle für den besonderen Zeitbedarf eines Vernetzungsvorhabens. Neue Abläufe oder auch neue Instrumente müssen zunächst unter Alltagsbedingungen getestet werden. Dies allein braucht oft einige Monate. Nicht selten sind danach Überarbeitungen angebracht, die dann auch vorgenommen werden sollten, wenn nötig wiederholt. Ist endlich das Routinestadium einer Maßnahme erreicht, kann die aktive Begleitung entfallen. Die Erfahrungen im GeReNet.Wi sprechen allerdings dafür, sich wichtige Maßnahmen in Abständen erneut anzuschauen, weil selbst gut eingeführte Verfahrensweisen unter der Hand manchmal wieder aufgegeben werden. Ebenso kann sich u.U. herausstellen, dass die gewünschten Kooperations- oder Interventionsziele mit dem eingesetzten Instrument doch nur sehr unvollständig zu erreichen sind. Hält man die Ziele auch weiterhin für sinnvoll, sollte das Netzwerk unbedingt einen neuen Anlauf auf neuem Wege unternehmen.

Wenn wichtige Vernetzungsziele im ersten Versuch nicht vollständig umgesetzt werden können, lässt das weder auf ein Versagen des Projektmanagements noch auf die Unerreichbarkeit dieser Ziele schließen. Entscheidend ist vielmehr, wie sich die Dinge dann anschließend weiterentwickeln. Erfahrungen aus anderen Innovationsprojekten zeigen, dass es nach einem ersten Umsetzungsschritt zu einer dauerhaften Stagnation oder auch zu einer Rückentwicklung kommen kann. Positive Entwicklungsvarianten zeichnen sich dagegen dadurch aus, dass nach einer Konsolidierungs- oder sogar Stagnationsphase ein neuer Innovationsschub entsteht. Die verbreitete Vorstellung einphasiger und kontinuierlich gelingender Innovationsverläufe zeichnet ein falsches und irreführendes Bild der Wirklichkeit.

Erforderliche Nacharbeiten sind in einem Netzwerk, das thematisch nicht auf der Stelle tritt sondern sich weiterbewegt, jedoch nicht ganz einfach zu bewerkstell-

gen. Da ist es hilfreich, wenn sowohl die Geschäftsstelle als auch der Beirat sowie die wissenschaftliche Begleitung die Verläufe im Auge behalten und einander auf mögliche Probleme und Verschlechterungen aufmerksam machen können.

Trotz der überaus erfolgreichen Karriere des Vernetzungsgedankens im Gesundheits- und Sozialbereich, die im letzten Jahrzehnt auch in der Sozialgesetzgebung deutliche Spuren hinterlassen hat,⁴ sind regionale Netzwerke wie GeReNet.Wi nach wie vor eine Seltenheit. Vereinzelt wird das daran liegen, dass die Voraussetzungen für Vorhaben dieser besonderen Art unklar sind und vielleicht auch ihre Durchführung wenig berechenbar erscheint. Hier können die vorangehenden Hinweise zu einer Klärung beitragen. In den meisten Regionen dürften die Probleme jedoch tiefer liegen: Häufig ist noch zu wenig Bewusstsein vorhanden, die Vernetzung örtlicher Hilfeangebote zu einem Thema in der Kommune zu machen. Ein solches Interesse aus der Region ist aber die Grundlage für die Entwicklung möglicher Netzwerkvorhaben. An den meisten Orten fehlt es darüber hinaus an leistungsfähigen Basisinstitutionen, wie es in Wiesbaden die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter sind, auf die praktische Vernetzungsvorhaben angewiesen sind. Auf diese beiden Probleme müssen konkrete Antworten gefunden werden, wenn sich regionale Netzwerke weiter verbreiten sollen. Der Aufbau von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung auf der Grundlage des SGB XI (Pflegeversicherung) könnte ein entscheidender Schritt in diese Richtung sein.

Dr. Thomas Schardt ist Ministerialrat a. D., Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit

Johannes Weber ist Leiter der Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit, Wiesbaden

Petra Schönemann-Gieck, Dipl.-Gerontologin, M.A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Kontakt:

johannes.weber@wiesbaden.de;

petra.schoenemann@gero.uni-heidelberg.de

⁴ Beginnend im SGB V: vom 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 bis hin zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 (vor allem die Bestimmungen zu „Strukturverträgen“, „Integrierter Versorgung“, und „Strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“), weiterhin im 2001 in Kraft getretenen SGB IX („Gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger“), und zuletzt auch im SGB XI durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 („Pflegeberatung“, „Pflegestützpunkte“).

Die meisten Studien zu der Frage „Wie wollen Menschen wohnen?“, gehen nur auf den Mikrokosmos „Wohnung“ ein und blenden das Quartier, als alltäglichen Lebens- und Begegnungsraum aus. In dem vorliegenden Artikel soll es jedoch um genau diesen Raum gehen. Welches Mobilitätsverhalten haben ältere Menschen und welche Anforderung stellen ältere Menschen an ein Quartier? Dazu wurden die Erhebungen des Informationssystems des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBR) in Anlehnung an das Vorgehen der Studie „LebensRäume“ des BBR (2006) ausgewertet. Im folgenden sollen die Ergebnisse kurz dargestellt werden.

Das Informationssystem des BBR

Die jährliche Umfrage des BBR erhebt per Fragebogen – zusätzlich zu den objektiven Indikatoren – die subjektive Dimension der Lebensbedingungen, um so auf induktivem Weg Hypothesen für die prozesshafte Entwicklung regional spezifischer Sozialräume abzuleiten (BBR, 2006 S. 1). Hierfür werden seit 1990 jedes Jahr etwa 2000 Haushalte jeweils in Ost- und Westdeutschland befragt (Westdeutschland seit 1985), die durch eine mehrfach geschichtete Zufallsauswahl gewonnen werden, um eine repräsentative Stichprobe zu erhalten. Die durchgängigen Themenbereiche der BBR-Umfrage beziehen sich auf: Wohnung/Gebäude, Wohnumgebung, Nachbarschaft/Integration/Partizipation, Räumliche Mobilität sowie Wirtschaftliche Lage/Arbeit/Beruf. Dabei werden, auf Grund des Umfangs, jährlich unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt.

Der vorliegenden Auswertung liegen die Wellen 2000 bis 2007 zugrunde. Ein besonderer Fokus lag dabei auf den Jahren 2001, 2004 und 2007, da in diesen Jahren der Themenkomplex der Bedeutung und Zufriedenheit mit den jeweiligen Quartiersstrukturen erfragt wurde. Hauptsächlich wurden dabei die Bedürfnisse der älteren Menschen berücksichtigt, diese jedoch auch in Relation zu den anderen Altersgruppen gestellt.

Das Quartier als Gegenstand städtebaulicher Politik

In einer Studie zur sozialen Segregation von Beck und Perry (2008) wurde deutlich, dass in der alltagsweltlichen Wahrnehmung der Stadt durch den Bürger, ein Schlüssel zum Verständnis von Prozessen in der Stadtgesellschaft liegt. Die Autoren sprechen hier vom persönlichen sozialen Raum und meinen damit ein Moment der sozialen Situation, das von vielen verschiedenen Dimensionen und Aspekten, wie soziale Lage und Lebensphase etc. geprägt ist. Dieser soziale Raum entsteht aus subjektiven Sinn- und Kommunikationsstrukturen. Dies führt zur Ausdifferenzierung der Lebenswelten und zur Heterogenität der sozialen Räume.

Die sozialen Räume, so die Studie, haben heute nur noch wenig mit den Wohnquartieren im Sinne geografisch eindeutig abgrenzbarer Stadtviertel zu tun. Insbesondere stimmen die administrativen Grenzen mit der Wirklichkeit der individuellen sozialen Räume nicht überein, auch wenn politisch ein stärkerer Bezug wünschenswert erscheint. Ein zentraler Faktor der Entkoppelung von sozialem Raum und Quartier ist die Mobilität der Betroffenen, die sich schichtspezifisch allerdings stark unterscheidet.

Auch wenn die räumliche Entgrenzung weiterhin zunimmt, nimmt das Bedürfnis nach Grenzen nicht ab, sondern wird lediglich auf eine andere Ebene transformiert. So findet die Begrenzung und Ausgrenzung von anderen Bevölkerungsgruppen nun vielmehr im Sozialen statt. Dabei fungieren die Zusammenfassungen von anderen Menschen zu Gruppen, ihr Bewerten und Zuschreiben von Eigenschaften als Mittel der Reduktion und Ordnung sozialer Komplexität. Die Kraft solcher Gruppenbildungen – positiv wie negativ – in der alltäglichen Lebenswelt der Menschen ist kaum zu überschätzen.

Segregation

Unter Segregation wird, sowohl in der Begrifflichkeit der Fachverwaltungen als auch in der Wissenschaft, die Ungleichverteilung von Bevölkerungsgruppen im städtischen Raum verstanden (vgl. Friedrichs, 1995; Harth, Herlyn, & Scheller,

2002). Sie ist Produkt sozialer und räumlicher Ungleichheit. Während die räumliche Ungleichheit eine Folge von topographischen Unterschieden und Lagequalitäten ist, beschreibt die soziale Ungleichheit die ökonomische, kulturelle und machtrelevante Dimension.

Eine Population verteilt sich nicht gleichmäßig innerhalb eines Besiedlungsgebietes, sondern konzentriert sich in Abhängigkeit verschiedener Parameter, wie zum Beispiel dem ökonomischen Potenzial, in bestimmten Teilräumen. Problematisch wird diese Tatsache allerdings nur dann, wenn die disproportionale Verteilung von Bevölkerungsgruppen mit ähnlichen Merkmalsausprägungen einen statischen Zustand annimmt, welcher die Ungleichheit verfestigt oder verstärkt und nicht freiwillig erfolgt (Vgl. OECD, 2003 Kap. 5.2). Die Verteilung der Bevölkerung auf die jeweiligen Quartiere ist sehr unterschiedlich. Besonders hoch scheinen diese Segregationstendenzen in Quartieren mit einem hohen Maß an lebensweltlicher Heterogenität und Spannung zu sein. Dabei beeinflussen bestimmte Umstände diesen Prozess besonders. Zu den Faktoren, die eine Segregationstendenz fördern zählen Marktlage, Finanzsituation, Mobilität, soziale Abgrenzung, soziale Unterschiede und Lebenssituation.

Ergebnisse der Auswertung

Die Autoren der Studie „Die Wohnvorstellungen von Menschen verschiedener Altersgruppen“ untersuchten unter anderem die Altersgruppen der 46 bis 65-Jährigen und der über 65-Jährigen. Dabei ging es in der Auftragsstudie um die Potenziale und die Attraktivität des genossenschaftlichen Wohnens in den verschiedenen Altersgruppen (vgl. Büscher, Emmert & Hurrelmann 2009). Für die hier vorgestellte Auswertung der BBR Daten, wurden diese Alterskategorien übernommen.

Die 46–65-Jährigen

Die meisten Menschen in dieser Altersgruppe stehen noch voll im Erwerbsleben (59,5 %) und räumen diesem eine zentrale Stelle in ihrem Leben ein. Allerdings beschäftigen sie sich etwa ab dem 55 Lebensjahr zunehmend mit dem Ausscheiden aus

dem Erwerbsleben und treffen erste Vorbereitungen für das Leben im Alter. 26,4 % sind bereits Pensionär und 5,7 % der Befragten gaben an arbeitslos bzw. nichterwerbstätig (8,3 %) zu sein. In dieser Altersgruppe (n=10.311) leben 84,2 % der Befragten mit ihrem Ehepartner oder Lebensgefährten zusammen, 79,5 % sind verheiratet. Nur 2,4 % leben bei den Eltern oder Kindern. Wohngemeinschaften spielen in dieser Altersgruppe keine Rolle. In 12,9 % der Fälle leben noch Kinder unter 18 Jahren im Haushalt. Bei 64 % der befragten Eltern lebt noch ein Kind, in 27,8 % zwei Kinder und bei 8,1 % der Eltern sogar drei oder mehr Kinder unter 18 Jahren im eigenen Haushalt. Dabei leben 8,6 % der Befragten mit einem Kind unter 18 Jahren alleine in einem Haushalt. Aber auch die erwachsenen Kinder leben nicht selten noch bei Eltern dieser Altersgruppe. In 24,8 % der Fälle leben mehr als 2 Personen im Haushalt. Damit beträgt die durchschnittliche Haushaltsgröße 2,44 Personen. Die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Wohnumfeld ist relativ hoch. So gaben 77,5 % der Befragten an, eher zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Lediglich 2,3 % sind mit ihrer Wohnumgebung sehr unzufrieden. Insgesamt gaben 3,5 % der Personen der Altersgruppe an Umzugspläne für die nächsten zwei Jahre zu haben, weitere 5,6 % gaben an möglicherweise umziehen zu wollen. Vergleicht man die Haushalte, die angaben Umzugspläne zu haben mit der Zufriedenheit des Wohnquartiers, so ist festzustellen, dass mehr als die Hälfte der Personen (53,5 %) eher zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrem bisherigen Wohnquartier sind. Bei den Personen die möglicherweise Umzugspläne haben sind dies sogar 62,2 %. Lediglich 7,9 % bzw. 3,2 % der Befragten die Umzugspläne haben gaben an, mit ihrer Wohnumgebung sehr unzufrieden zu sein. So kann man festhalten, dass es zwischen der Zufriedenheit mit dem Wohnquartier und den Umzugsplänen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang gibt. Auch zwischen der Zufriedenheit mit der Wohnumgebung oder den Umzugspläne mit dem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen ist kein Zusammenhang nachweisbar.

Bezogen auf die oben genannte Studie „Die Wohnvorstellungen von Menschen verschiedener Altersgruppen“ (Büscher, Emmert & Hurrelmann 2009), kann eine hohe Deckung mit den Ergebnissen bezüglich der Struktur dieser Altersgruppe ausgemacht werden. Auch im Bereich der Zufriedenheit besteht eine relativ hohe Übereinstimmung der Ergebnisse. Im Bereich der Mobilität unterscheiden sich die Ergebnisse jedoch. Gaben die Bielefelder Forscher an, dass aufgrund der hohen Zufriedenheit mit der Wohnsituation, eine große Zurückhaltung zur Veränderung der Wohnsituation in dieser Altersgruppe zu verzeichnen ist (Büscher, 2009 S.43), so geht dies aus den Daten des Bundesamtes für Bauwesen und Raumforschung nicht hervor. Im Gegenteil ist hier eher eine größere Bereitschaft zur Veränderung der Wohnsituation bei den Personen zu erkennen, die eine hohe Zufriedenheit mit ihrer jetzigen Wohnsituation angaben. Allerdings ist die Bereitschaft, die Wohnumgebung zu verändern mit 9,1 % insgesamt gering.

Die über 65-Jährigen

Die meisten Menschen in dieser Altersgruppe sind berentet (96,1 %). Nur 1,9 % der Befragten üben noch eine Erwerbstätigkeit aus. Die restlichen Befragten sind nicht erwerbstätig und erhalten auch keine Altersrente. 63,2 % der Befragten in dieser Altersgruppe leben in einer Gemeinschaft mit dem Lebens- oder Ehepartner. In 59,1 % der Fälle sind sie miteinander verheiratet. Nur 2,0 % leben bei den Eltern oder den erwachsenen Kindern. Auch in diesem Alter spielen Wohngemeinschaften bei den Befragten kaum Rolle (1,0 %). Bei 1,3 % der Befragten leben noch minderjährige Kinder im Haushalt. In 68,9 % der Fälle ist dies ein Kind unter 18 Jahren, bei 24,3 % sind es zwei Kinder und in 6,7 % der Fälle sind es mehr als zwei Kinder, was jedoch in dieser Alterskategorie nicht weiter verwunderlich ist. Die Kinder in dieser Altersgruppe sind, wenn sie denn bereits über 18 Jahre alt sind meist bereits ausgezogen. Lediglich in 5,6 % der Fälle leben noch mehr als zwei Erwachsene im Haushalt, so dass die durchschnittliche Haushaltsgröße 1,75

Personen beträgt. In dieser Alterskategorie gaben 79,6 % der Befragten an, mit der Wohnumgebung eher zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Lediglich 2,2 % der Personen waren ihren Angaben zufolge sehr unzufrieden mit der Umgebung. Der Anteil der Personen, die eine Veränderung des Wohnumfelds in den nächsten zwei Jahren in Betracht ziehen liegt bei 4,7 %; 1,7 % der Befragten haben dabei konkrete Umzugsabsichten. Dabei sind 68,2 % der Befragten, die in den nächsten zwei Jahren umziehen wollen, eher zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Wohnumfeld. Bei den Befragten, die sich möglicherweise vorstellen können umzuziehen sind es 59,5 %. Lediglich 6,4 % bzw. 1,6 % der Befragten haben Umzugspläne und sind sehr unzufrieden mit ihrem bisherigen Wohnumfeld. Auch in dieser Altersgruppe gibt es keinen Zusammenhang mit dem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen und der Zufriedenheit mit dem Wohnquartier oder den Umzugsplänen.

Im Hinblick auf die oben genannte Studie kann erneut eine hohe Deckung mit den Ergebnissen bezüglich der Struktur dieser Altersgruppe ausgemacht werden. Auch im Bereich der Zufriedenheit besteht eine hohe Übereinstimmung der Ergebnisse. Im Bereich der Mobilität allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse der beiden Untersuchungen jedoch. Lediglich 4,6 % der Befragten gaben an, über Umzugspläne nachzudenken oder konkrete Umzugspläne zu haben. Vergleicht man die Umzugspläne mit denen der anderen Alterskategorien, so erkennt man, dass sie mit steigendem Alter abnehmen.

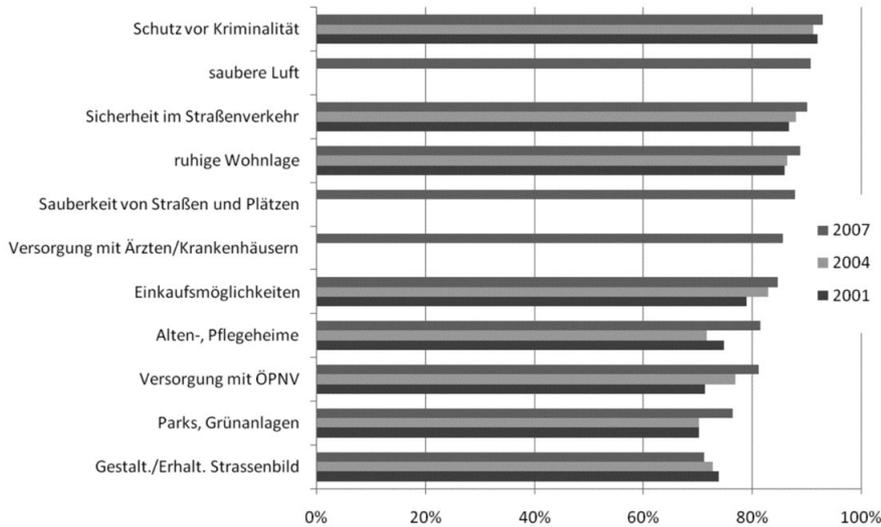


Abbildung 1: Wichtigsten 30 % der Infrastrukturen am Wohnort für ältere Menschen
Quelle: Laufende BBR-Umfrage, Alterskategorie „Älter als 65“ im Jahr 2007, gewichtete Daten, eigene Berechnung

Wichtigkeit von Lebensbedingungen am Wohnort

Es scheint naheliegend, dass die Anforderungen an ein Quartier in erster Linie an der Lebenssituation ausgerichtet sind, die sich mit dem Altern deutlich verändert. Um Wanderungsmotive zu erklären wird in der Wissenschaft häufig auf das Modell des Lebenszyklus verwiesen. Lebenszyklen beschreiben dabei das Leben von der Geburt bis zum Tod in unterschiedlichen Phasen, mit denen unterschiedliche Wohnstandortbedürfnisse verbunden werden. Jeder Wechsel von einer Lebensphase zur nächsten kann zu Veränderungen der Wohnwünsche führen und so eine Wanderung induzieren. Zu den mit unterschiedlichen Lebensphasen einhergehenden Ereignissen zählen zum Beispiel persönliche Veränderungen wie „Auszug aus der elterlichen Wohnung“, „Zusammenziehen mit einem Lebenspartner“, „Geburt eines Kindes“ etc., aber auch berufliche Veränderungen wie „Eintritt in das Erwerbsleben“ und „Arbeitsplatzwechsel“. Rossi beschreibt dies als „process by which families adjust their housing to the housing needs that are generated by shifts in family composition that accompany life cycle changes“ (Rossi 1980). Häußermann und Siebel (2000) gehen da-

von aus, dass sich die Wohnansprüche eher auf demografische und soziale Merkmale, als auf kulturelle Aspekte zurückführen lassen.

In der laufenden BBR-Umfrage wurden 2007 die Personen anhand einer vorgegebenen Liste befragt, welche Infrastrukturausstattungen sie für wichtig erachten. Die Antworten konnten dabei auf einer Skala von 1 („überhaupt nicht wichtig“) bis 7 („sehr wichtig“) abgestuft werden. Zusätzlich sollten die Befragten auf einer gleichen Skala angeben, wie zufrieden sie mit der entsprechenden Infrastrukturausstattung sind. Die Differenz zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit wurde als subjektiv empfundenes Defizit interpretiert.

Die Angaben der Älteren unterschieden sich hier kaum von denen jüngerer Befragter. Alle Altersgruppen finden z.B. „Schutz vor Kriminalität“ und „Saubere Luft“ sehr wichtig und räumen diesen Punkten den höchsten Stellenwert ein. Einzige Ausnahme bildet hier die Gruppe der 26-35 Jährigen, welche die Einkaufsmöglichkeiten noch höher einstufen. Die Bedeutung der Lebenssituation für die Beurteilung der urbanen Infrastruktur wie sie Häußermann und Siebel nahelegen, kann mit diesen Daten zumindest

im Ansatz belegt werden. So halten zwar auch ältere Menschen „Spielmöglichkeiten für Kinder“ für eine wichtige Infrastruktureinheit in ihrem Wohnquartier, allerdings mit nur 64,8 % deutlich geringer als die 36–45 Jährigen mit 83,7 %.⁵ Wenn man jedoch die gesamten positiven Stimmen für eine Infrastruktureinheit betrachtet, also auf der Skala auch die mit 5 berücksichtigte, ist für ältere Menschen auch der Kinderspielplatz mit 83 % ein wichtiges Kriterium. Es bleibt festzuhalten, dass sich die Kriterien für die Wohnstandortwahl zwar hinsichtlich ihrer Rangfolge in den jeweiligen Altersgruppen unterscheiden, nicht jedoch hinsichtlich dessen, was die Bevölkerung insgesamt als wichtig erachtet. Auch kann gezeigt werden, dass einige Bereiche z.B. „Sicherheit“ mit den Lebensjahren sukzessive an Bedeutung gewinnen.⁶ Betrachtet man nun die Wertungen, die mehr als 70 % der älteren Befragten für wichtig erachten, genauer, so fällt auf, dass insbesondere die Bereiche „Sicherheit“, „Sauberkeit“ und „Lagequalität“ von großer Bedeutung sind (vgl. Abbildung 1).

Auch haben die Punkte „Mobilität“, „ruhige Umgebung“, „Parks/Grünanlagen“ und „Sicherheit im Straßenverkehr“ an Bedeutung gewonnen. Beim Punkt „Sicherheit im Straßenverkehr“ lässt sich dies möglicherweise auf die Kampagnen der Interessensorganisationen der Älteren und der Polizei in vielen deutschen Städten zurückführen. Die Steigerung im Punkt Mobilität könnte ggf. ein Kohorteneffekt sein, da die frühe und mittlere 68er Generation, für die diese Bereiche schon immer von besonderer Bedeutung waren, nun unter die Alterskategorie „Älter als 65 Jahre“ fallen.

Weiter lässt sich feststellen, dass es einen sehr starken Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit der Versorgung mit Ärzten und der Wichtigkeit von Pflegeheimen gibt ($r=0,59^{**}$). Dies trifft interessanterweise auch auf den Zusammenhang

⁵⁾ Gewertet wurden immer die Angaben 6 und 7 auf einer Skala von 1 sehr unwichtig bis 7 sehr wichtig.

⁶⁾ Weitere Tabellen und Abbildungen sind zu finden unter: www.kalisch.biz/index.php?lng=de&con=pro&doc=pro/dis

zwischen Kindergärten/Kindertagesstätten und Pflegeheimen zu ($r=0,598^{**}$). Wie erwartet korrelieren die Wichtigkeit von Einkaufsmöglichkeiten und die Anbindung an den ÖPNV mit $r=0,529^{**}$ stark miteinander.

Allerdings gibt es – anderes als man vermuten könnte – keinen Zusammenhang zwischen einem Defizit von Infrastrukturausstattungen und konkreten Umzugsabsichten. Auch die Summe der Defizite steht nicht in einem Zusammenhang mit konkreten Umzugsabsichten. So kann man festhalten, dass die Infrastrukturausstattung zwar für die Wohnstandortwahl eine Bedeutung hat, nicht jedoch für die Frage, ob es zu einem Wohnstandortwechsel kommt. Es liegt die Vermutung nahe, dass dies für die Befragten in den anderen Altersgruppen ebenfalls gilt. Ob es bei anderen soziodemografischen Merkmalen einen Zusammenhang zwischen den Wohnstandortbedürfnissen und Wohnstandortwechseln gibt, muss weiter überprüft werden. Sollte dies nicht der Fall sein, ist davon auszugehen, dass das Lebenszyklusmodell, in dem Sinne, dass in verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedliche Wohnstandortbedürfnisse vorherrschen und es damit zu Wohnstandortwechsel kommt, keine hinreichende Erklärung für das Mobilitätsverhalten darstellt.

Erreichbarkeit von Infrastruktureinrichtungen

Bei der Planung von räumlichen Umgebungen sollten die entsprechenden Lebenssituationen der Bewohner berücksichtigt und deren Bedürfnisse nach Möglichkeit entsprochen werden. Dies gilt insbesondere für die verschiedenen geographischen Standorte in Deutschland, so dass die nach dem Grundgesetz zugesicherten gleichwertigen Lebensverhältnisse in ganz Deutschland erfüllt werden.⁷ Diesem Ziel nähert man sich im Durchschnitt sukzessive an. So verringerte sich der Abstand zwischen Ost- und West-Deutschland in fast allen der in Abb. 2 dargestellten 14 Bereiche. Lediglich in der ärztlichen Versorgung gab es eine geringe Steigerung

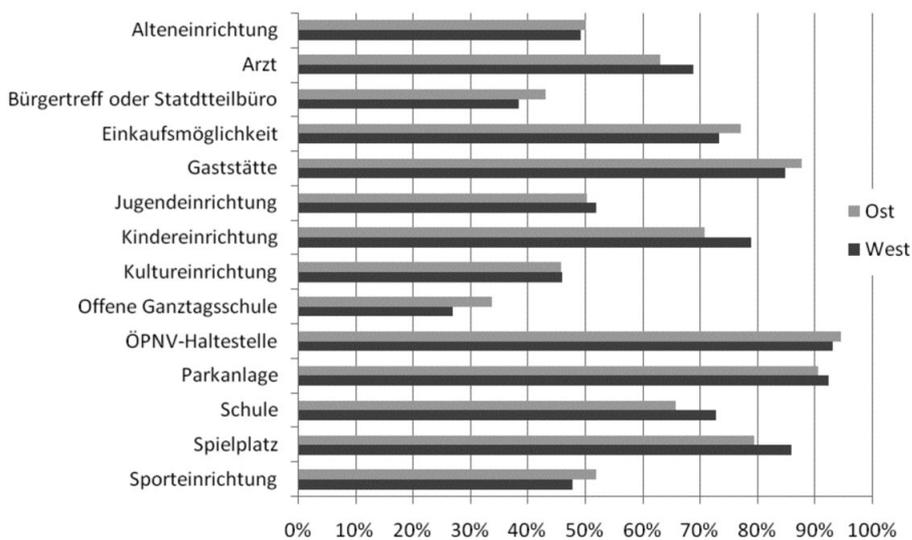


Abbildung 2: In zehn Minuten zu Fuß erreichbare Infrastrukturausstattung
Quelle: Laufende BBR-Umfrage, Alterskategorie „Älter als 65“ im Jahr 2007, gewichtete Daten, eigene Berechnung

der Differenz (0,23 %-P.), die aber im Bereich der statistischen Schwankung liegt. Die Angleichung von Ost- und West-Deutschland fand dabei fast ausschließlich durch eine Nivellierung des westdeutschen Versorgungsniveaus bei gleichzeitiger Anhebung des ostdeutschen Versorgungsniveaus statt. Dennoch gab es auch 2007 noch deutliche Unterschiede zwischen Ost- und West-Deutschland. Die Bewohner wurden befragt, welche der vorgegebenen Einrichtungen in ca. zehn Minuten fußläufig zu erreichen sind. Die Auswertung ergab, dass die Erreichbarkeit für die Altersgruppe „Älter als 65 Jahre“ in den Bereichen „Bürgertreff oder Stadtteilbüro“ (-4,74 %-P.) und „Arzt“ (5,81 %-P.) zwischen West- und Ostdeutschland sehr unterschiedlich ($\geq 4,5$ %-P.) ist (vgl. Abbildung 2). Dabei ist interessant, dass es sich bei drei der fünf Punkte um Infrastrukturausstattungen handelt, die zunächst nicht mit Älteren in Verbindung gebracht werden.

Fazit

Ältere Menschen unterscheiden sich zwar in der Rangfolge der Bedürfnisse von den anderen Altersgruppen, nicht jedoch hinsichtlich dessen was sie insgesamt für wichtig erachten. In Anbetracht dieser Ergebnisse, sollten Programme des nachbarschaftlichen Wohnens jüngerer und älterer Menschen, die sich am Konzept der „Intimität auf Abstand“ orientieren (zuletzt Wahl, 2005) weiter ausgebaut werden. Die Wohnstandortbedürfnisse der Älteren unterscheiden sich nicht so deutlich von denen jüngerer Menschen, dass kein Bezirk entwickelt werden könnte, der für jung und alt gleichermaßen lebenswert erscheint. Eine explizit seniorenrechtliche Stadt gibt es demnach nicht, sondern vielmehr nur eine menschengerechte Stadt. Dies vor Augen kann es also in der Debatte vor dem Hintergrund des demografischen Wandels nicht um die Frage gehen, auf welche Zielgruppe im Bezug auf das Alter die Stadtplanung fokussiert, sondern ob es den Kommunen gelingt, ein Angebot vorzuhalten, das den Bedürfnissen aller Altersgruppen entspricht.

Wie auch Büscher et al. (2009) in ihren Schlussfolgerungen beschrieben, ist mit

⁷⁾ Siehe Art. 72 GG und Art. 106 Abs. 3 GG

Ausnahme der beiden jüngsten Alterskategorien, der Wunsch nach dauerhaften Wohnsitzen in allen Altersgruppen zu erkennen (vgl. auch Abbildung 3).

Berücksichtigt man dabei noch, dass es weder einen statistischen Zusammenhang von Umzugsabsichten mit einzelnen Defiziten in der Infrastrukturausstattung, noch mit der Summe der Defizite gibt, so lässt sich festhalten, dass es nicht die Wohnumgebung ist, die Mobilität induziert. Vielmehr sind es persönliche Gründe (z.B. Zusammenziehen, Geburt eines Kindes etc.) und berufliche (Aufnahme einer Arbeit, Wechsel einer Arbeitsstelle), die zum Umzug führen können. Dabei dürften beruflich induzierte Umzüge eher für eine außerstädtische Wanderung sprechen, persönliche eher für eine innerstädtische. Diese These muss jedoch in weiteren Untersuchungen überprüft werden. Nicht befriedigte Wohnstandortbedürfnisse sind demnach nicht der Auslöser einer Wanderung, sondern lediglich der Grund in ein bestimmtes Quartier zu ziehen. Dass es dabei keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Altersgruppen gibt, deutet darauf hin, dass Senioren keine Sonderstellung in der Stadtentwicklung einnehmen. Dies sollten Stadtplaner zum Anlass nehmen, um generationengerechte Quartiere zu entwickeln. Ob die gleichmäßige Verteilung auch für andere soziodemografische Merkmale wie Bildungsniveau, Einkommen etc. zutrifft, muss ebenfalls in weiteren Auswertungen untersucht werden.

Dominik Kalisch, Dipl. Soz.-Wiss., ist Stipendiat der Friedrich-Ebert-Stiftung und promoviert im DFG Forschungsprojekt „CoMStaR-Computerbasierte Methoden für eine sozial nachhaltige Stadt- und Raumplanung“ der Bauhaus-Universität Weimar.

Weitere Informationen sind zu finden unter www.kalisch.biz.

Kontakt:

dominik.kalisch@dza.de

Literaturhinweise:

- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2006): LebensRäume. Bonn: BBR
- Beck, Sebastian & Perry, Thomas (2008): Studie Soziale Segregation. Nebeneinander und Miteinander in der Stadtgesellschaft. In: Forum Wohnen und Stadtentwicklung. Ausg. 3. S. 115–122. Berlin: vhw
- Büscher, Andreas; Emmert, Stefanie & Hurrelmann, Klaus (2009): Die Wohnvorstellungen von Menschen verschiedener Altersgruppen. Bielefeld: IPW
- Friedrichs, J. (1995): Stadtsoziologie. Opladen: Leske+Budrich
- Harth, A.; Herlyn, U. & Scheller, G. (2002): Segregation in ostdeutschen Städten. Opladen: Leske+Budrich
- Häußermann, H. & Siebel, W. (2000): Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens. Weinheim: Juventa.
- Kalisch, Dominik (2009): www.kalisch.biz/index.php?lng=de&con=pro&doc=pro/dis
- OECD (2003): Ageing, Housing and Urban Development. Paris.
- Rossi, P.H. (1980): Why Families Move. 2. Aufl. Beverly Hills: Sage.
- Wahl, H.-W. (2005): Entwicklung und Perspektiven der gerontologischen Forschung: Das Beispiel Wohnforschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38. 128–138.

Fahrtüchtigkeit im Alter

Peter Zeman

In den USA müssen Autofahrer alle vier Jahre die Führerscheinelizenz mit einem Test erneuern. Die Spanier werden bis 45 Jahre alle zehn Jahre, zwischen 45 und 75 alle fünf Jahre und danach alle zwei Jahre zur erneuten Prüfung gebeten. In Deutschland gibt es bislang weder solche Befristungen der Fahrerlaubnis noch obligatorische Nachprüfungen ab einer bestimmten Altersgrenze. Der Führerschein auf Lebenszeit wird jedoch auch hierzulande immer wieder kritisch diskutiert und die Forderung nach einem speziellen „Senioren-TÜV“ taucht in den Medien regelmäßig auf. Nach einer neuen EU-Richtlinie sollen nun ab 2013 Führerscheine nur noch für 15 Jahre befristet ausgestellt werden. Dies könnte bedeuten, dass die Verlängerung der Fahrerlaubnis auch in Deutschland bei älteren Autofahrern zukünftig an den Nachweis der Fahrtüchtigkeit gebunden wird. Der diesjährige Deutsche Verkehrsgesichtstag in Goslar hat sich mit dem Thema befasst und sich mit hoher Übereinstimmung gegen eine regelmäßige Pflichtuntersuchung ab einem bestimmten Alter ausgesprochen. Vergleiche von Ländern mit (Finnland) und ohne (Schweden) regelmäßige Untersuchungen zeigten keinen Gewinn für die Verkehrssicherheit, auch empirische Untersuchungen zum Unfallrisiko Älterer und verfassungsrechtliche Bedenken sprächen dagegen. Freiwillige Untersuchungen jedoch halten viele Experten für unverzichtbar. Herausgestellt wurde die Notwendigkeit besserer Aufklärung und Beratung älterer Fahrer. In der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (3/2009) wurden einige mögliche spezifische Risiken im Zusammenhang von Straßenverkehr und Alter genauer thematisiert. Die Aufmerksamkeit richtete sich auf Suchtmittel- und Medikamentengebrauch und das Problem der hohen Prävalenz von Demenzerkrankungen im Alter.

Der Behauptung, ältere Autofahrer stellen ein hohes Risiko für sich und andere Verkehrsteilnehmer dar, wird häufig widersprochen und in der Tat fährt der einzelne Senior nicht fehleranfälliger als der durchschnittliche Kraftfahrer. Dennoch sind Fahrfehler bei der Vorfahrtregelung, bei Richtungswechseln und gegenüber Fußgängern an Fußgängerüberwegen bei Senioren häufiger festzustellen und sie werden auf alters- oder krankheitsbedingte Leistungseinschränkungen bei der Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung zurückgeführt. Bei der Bewertung von Daten, nach denen ältere Fahrer mit zunehmendem Alter immer häufiger die Hauptverursacher eines Unfalls sind, gibt es jedoch gewisse Zweifel, ob sie nicht auch davon beeinflusst sind, dass Senioren eine Unfallschuld leichter eingestehen als Jüngere und ob ihnen nicht häufig eine Unfallschuld allein schon auf Grund ihres Alters zugeschrieben wird.

Die meisten Senioren erkennen auftretende Leistungseinschränkungen und passen ihr Fahrverhalten daran an (vgl. Emsbach & Friedel, 1999). In aller Regel sind sie erfahrene Autofahrer und versuchen bewusst Fahrsituationen zu vermeiden, von denen sie wissen, dass sie unter Stress geraten, der zu Fehlreaktionen führen könnte. Durch umsichtiges Fahren kompensieren sie z.B. eine verlangsamte Reaktionsgeschwindigkeit in komplexen Situationen und die nachlassende Fähigkeit, Geschwindigkeiten und Abstände richtig einzuschätzen. Nicht erst im hohen Lebensalter, sondern bereits ab 40 lässt die Adaptionsgeschwindigkeit der Augen nach, und bereits jenseits der 50 sinkt das Leistungstempo, d.h. die Übermittlung von der Wahrnehmung zur Muskelreaktion verlangsamt sich. Mit dem Älterwerden verschlechtert sich dann insbesondere auch das Dämmerungs- und Nachtsehen, und immer häufiger kommen spezifische Augenkrankheiten hinzu, die Autofahrer gefährden. So bedingt z.B. Grüner Star eine schleichende Einengung des Sichtfelds und Grauer Star führt zu Kontrastverlusten und einer hohen Blendempfindlichkeit. Ältere Menschen leiden häufiger

an gesundheitlichen und funktionellen Beeinträchtigungen, die zum direkten Risiko im Verkehr werden können – aber auch zum indirekten, wenn man bedenkt, dass sich viele Medikamente schädlich auf die Leistung beim Autofahren auswirken.

Das hohe Alter allein ist dennoch kein Grund, generell an der Fahrtüchtigkeit zu zweifeln. Diese Unterstellung ist weder durch Gesetze noch durch wissenschaftliche Erkenntnisse gedeckt und damit willkürlich. Auf dem Deutschen Verkehrsgerichtstag 2009 wurden sowohl verfassungsrechtliche Argumente wie empirische Forschungsergebnisse angeführt, die gegen die obligatorische und pauschale Einführung von Tauglichkeitsuntersuchungen für Ältere sprechen. Wie bisher sollten solche Untersuchungen nach Ansicht der Experten auf Fälle beschränkt bleiben, in denen sich durch Unfall etc. ein schwerwiegendes individuelles Bedenken ergeben hat. Sehr deutlich sprach sich der Verkehrsgerichtstag jedoch dafür aus, sich freiwillig einer Überprüfung der Fahrtüchtigkeit zu unterziehen – nicht aufgrund des höheren Lebensalters an sich, sondern wegen der möglichen individuellen Einschränkungen im Bereich des funktionellen Alters und der Gesundheit. Wenn es anlassbezogen zu Untersuchungen der Fahrtauglichkeit bei älteren Fahrern kommt, könnten mit dem Alternsprozess assoziierte Einschränkungen sichtbar werden, die dann nach Ansicht von Experten auch Auflagen aufgrund einer nur „bedingten Eignung“ rechtfertigen.

Mit dem Alter nehmen internistische, neurologische und orthopädische Erkrankungen zu, die sich unmittelbar und zusätzlich durch die damit verbundene Medikation auf die Fahreignung auswirken können. Dies um so mehr, wenn Alkoholenuss hinzukommt und die bereits altersbedingt geringere Alkoholtoleranz zusätzlich gesenkt wird (vgl. auch Zeman 2009). Aus dieser Überlegung heraus haben Wilke, Püschel und Eder (2009) anhand einer retrospektiven Auswertung von Blutentnahmeprotokollen den Alkoholisierungsgrad von über 60-Jährigen unter-

sucht, die in den Jahren 2003 bis 2008 in Hamburg durch Alkohol im Straßenverkehr aufgefallen sind. Ihre Ergebnisse bestätigen, dass eine Alkoholisierung im Straßenverkehr für ältere Verkehrsteilnehmer eine vergleichsweise erhöhte Gefährdung bedeutet, da häufig zugleich altersbedingte Gesundheitsprobleme und parallel eingenommene Medikamente kompensiert werden müssen. Epidemiologisch zeigt sich eine gleiche Geschlechtsverteilung wie bei den unter 60-Jährigen mit deutlicher Dominanz der Männer. Es liegt eine eindeutige Häufung der 60–69-Jährigen vor. In höheren Altersgruppen zeigt sich ein deutlicher Abfall. Der Anteil der älteren Frauen hat sich weiter erhöht. Allerdings hat – wie bei den Jüngeren auch – die absolute Zahl der alkoholassoziierten Verkehrsdelikte im Alter abgenommen. Die Autoren halten daher jede Dramatisierung der Verkehrsdelinquenz älterer Personen unter Alkoholeinfluss für unangemessen. Verglichen mit dem zunehmend hohen Anteil der Älteren an der Bevölkerung und ihrer erhöhten Teilnahme am Straßenverkehr ist der Prozentsatz älterer alkoholisierter Verkehrsteilnehmer ohnedies sehr gering. Da die Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr für die Mobilität und Lebensqualität besonders wichtig ist, so die Schlussfolgerung von Wilke et al., sollten verkehrsmedizinische Aspekte in der Geriatrie/Gerontologie stärker beachtet werden und sich Ärzte ihrer diesbezüglichen Beratungspflicht bewusst werden.

Auch bezüglich der Problematik von Drogen und Medikamenten im Straßenverkehr sind Senioren deutlich weniger belastet als jüngere Altersgruppen. In einer Auswertung repräsentativer Daten zu toxikologischen Blutbefunden von Verkehrsteilnehmern, bei denen der Verdacht auf eine Beeinflussung durch Drogen oder Medikamente bestand (Iwersen et al., 2009) wurde sichtbar, dass die absolute Zahl von Senioren, die in den letzten Jahren im Straßenverkehr in dieser Hinsicht auffällig wurden zwar zunimmt, ihr Anteil an den auffällig gewordenen Kraftfahrern jedoch abnimmt. Obwohl Senioren bei solchen Untersuchungen anlässlich eines Unfallgeschehens überrepräsentiert sind, bestätigt sich der Verdacht bei ihnen deutlich seltener als bei Jüngeren. Zentral wirksame Medikamente, insbesondere Benzodiazepine, von denen überdies ein hohe Suchtgefährdung ausgeht (Zeman 2009), stellen ein erhebliches Risikopotenzial im Straßenverkehr dar – nicht nur bei Senioren, bei diesen aber überproportional häufig. Das erhöhte Risiko älterer Kraftfahrer, bei Einnahme von Benzodiazepinen einen Verkehrsunfall zu erleiden, ist mittlerweile durch Studien belegt. Die relativ geringe Rate der unter Medikamenteneinfluss im Verkehr auffällig gewordenen Älteren spricht andererseits für ihren verantwortungsvollen Umgang mit der Problematik. Die Autoren folgern angesichts der von ihnen untersuchten Daten, dass auch bei zunehmendem Anteil älterer Kraftfahrer die toxikologische Kontrollpraxis nicht forciert werden müsse. Allerdings wird auch in diesem Zusammenhang ein Ausbau der Verkehrssicherheitsberatung älterer Patienten durch ihre Ärzte und entsprechende Beratungsstellen gefordert.

Die mit dem Altern stark zunehmende Prävalenz von demenziellen Erkrankungen ist bekannt, sie betrifft auch ältere Kraftfahrer. Wie Albert Lukas und Thorsten Nikolaus (2009) in einem Beitrag zur Fahreignung bei Demenz feststellen, ist die Diagnose Demenz allerdings nicht gleichbedeutend mit absoluter Fahruntauglichkeit. Im Rahmen einer Demenzerkrankung kann es aber zu progredienten Leistungseinschränkungen des Gehirns kom-

men, die gravierenden Einfluss auf die Fahrtauglichkeit haben. Demenzkranke Fahrer zeigen signifikant schlechtere Ergebnisse in Fahrverhaltensproben (Simulator oder Fahrverhaltensbeobachtung), aber – so eine der wenigen Studien (Man-Song-Hing, Marshall, Molner, et al., 2007) – nicht durchweg höhere Unfallraten. Innerhalb der ersten drei Jahre nach Erkrankung scheint das Unfallrisiko bei den meisten Betroffenen noch relativ gering zu sein (Breen, Breen, Moore, et al, 2007). Die überwiegende Zahl der Demenzkranken (bis zu 78 Prozent in 32 Monaten) verzichtet innerhalb dieser Zeitspanne auf das Autofahren (O’Neill, 1992). Ausgehend vom hohen Stellenwert der Mobilität in unserer Gesellschaft, vertreten Lukas und Nikolaus die Ansicht, dass Entscheidungen zum Entzug der Fahrerlaubnis immer – also auch bei demenziellen Erkrankungen – sorgfältig abzuwägen sind und eine qualifizierte Prüfung der vorhandenen Fähigkeiten und Defizite zugrunde gelegt werden muss. Dazu gehört eine ausführliche Anamnese des Betroffenen und eine Fremdanamnese der Angehörigen, bei der besonders auf Fahrfehler, Auffälligkeiten, Unsicherheiten oder Unfälle im Vorfeld geachtet werden soll. Hilfreich ist die Beurteilung der funktionellen Fähigkeiten (BADL, IADL), wenn hier Defizite aufgrund kognitiver Einschränkungen erkennbar sind, sollten die Betroffenen kein Fahrzeug mehr führen. Mit kognitiven Tests (Demenzscreenings, Messung der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit) kann die Frage, ob ein Demenzkranker noch sicher Autofahren kann nicht abschließend geklärt werden. Solche Tests sind teilweise sehr aufwändig und daher in der Praxis schwer zu realisieren, sie geben zudem nur Hinweise auf eine eingeschränkte Fahreignung, ohne zu sagen, ab welchem Einschränkungsggrad das Fahren eingestellt werden soll. Die beste Möglichkeit, vorhandene Fähigkeiten und Defizite bei Fahren aufzudecken bieten Fahrverhaltensproben, allerdings gibt es auch gegenüber diesem Verfahren eine Reihe von Einwänden hinsichtlich der Validität, aber auch wegen des Zeitaufwands und der Kosten. Eine wichtige Rolle kommt den Ärzten zu, die bei kognitiv beeinträch-

tigten Patienten, routinemäßig nach der Teilnahme am Straßenverkehr und nach risikoreichem Fahrverhalten fragen sollten. Leichte Demenz bedeutet nicht unbedingt Fahruntauglichkeit, sollte aber immer zum Anlass für weitere Untersuchungen genommen werden. Allerdings kann die Intervention des Arztes leicht an mangelnder Krankheitseinsicht des Patienten und der Angehörigen scheitern. Vielen Hausärzten fehlt es auch am nötigen Wissen über Demenzerkrankungen und ihre Konsequenzen für die Fahrtauglichkeit. Bei zweifelsfreier Demenzdiagnose, sollte der Patient auch gegen mögliche Widerstände zur Rückgabe des Führerscheins bewegt werden. Die Autoren der Studie plädieren also dafür, bei beginnender Demenz die Fahrtauglichkeit nicht zwangsläufig abzusprechen und – bei Abwägung der allgemeinen Sicherheit den individuellen Mobilitätswünschen möglichst Rechnung zu tragen. Andererseits betonen sie, wie wichtig es ist, durch genaue Beobachtung und regelmäßige Kontrollen den richtigen Zeitpunkt zur Abgabe des Führerscheins nicht zu verpassen.

Literatur:

- Breen, D.A.; Breen, D.P.; Moore, J.W.; et al. (2007): Driving an Dementia. *BJM* 334:1365–1369.
- Emsbach, M.; & B. Friedel (1999): Unfälle älterer Kraftfahrer. *Z Gerontol Geriat* 32: 318–325.
- Iwersen-Bergmann, S.; Andresen, H.; Püschel, K.; Heinemann, A.; & W. Renteln-Kruse (2009): Ältere Menschen und psychotrope Substanzen im Straßenverkehr. *Z Gerontol Geriat* 42: 193–204.
- Lukas, A.; & T. Lukas (2009): Fahreignung bei Demenz. *Z Gerontol Geriat* 42: 205–211.
- Man-Song-Hing, M.; Marshall, S.C.; Molner, F.J.; et al. (2007): Systematic review of driving risks an the efficacy of compensatory strategies in persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 55: 878–884.
- O'Neill, D. (1992): The doctor's dilemma: the aging driver and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 297–301.
- Wilke, N.; Püschel, K.; & C. Edler (2009): Alkohol, Alter und Verkehr. *Z Gerontol Geriat* 42: 185–192.
- Zeman, P. (2009): Sucht im Alter. *Informationsdienst Altersfragen* 36/03: 10–14.

Teilhabe durch Mitgestaltung – Immer mehr Ältere engagieren sich

Ein Kurzbeitrag zur Woche des Bürgerschaftlichen Engagements 2009

Peter Zeman

16

Unter dem Motto "Engagement macht stark!" organisiert das Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement jährlich die größte Freiwilligen-Offensive Deutschlands: die Woche des bürgerschaftlichen Engagements. Im Rahmen dieser bundesweiten Aktionswoche soll verdeutlicht werden, wie bürgerschaftliches Engagement jede/n einzelne/n bereichert und die Gesellschaft insgesamt stärkt. Von Flensburg bis Freiburg und von Köln bis Dresden nutzen Initiativen, Vereine, Verbände, Stiftungen, staatliche Institutionen und Unternehmen die Aktionswoche, um auf sich und ihre Freiwilligenarbeit aufmerksam zu machen.

Das Thema der diesjährigen Woche des bürgerschaftlichen Engagements widmet sich dem Engagement von Jung und Alt. Im kürzlich erschienenen Magazin zur Aktionswoche vom 2. – 11. Oktober 2009 stehen verschiedene Facetten des generationen-übergreifenden Engagements im Fokus. Thomas Rauschenbach, Vorstand und Leiter des Deutschen Jugendinstituts (DJI), beschäftigt sich mit dem Verhältnis junger Menschen zum Engagement. Henning Scherf schlägt mit seinem Beitrag den Bogen, in dem er die Chancen des Erfahrungsaustauschs zwischen den Generationen darstellt. Peter Zeman, DZA, beleuchtet in dem hier wiedergegebenen Kurzbeitrag die Möglichkeiten eines gesteigerten Engagements älterer Menschen.

Teilhabe im Alter kann je nach Lebenslage sehr Unterschiedliches bedeuten. In der Altenhilfe wird darunter oft bereits der Besuch von Begegnungsstätten verstanden, in denen Kommunikation, Begegnung und Freizeitaktivitäten angeboten werden. Und für bestimmte Gruppen unter den Älteren – insbesondere hochbetagte, in ihrer Mobilität eingeschränkte, eher zurückgezogene Menschen mit geringen Ressourcen – kann diese Art der Teilhabe sehr wertvoll sein, selbst dann, wenn der Grad ihrer aktiven Mitgestaltung eher gering bleibt. Viele Ältere jedoch – vor allem unter den jungen Alten – haben vergleichsweise sehr gute Ressourcen. Ihr Bedürfnis nach Teilhabe richtet sich auf einen anderen Horizont.

Immer mehr Ältere streben in Handlungsfelder, in denen sie nach dem Berufsleben tätig und produktiv sein können. Denn sich im Alter zivilgesellschaftlich zu engagieren bedeutet für sie, neue Herausforderungen zu suchen und neue Erfolgserlebnisse zu finden. Für diese „neuen Alten“ ist die bloße Inanspruchnahme von Aktivitätsangeboten wenig attraktiv. Sie wollen selbst Angebote machen, wollen gestalten und mitgestalten. Teilhabe durch zivilgesellschaftliche Mitgestaltung ist für sie ein Schlüssel für soziale Anerkennung und sie sind sich bewusst, dass ihr Engagement nicht nur für andere, sondern auch für sie selbst von großem Nutzen ist. Sie finden hier neue Kontakte und viele Anreize, körperlich und geistig beweglich zu bleiben. Dies wird als Vitalisierung und Bereicherung erlebt. Die Altersforschung geht davon aus, dass über die gesamte Lebensspanne ein Reservoir von Fähigkeiten, Interessen und Werten aufgebaut wurde. Es fällt im Alter nicht einfach weg, sondern kann genutzt und stetig erweitert werden. Kompetenzen, die brachliegen gehen jedoch verloren und der Mangel an Gelegenheit, sie sinnvoll einzusetzen kann zur psychischen Belastung werden. Der Wert des Erfahrungswissens muss durch Anwendung bestätigt werden, denn das Gefühl, die eigenen Fähigkeiten seien nutzlos geworden und würden nicht mehr gebraucht, wird als Kränkung des Selbstwerts erlebt. Wer weiß wozu, für den wird nicht nur der Einsatz seiner Fähigkeiten sondern auch „lebenslanges Lernen“ zur Freude. Teilhabe durch Mitgestaltung eröffnet eine solche Perspektive. Aber sie verspricht nicht nur Möglichkeiten der Selbstentfaltung. Sie verlangt auch nach Mitverantwortung.

Immer mehr wird sich die Erkenntnis durchsetzen, dass eine stärkere Teilhabe der Älteren nicht nur für sie selbst, sondern auch für die Gesellschaft außerordentlich nützlich ist. Bereits die Tatsache, dass Engagement die soziale Vernetzung, zugleich auch Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und letztlich die Gesundheit im Alter fördert, ist von gesellschaftlicher Bedeutung, denn es

reduziert den Aufwand für Betreuung und Versorgung. Wichtiger aber noch und zunehmend unverzichtbar: Bürgerschaftlich aktive Ältere leisten einen Beitrag zum sozialen Zusammenhalt und zur Solidarität in der Gesellschaft. Besonders sichtbar wird dies in Kommune und Quartier. Nicht nur durch ihr „Fordern“ im Sinne eines advokatorischen Engagements für benachteiligte und weniger artikulationsfähige Menschen, sondern auch weil sie selber anpacken. Wir haben heute viele Beispiele dafür, dass ältere Menschen bereit und fähig sind, zur Sicherung der Lebensqualität in ihren Kommunen als „Active Citizen“ wirkungsvoll beizutragen. Engagierte Ältere verfügen über besondere Sensibilität für die Probleme alter Menschen, sie zeichnen sich jedoch auch dadurch aus, dass sie das Ziel einer generationenübergreifenden Solidarität mit im Auge behalten. Dies zeigt sich in vielen generationenübergreifenden Projekten.

Die zivilgesellschaftliche Mitgestaltung älterer Menschen, ihr bürgerschaftliches Engagement sind – individuell wie gesellschaftlich – nicht umsonst zu haben. Es kostet Mühe und Zeit, auch Geld. Ohne öffentliche Fördermittel geht es nicht. Persönliche Ressourcen: Kraft, Lebenszeit, Kreativität werden ohnehin unentgeltlich eingesetzt. Die Bereitschaft der Älteren zur Mitverantwortung und Mitgestaltung wächst. Aber es bleibt noch viel zu tun, um die institutionellen Strukturen für ihre Teilhabe zu öffnen.

Das Magazin des Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (5/2009) kann online über www.engagement-macht-stark.de oder per E-Mail: aktionswoche@b-b-e.de kostenfrei bestellt werden.

Erfahrungswissen gefragt

Bis zum Jahr 2020 werden 470.000 Ingenieure altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Um künftigen Personal-mangel entgegenzuwirken, hat in den vergangenen fünf Jahren knapp jedes fünfte Unternehmen, das Ingenieure beschäftigt, gezielt Fachkräfte mit langjähriger Erfahrung eingestellt. Dies hat das Institut der deutschen Wirtschaft Köln Consult im Rahmen einer Umfrage für das IW-Zukunftspanel ermittelt. Die Firmen decken ihren Bedarf an qualifizierten Ingenieuren jedoch nicht allein aus dem Pool der Arbeitslosen. Jeder fünfte Betrieb, in dem Ingenieure arbeiten, hat zwischen 2004 und 2008 bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Fachleute reaktiviert. In der Elektroindustrie und im Fahrzeugbau, im Maschinenbau, in der Chemischen Industrie sowie bei den unternehmensnahen Dienstleistern setzte sogar rund jedes vierte Unternehmen auf die sogenannten Silver Workers.

Um die älteren Ingenieure möglichst lange im Betrieb zu halten, bauen viele Unternehmen auf eine gezielte Förderung. So übertragen etwa zwei Drittel der Firmen, die Ingenieure ab 50 Jahren beschäftigen, diesen Fachkräften Projektverantwortung. Und mehr als zwei Fünftel der entsprechenden Unternehmen bieten gezielt berufliche Weiterbildungsmaßnahmen an.

Weitere Informationen:

Vera Erdmann, Oliver Koppel
Beschäftigungsperspektiven älterer Ingenieure in deutschen Industrieunternehmen
in:

www.etracker.de/Inkcnt.php?et=IKbSM9&url=http://www.iwkoeln.de/Portals/0/pdf/trends02_09_7.pdf IW-Trends 2/2009

Kontakt:

Dr. Vera Erdmann (IW)
Tel. (0221) 4981-749
Dr. Oliver Koppel (IW)
Tel. (0221)4981-716

Gesetz zur Patientenverfügung

Der am 18.06.2009 nach sechsjähriger kontroverser Diskussion verabschiedete Gesetzentwurf zur Patientenverfügung hat am 10. Juli nun auch den Bundesrat passiert und wird am 1. September 2009 in Kraft treten. Das Gesetz betont das Selbstbestimmungsrecht in der Endphase des Lebens und soll Rechtssicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen geben. Bestehende Verfügungen bleiben gültig. Ärzte müssen künftig Patientenverfügungen befolgen, auch wenn dies den Tod der Erkrankten bedeuten kann. Die neue Regelung verschafft dem vorab formulierten Willen eines Patienten weitgehende Gültigkeit, wenn er sich nicht mehr selber äußern kann.

Nach dem Gesetz können Volljährige in einer schriftlichen Verfügung im Voraus festlegen, ob und wie sie später behandelt werden wollen, wenn sie am Krankenbett ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Betreuer oder Bevollmächtigte müssen gegenüber den Ärzten dafür sorgen, die Verfügung durchzusetzen. Voraussetzung ist aber, dass die Erklärung die tatsächliche Behandlungssituation überhaupt erfasst. Dazu müssen die Patientenverfügungen möglichst konkret formuliert sein. Sind sich Arzt und Betreuer beziehungsweise der Bevollmächtigte über den Patientenwillen einig, bedarf es keiner Anrufung des Vormundschaftsgerichts. Bei Meinungsverschiedenheiten muss hingegen der Richter eingeschaltet werden. Das Gesetz enthält keine Reichweitenbegrenzung, d.h. die Patientenverfügung gilt unabhängig von der Krankheit, die ein Patient hat. In einer Nicht-Notfall-Situation bezieht sie sich sowohl auf Krankheiten, die in kurzer Zeit zum Tode führen können als auch beispielsweise auf Demenzerkrankungen oder ein Wachkoma, bei denen eine zeitlich lange Sterbephase zu erwarten ist.

Das Echo auf das Gesetz ist sehr zwiespältig. Das Ziel einer Stärkung der Rechtssicherheit wird grundsätzlich begrüßt, aber es gibt Zweifel, ob die nötige Sensibilität im Umgang mit Patientenverfügungen durch das Gesetz gefördert

wird. So hatte der Caritasverband die ethische Notwendigkeit einer Reichweitenbegrenzung und einer umfassenden Beratung hervorgehoben. Bischof Wolfgang Huber, der Vorsitzende des Rates der Evangelischen Kirche, bemängelt eine unzureichende Balance zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. Vertreter der Ärzteschaft bestreiten den Zuwachs an Rechtssicherheit und befürchten die Zunahme eines therapeutischen Nihilismus unter den Ärzten. Probleme würden vor allem dann entstehen, wenn die – wie im Gesetz gefordert – auf die konkrete Situation zu beziehenden Behandlungswünsche medizinisch nicht indiziert seien. Beanstandet werden unter anderem die fehlende Reichweitenbegrenzung, die fehlende Verpflichtung zur Beratung durch eine kompetente Vertrauensperson und die gestärkte Position des Betreuers im Entscheidungsprozess.

Nach Ansicht der Deutschen Hospiz Stiftung stellt das Gesetz hohe Anforderungen an Vorsorgedokumente. Da gleichzeitig keine individuelle Beratung beim Verfassen einer Patientenverfügung vorgeschrieben ist, seien Konflikte vorhersehbar. Die Deutsche Hospiz Stiftung hat daher eine Schiedsstelle eingerichtet, die bei solchen Auseinandersetzungen berät und zwischen den Beteiligten vermittelt. Sowohl Angehörige als auch Ärzte können diese Hilfe in Anspruch nehmen, und zwar bevor die Situation eskaliert und vor Gericht endet. Im Streitfall wird jede Patientenverfügung innerhalb von zwei Werktagen gebührenfrei geprüft. Um Konflikte beizulegen, bietet die Hospiz Stiftung von der telefonischen Beratung über die Erstellung von Gutachten bis hin zur Vermittlung vor Ort ihre Hilfe an.

Kontakt zur Schiedsstelle:
www.die-schiedsstelle.de
Tel. (0231) 738 0730

Pflegeheime: Gute Aussichten trotz vorübergehender Überkapazitäten

Teure Pflegeheime sind nicht die besseren, die regionalen Preisunterschiede sind enorm, die Zahl der Pflegefälle wird weiter ansteigen und zu einem großen Bedarf an Fachkräften führen. Dies sind einige der Ergebnisse des „Pflegeheim Rating Report 2009 – Konsolidierung voraus!“ von RWI, ADMED GmbH und HCB GmbH. Er zeigt zudem, dass die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime langfristig stabil sein sollte, auch wenn es aktuell noch Überkapazitäten gibt. Mittelfristig könnte nach Ansicht der Autoren die Einführung eines hohen Mindestlohns für Pflegekräfte zu einer Versorgungslücke mit Pflegeplätzen führen, wenn dadurch Insolvenzen zunehmen.

Teure Pflegeheime bieten nicht immer auch die bessere Pflege, zwischen Preisniveau und Ergebnisqualität lässt sich kein statistischer Zusammenhang feststellen. Zwar sind teurere Heime beispielsweise baulich besser ausgestattet und bieten eine bessere soziale Betreuung. In Bereichen wie beispielsweise Flüssigkeits- und Nahrungsgabe, Sondenernährung und Versorgung bei Demenz schneiden sie jedoch nicht nachweisbar besser ab. Ein Grund hierfür könnte nach Ansicht der Autoren der derzeit kaum ausgeprägte Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeheimen sein.

Mit dem aktuellen „Pflegeheim Rating Report 2009“ haben das Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), ADMED GmbH und Institute for Health Care Business GmbH (HCB) zum zweiten Mal die derzeitige und zukünftige Situation des deutschen Pflegemarkts untersucht. Für die Untersuchung des Teilaspekts Qualität wurden Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Rheinland-Pfalz verwendet, des Weiteren greift die Studie auf Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder und auf Jahresabschlüsse von über 1.000 Pflegeheimen zurück.

Zahl der Pflegebedürftigen und Pflegeplätze wird weiter steigen

Der deutsche Pflegemarkt ist geprägt von steigenden Zahlen. Zwischen 1997 und 2007 hat sich sein Anteil an allen Gesundheitsausgaben von 8,6 % auf 11 % erhöht. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist alleine zwischen 2005 und 2007 um 5,6 % auf 2,25 Millionen Menschen angestiegen. Da immer weniger Pflege von Angehörigen geleistet wird, gewinnt die professionelle ambulante und stationäre Pflege zunehmend an Bedeutung. Bis zum Jahr 2020 wird die Zahl der stationären Pflegefälle voraussichtlich um 36 %, bis zum Jahr 2030 sogar um 57 % ansteigen. Vor diesem Hintergrund ist mit einem zusätzlichen Bedarf von fast 80.000 Pflegefachkräften bis 2020 zu rechnen. Die Kapitalreserve der Sozialen Pflegeversicherung dürfte bei konstanten Pflege- und Erwerbsquoten bis etwa 2021 aufgezehrt sein.

In den vergangenen Jahren nahm das Angebot an Pflegeplätzen überproportional zu. Bis 2011 ist mit einer sinkenden Auslastung zu rechnen. Dennoch werden gegenüber 2010 bis zum Jahr 2020 rund 150.000, bis zum Jahr 2030 sogar rund 310.000 neue Pflegeplätze benötigt werden. Bis zum Jahr 2020 ist mit einem Investitionsbedarf von 27 Milliarden Euro in die stationäre Versorgung zu rechnen. Auf regionaler Ebene bestehen signifikante Preisunterschiede für die stationäre Pflege. Besonders teuer sind Heime in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein. Günstig sind Heime in den ostdeutschen Ländern und Niedersachsen. Wachsende Transparenz über Preise und Qualität, ein wachsender Eigenanteil der Pflegebedürftigen und zunehmender Wettbewerb dürften dafür sorgen, dass die Preisdifferenzen abnehmen.

Mindestlohn könnte zu Versorgungsengpässen führen

Die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime hat sich seit dem „Pflegeheim Rating Report 2007“ kaum verändert. Es befinden sich immer noch 13 % der Heime, was ihre Finanzlage angeht, im insolvenzgefährdeten „roten“, 72 % hingegen im „grü-

nen“ Bereich. Damit weist jedes siebte Pflegeheim eine erhöhte Insolvenzgefahr auf. Heime in privater Trägerschaft schneiden mit 16 % im „roten Bereich“ signifikant schlechter ab als solche in freigemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft (jeweils rund 10 %). Dies dürfte daran liegen, dass verhältnismäßig viele private Heime in ländlichen Regionen liegen. Insgesamt schneiden die Pflegeheime bezüglich Insolvenzwahrscheinlichkeit besser ab als Krankenhäuser und Reha-Kliniken und sind vergleichbar mit westdeutschen Unternehmen anderer Branchen. Bis 2011 dürfte sich die Lage wegen sinkender Auslastung und Finanzkrise leicht verschlechtern.

Langfristig ist auf dem Pflegemarkt jedoch eine stabile Situation zu erwarten, bis 2020 dürften fast 70 % der Heime im grünen Bereich liegen. Risiken für diese Entwicklung sind ein hoher Mindestlohn, eine starke Verschiebung der Nachfrage sowie ein Preisdruck infolge zunehmenden Wettbewerbs. Ein hoher Mindestlohn von beispielsweise 9,68 Euro pro Stunde würde vor allem zu einer schlechteren Lage für Anbieter in Ostdeutschland, private Anbieter und von ambulanten Diensten führen. In der Folge würde sich mittelfristig die Insolvenzwahrscheinlichkeit erhöhen. Eine geringere Verzinsung des Eigenkapitals würde zudem zu einem teilweisen Rückzug von privatem Kapital führen. Es dürfte zu einer Versorgungslücke von rund 100.000 Plätzen im stationären und 160.000 Plätzen im ambulanten Bereich bis 2020 kommen, Konsequenzen wären Wartelisten und steigende Preise. In diesem Fall müssten die Pflegebedürftigen mit einer Belastung in der Größenordnung von mindestens 250 Millionen Euro rechnen.

Das Pflegeheim der Zukunft bietet individuelle Leistungsangebote

Zwar können Pflegeheime in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einem sicheren Nachfragewachstum rechnen. Trotzdem müssen sich gerade Heime in Hochpreisregionen auf einen wachsenden Preisdruck einstellen und deshalb ihre Leistungen effizienter erbringen. Es ist

daher damit zu rechnen, dass sich verstärkt Pflegeheimketten bilden werden, welche Synergiepotenziale heben können. Zudem sollten sich Pflegeheime auf die Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen einstellen. Je nach Budget des Pflegebedürftigen sind beispielsweise Standard- und Premiumpakete mit Zusatzleistungen denkbar. Zudem sollten Heime ihre Pflegequalität transparenter machen und diese als Wettbewerbsvorteil einsetzen.

Weitere Informationen unter:
www.rwi-essen.de/presse oder
www.admed.com

Kontakt:

Dr. Boris Augurzyk (RWI Essen)

Tel. (0201)8149-20

Dr. Sebastian Krolop (ADMED GmbH)

Tel. (02238)475-300

Sabine Weiler (Pressestelle RWI Essen)

Tel. (0201)8149-213

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt Gutachten 2009 vor

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sein aktuelles Gutachten mit dem Titel „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ übergeben.

In seinem aktuellen Gutachten hat der Sachverständigenrat die Versorgungs- und Betreuungsangebote mit Blick auf die spezifischen Versorgungsbedarfe der unterschiedlichen Altersstufen im Lebenszyklus eines Menschen untersucht. Die Analysen und Empfehlungen des Rates sollen helfen, das Gesundheitssystem besser auf die Bedürfnisse aller Generationen auszurichten. Bundesgesundheitsministerin Schmidt bezeichnete bei der Übergabe des Gutachtens den Wandel zu einer Gesellschaft des längeren Lebens als eine der wichtigsten Herausforderungen der Zukunft. Es müssten Lösungen gefunden werden, damit die steigende

Zahl älterer Menschen, unter denen viele chronisch und mehrfach erkrankt sind, medizinisch gut versorgt werden kann. Die Versorgung muss so ausgerichtet sein, dass sie möglichst lange selbständig bleiben und Lebensqualität behalten. Auch jungen Menschen müssen gute gesundheitliche Entwicklungschancen eröffnet und erhalten werden.

Eine zentrale, über die einzelnen Handlungsfelder hinausgehende Aufgabe sieht der Rat darin, Chancengleichheit bei Kindern herzustellen und Entwicklungschancen zu verbessern. Der Rat mahnt eine stärkere Zielgruppenorientierung und Qualitätssicherung der zahlreichen Programme zur Primärprävention und Gesundheitsförderung an. Ausführlich beschäftigt sich der Rat mit Fragen der psychischen Gesundheit, insbesondere mit ADHS, mit Gewaltprävention, mit der Arzneimittelversorgung von Kindern sowie mit Impfungen und Früherkennung in Kindheit und Schwangerschaft. In einem gesonderten Kapitel beschäftigt sich der Rat mit dem Übergang chronisch kranker Jugendlicher in die Erwachsenenversorgung. Damit nimmt er sich eines bislang wenig beachteten Themas an und empfiehlt die Behebung von Koordinationsdefiziten, die zu ernsthaften Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes der jungen Erwachsenen führen können.

Die Versorgung alter Menschen, die häufig chronisch und mehrfach erkrankt oder pflegebedürftig sind, wird vom Rat ausführlich debattiert. Eine bessere Koordination der Versorgung und Betreuung, eine höhere Arzneimittelsicherheit sowie Leitlinien, die Mehrfacherkrankungen berücksichtigen, seien erforderlich.

Der Sachverständigenrat plädiert für eine Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung und eine Neuausrichtung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung, die den ineffizienten Wettbewerb zwischen ambulantem und stationärem Sektor korrigiert. In der Langzeitpflege hält der Rat Kapazitätsausweitungen und Qualitätsverbesserungen für notwendig. Verschiedene internationale Ansätze, wie

z.B. Konzepte zur primärärztlichen Versorgung oder Elemente des Managed Care, sollten geprüft und auf ihre Eignung für das deutsche Gesundheitssystem überprüft werden.

Weitere Informationen sowie die Kurz- und Langfassung des Gutachtens unter:
www.svr-gesundheit.de

Altern in Deutschland – Veröffentlichungen der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina

Die Deutsche Akademie der Naturforscher und die Deutsche Akademie für Technikwissenschaften acatech gründeten im Mai 2005 eine gemeinsame interdisziplinäre Akademiengruppe „Altern in Deutschland“, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz öffentliche Empfehlungen erarbeitete, um die Chancen der im letzten Jahrhundert erheblich gestiegenen Lebenserwartung – die „gewonnenen Jahre“ vernünftig zu nutzen und mit den Herausforderungen des demografischen Alterns klug umzugehen. Die Veröffentlichung der Resultate erfolgte in acht Materialienbänden und einem Empfehlungsband. Die bei der wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft Stuttgart in der Reihe „Nova Acta Leopoldina“ erschienenen Materialienbände befassen sich mit den Themen „Altersbilder“, „Altern, Bildung und lebenslanges Lernen“, „Altern, Arbeit und Betrieb“, Produktivität in alternden Gesellschaften“, „Altern in Gemeinde und Region“, „Altern und Technik“, „Altern und Gesundheit“, „Altern: Familie, Zivilgesellschaft und Politik“.

Weitere Informationen:
 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
 Tel. (0711)2582-0
service@Wissenschaftliche-Verlagsgesellschaft.de

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

DZA-Bibliothek

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

Dienstag 10.00–19.00 Uhr.

Mittwoch und Donnerstag 10.00–16.00 Uhr.

Besucher, die von auswärts anreisen oder die Bibliothek für einen längeren Studienaufenthalt nutzen wollen, können auch einen Termin außerhalb der Öffnungszeiten unter der Telefonnummer (030) 26 07 40-80 vereinbaren.

Psychologische Gerontologie

- Beard, J. R., Blaney, S., & Cerda, M. (2009). Neighborhood characteristics and disability in older adults. *The journals of gerontology*, 64(2), 252–257.
- Birditt, K. S., Jackey, L. M. H., & Antonucci, T. C. (2009). Longitudinal patterns of negative relationship quality across adulthood. *The journals of gerontology*, 64(1), 55–64.
- Biswas, S. S., Gupta, R., & Vanjare, H. A. (2009). Depression in the elderly in Vellore, South India: the use of a two-question screen. *International psychogeriatrics*, 21(2), 369–371.
- Black, H. K., & Rubinstein, R. L. (2009). The effect of suffering on generativity: accounts of elderly African American men. *The journals of gerontology*, 64(2), 296–303.
- Brown, S. C., Mason, C. A., & Lombard, J. L. (2009). The relationship of built environment to perceived social support and psychological distress in Hispanic elders: the role of „eyes on the street“. *The journals of gerontology*, 64(2), 234–246.
- Cheng, S.-T. (2009). Generativity in later life: perceived respect from younger generations as a determinant of goal disengagement and psychological well-being. *The journals of gerontology*, 64(1), 45–54.
- Chiang, K. S., Green, K. E., & Cox, E. O. (2009). Rasch analysis of the Geriatric Depression Scale-Short Form. *The gerontologist*, 49(2), 262–275.

- Chu, Y.-h., Wagenaar, R. C., & Saltzman, E. (2009). Effects of optic flow speed and lateral flow asymmetry on locomotion in younger and older adults: a virtual reality study. *The journals of gerontology*, 64(2), 222–231.
- Cicirelli, V. G. (2009). Sibling death and death fear in relation to depressive symptomatology in older adults. *The journals of gerontology*, 64(1), 24–32.
- Davey, A., Jenkins Tucker, C., & Fingerman, K. (2009). Within-family variability in representations of past relationships with parents. *The journals of gerontology*, 64(1), 125–136.
- Fernandez-Ballesteros, R., Frensch, P. A., & Hofer, S. M. (2009). Berlin declaration on the quality of life for older adults: closing the gap between scientific knowledge and intervention. *European journal of ageing*, 6(1), 49–50.
- Hong, S.-I., Hasche, L., & Bowland, S. (2009). Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *The gerontologist*, 49(1), 1–11.
- Johnson, W., Deary, I. J., McGue, M., & Christensen, K. (2009). Genetic and environmental links between cognitive and physical functions in old age. *The journals of gerontology*, 64(1), 65–72.
- Kruse, A. (2008). Alterungsprozesse im Wandel – Kreativität und Grenzerfahrungen im Alter aus individueller, gesellschaftlicher und ethischer Perspektive. Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“, 20–26.
- Langbaum, J. B. S., Rebok, G. W., & Banden-Roche, K. (2009). Predicting memory training response patterns: results from ACTIVE. *The journals of gerontology*, 64(1), 14–23.
- Noone, J. H., Stephens, C., & Alpass, F. M. (2009). Preretirement planning and well-being in later life. A prospective study. *Research on aging*, 31(3), 295–317.
- Peters, M. (2008). „Brauchen ältere Menschen eine spezifische Psychotherapie?“. Erkenntnisse aus der Alterspsychotherapie. Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“, 27–30.
- Poon, C. Y. M., & Knight, B. G. (2009). Influence of sad mood and old age schema on older adults' attention to physical symptoms. *The journals of gerontology*, 64(1), 41–44.
- Popa, M. A., Reynolds, S. L., & Small, B. J. (2009). Is the effect of reported physical activity on disability mediated by cognitive performance in white and African American older adults? *The journals of gerontology*, 64(1), 4–13.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2009). Self-rated health and depressive symptoms in patients with end-stage renal disease and their spouses: a longitudinal dyadic analysis of late-life marriages. *The journals of gerontology*, 64(2), 212–221.

- Rajkumar, A. P., Thangadurai, P., & Senthilkumar, P. (2009). Nature, prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural south Indian community. *International psychogeriatrics*, 21(2), 372–378.
- Ross, L. A., Clay, O. J., & Edwards, J. D. (2009). Do older drivers at-risk for crashes modify their driving over time? *The journals of gerontology*, 64(2), 163–170.
- Rothrauff, T. C., Cooney, T. M., & An, J. S. (2009). Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. *The journals of gerontology*, 64(1), 137–146.
- Russell, D., & Taylor, J. (2009). Living alone and depressive symptoms: the influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *The journals of gerontology*, 64(1), 95–104.
- Shah, A. (2009). The relationship between population growth and elderly suicide rates: a cross-national study. *International psychogeriatrics*, 21(2), 379–383.
- Spencer, S. M., Schulz, R., & Rooks, R. N. (2009). Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the health, aging, and body composition study. *The journals of gerontology*, 64(1), 87–94.
- Vance, D. E. (2009). The emerging role of cognitive remediation therapy. *Activities, adaptation & aging*, 33(1), 17–30.
- Wight, R. G., Cummings, J. R., & Karlamangla, A. S. (2009). Urban neighborhood context and change in depressive symptoms in late life. *The journals of gerontology*, 64(2), 247–251.
- Wójcicki, T. R., White, S. M., & McAuley, E. (2009). Assessing outcome expectations in older adults: the multidimensional outcome expectations for exercise scale. *The journals of gerontology*, 64(1), 33–40.
- Wong, J. d., & Hardy, M. A. (2009). Women's retirement expectations: how stable are they? *The journals of gerontology*, 64(1), 77–86.

Soziologie / Soziologische Gerontologie

- Blasberg-Kuhnke, M. (2008). Die neue „späte Freiheit“?. Potentiale und Ressourcen im dritten Lebensalter. *Neuer Blick auf das Alter*, 2008, 202–206.
- Brintnall-Peterson, M., Poehlmann, J., & Morgan, K. (2009). A web-based fact sheet series for grandparents raising grandchildren and the professionals who serve them. *The gerontologist*, 49(2), 276–282.
- Dunning, T. (2009). Aging, activities and the internet. *Activities, adaptation & aging*, 33(1), 49–51.
- Felmler, D., & Muraco, A. (2009). Gender and friendship norms among older adults. *Research on aging*, 31(3), 318–344.
- 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.
- Hoonard, D. K. v. d. (2009). Widowers' strategies of self-representation during research interviews: a sociological analysis. *Ageing and society*, 29(2), 257–276.
- Koeppel, C. (2009). Hörbehinderung im Alter führt zur sozialen Ausgrenzung. Zur Situation in Einrichtungen der Altenhilfe. *TUP*, 60(2), 113–119.
- Schöllgen, I., & Huxhold, O. (2009). Differenzielles Altern. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(2), 12–16.
- Selwood, A., Cooper, C., & Owens, C. (2009). What would help me stop abusing? The family carer's perspective. *International psychogeriatrics*, 21(2), 309–313.
- Tan, E. J., Rebok, G. W., & Frangakis, C. E. (2009). The long-term relationship between high-intensity volunteering and physical activity in older African American women. *The journals of gerontology*, 64(2), 304–311.
- Wong, J.-J., Lin, M.-F., & Tseng, H.-F. (2009). Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach. *International psychogeriatrics*, 21(2), 314–320.
- Geriatric / Gesundheitliche Versorgung**
- Altwein, E., & Hormuth, K. (2009). Alt werden mit psychischer Erkrankung. *Psychosoziale Umschau*, 24(2), 14–16.
- Barber, A. (2009). Maintaining medical independence in advanced age. *Care management journals*, 10(1), 28–31.
- Blay, S. L., Fillenbaum, G. G., & Andreoli, S. B. (2009). Correlates of lifetime alcohol misuse among older community residents in Brazil. *International psychogeriatrics*, 21(2), 384–391.
- Burgess, M. J. (2009). A message from the director. *Care management journals*, 10(1), 21–27.
- Cruz-Jentoft, A. J., Franco, A., & Sommer, P. (2009). European silver paper on the future of health promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease. *European journal of ageing*, 6(1), 51–57.
- Doumas, M., Rapp, M. A., & Krampe, R. T. (2009). Working memory and postural control: adult age differences in Potential for improvement, task priority, and dual tasking. *The journals of gerontology*, 64(2), 193–201.
- Gu, D., Dupre, M. E., & Sautter, J. (2009). Frailty and mortality among Chinese at advanced ages. *The journals of gerontology*, 64(2), 279–289.
- Gueorguieva, R., Sindelar, J. L., & Falba, T. A. (2009). The impact of occupation on self-rated health: cross-sectional and longitudinal evidence from the health and retirement survey. *The journals of gerontology*, 64(1), 118–124.
- Issacowitz, D. M., Allard, E. S., & Murphy, N. A. (2009). The time course of age-related preferences toward positive and negative stimuli. *The journals of gerontology*, 64(2), 188–192.
- Kaneda, T., Zimmer, Z., & Fang, X. (2009). Gender differences in functional health and mortality among the Chinese elderly. Testing an exposure versus vulnerability hypothesis. *Research on aging*, 31(3), 361–388.
- Kraus, L. (2008). Epidemiologie substanzbezogener Störungen: Eine alters- und geschlechtsspezifische Betrachtung. Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“, 8–13.
- Kraus, L., & Pabst, A. (2008). Eine altersspezifische Betrachtung substanzbezogener Störungen. Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“, 60–61.
- McGinnis, D. (2009). Text comprehension products and processes in young, young-old, and old-old adults. *The journals of gerontology*, 64(2), 202–211.
- Nebes, R. D., Buysse, D. J., & Halligan, E. M. (2009). Self-reported sleep quality predicts poor cognitive performance in healthy older adults. *The journals of gerontology*, 64(2), 180–187.
- Perrig-Chiello, P., Jeaggi, S. M., & Buschkuhl, M. (2009). Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European journal of ageing*, 6(1), 27–37.
- Rostad, B., Deeg, D. H. H., & Schei, B. (2009). Socioeconomic inequalities in health in older women. *European journal of ageing*, 6(1), 39–47.
- Ruffman, T., Ng, M., & Jenkin, T. (2009). Older adults respond quickly to angry faces despite labeling difficulty. *The journals of gerontology*, 64(2), 171–179.
- Schüz, B., & Wurm, S. (2009). Mehrfacherkrankungen im Alter – wie Ressourcen und Verhaltensweisen helfen, Lebensqualität und Autonomie aufrechtzuerhalten. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(2), 8–11.
- Wallroth, M., & Mühlenberg, G. (2008). Tabakentwöhnung in der stationären Behandlung Alkoholabhängiger – Überprüfung der Ergebnisqualität und erste altersspezifische Befunde. Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“, 54–59.
- Weissing, V. (2008). Aktuelle Trends und Empfehlungen des Fachverbandes Sucht e.V. Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“, 66–69.
- Wolinsky, F. D., Malmstrom, T. K., & Miller, J. P. (2009). Antecedents of global decline in health-related quality of life among middle-aged African Americans. *The journals of gerontology*, 64(2), 290–295.
- Gerontopsychologie**
- Aarsland, D., Londos, E., & Ballard, C. (2009). Parkinson's disease dementia and dementia with Lewy bodies: different aspects of one entity. *International psychogeriatrics*, 21(2), 216–219.
- Abramson, C. M. (2009). Who are the clients?: goal displacement in an adult day care center for elders with dementia. *The international journal of aging & human development*, 68(1), 65–92.
- Andrews, S., McInerney, F., & Robinson, A. (2009). Realizing a palliative approach in dementia care: strategies to facilitate aged care staff engagement in evidence-based practice. *International psychogeriatrics*, 21(1), 64–68.
- Burgio, L. D., Collins, I. B., & Schmid, B. (2009). Translating the REACH caregiver intervention for use by area agency on aging personnel: the REACH OUT program. *The gerontologist*, 49(1), 103–116.
- Carpenter, B. D., Balsis, S., & Otilingam, P. G. (2009). The Alzheimer's disease knowledge scale: development and psychometric properties. *The gerontologist*, 49(2), 236–247.
- Cho, S., Zarit, S. H., & Chiriboga, D. A. (2009). Wives and daughters: the differential role of day care use in the nursing home placement of cognitively impaired family members. *The gerontologist*, 49(1), 57–67.
- Draper, B., Low, L.-F., & Withall, A. (2009). Translating dementia research into practice. *International psychogeriatrics*, 21(1), 72–80.
- Eayrs, P. (2009). Snapshot: Alzheimer's Australia pilot of an innovative approach to consumer education and training. *International psychogeriatrics*, 21(1), 69–71.
- Ergebnisse des Pilotprojekts „Qualitätsmanagement Pflege und Betreuung Demenzkranker in der stationären Altenhilfe“ (2). (2009). *TUP*, 60(2), 99–100.
- Fritz, E., Deufert, D., & Them, C. (2009). Die Ursachen der Kosten von Pflege und Betreuung bei Demenzkranken. *Pflegewissenschaft*, 11(3), 133–139.
- Fu, Y., Li, A. F., & Shi, J. J. (2009). Lack of association of neprilysin gene polymorphism with Alzheimer's disease in a southern Chinese community. *International psychogeriatrics*, 21(2), 354–358.
- 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.
- Hilgeman, M. M., Durkin, D. W., & Sun, F. (2009). Testing a theoretical model of the stress process in Alzheimer's caregivers with race as a moderator. *The gerontologist*, 49(2), 248–261.
- Jong, J. D. d., & Boersma, F. (2009). Dutch psychogeriatric day-care centers: a qualitative study of the needs and wishes of carers. *International psychogeriatrics*, 21(2), 268–277.
- Kähler, G. (2009). Bilanz des AWO-Pilotprojektes: Grundlagen der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. *TUP*, 60(1), 6–13.
- Nordström, M., Dunér, A., & Olin, E. (2009). Places, social relations and activities in the everyday lives of older adults with psychiatric disabilities: an interview study. *International psychogeriatrics*, 21(2), 401–412.
- O'Connor, D. W., Ames, D., & Gardner, B. (2009). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International psychogeriatrics*, 21(2), 225–240.
- O'Connor, D. W., Ames, D., & Gardner, B. (2009). Psychosocial treatments of psychological symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International psychogeriatrics*, 21(2), 241–251.
- Revuelta, G. J., & Lipka, C. F. (2009). Dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia may best be viewed as two distinct entities. *International psychogeriatrics*, 21(2), 213–216.
- Sheng, B., Law, C. B., & Yeung, K. M. (2009). Characteristics and diagnostic profile of patients seeking dementia care in a memory clinic in Hong Kong. *International psychogeriatrics*, 21(2), 392–400.
- Stevenson, G. S., Khan, M. A., & Perumal, N. (2009). A psychiatric intensive care unit for older adults: an interval comparison of admissions. *International psychogeriatrics*, 21(2), 278–285.
- Thomas, D. W., & Smith, M. (2009). The effect of music on caloric consumption among nursing home residents with dementia of the Alzheimer's type. *Activities, adaptation & aging*, 33(1), 1–16.
- Verbeek, H., Rossum, E. v., & Zwakhalen, S. M. G. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International psychogeriatrics*, 21(2), 252–264.
- Wesselmann, S. (2009). „H.I.L.DE. sagt uns, wie es dem Bewohner geht“. *Lebensqualität und Demenz. Altenheim*, 48(4), 46–47.

- Wijeratne, C., & Harris, P. (2009). Late life depression and dementia: a mental health literacy survey of Australian general practitioners. *International psychogeriatrics*, 21(2), 330–337.
- Wittenius, U., & Eike, W. (2009). Ethische Grundlagen der Pflege und Betreuung Demenzkranker. *TUP*, 60(2), 100–104.
- Wong, S. S., & Fong, K. N. K. (2009). Reliability and validity of the telephone version of the Cantonese Mini-mental State Examination (T-CMMSE) when used with elderly patients with and without dementia in Hong Kong. *International psychogeriatrics*, 21(2), 345–353.
- Sozialpolitik / Soziale Sicherung**
- Askin, B. (2009). Für Alterspendler sind zeitgemäße Ansprüche notwendig. Deutsch-türkisches Sozialversicherungsabkommen. *Soziale Sicherheit*, 58(3), 100–104.
- Barlölösus, E. (2009). Der Anteil des Räumlichen an sozialer Ungleichheit und sozialer Integration: Infrastrukturen und Daseinsvorsorge. *Sozialer Fortschritt*, 58(2/3), 22–28.
- Bartelheimer, P. (2009). Verwirklichungschancen als Maßstab lokaler Sozialpolitik? *Sozialer Fortschritt*, 58(2/3), 48–55.
- Bucher-Koenen, T., & Wilke, C. B. (2009). Zur Anhebung der Altersgrenzen. *Sozialer Fortschritt*, 58(4), 69–79.
- Engelhardt, W. W. (2009). Zu den Anfängen der wissenschaftlichen und politisch-praktischen Sozialpolitik in Deutschland. *Sozialer Fortschritt*, 58(2/3), 55–60.
- Götze, R., & Salomon, T. (2009). Fair Fee. Eine einkommens- und morbiditätsadjustierte Zuzahlung für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. *Zeitschrift für Sozialreform*, 55(1), 71–90.
- Hockerts, H. G. (2009). West und Ost. Vergleich der Sozialpolitik in den beiden deutschen Staaten. *Zeitschrift für Sozialreform*, 55(1), 41–56.
- Hoffmann, E. (2009). GeroStat – Statistische Informationen. Sozialleistungen für ältere Menschen – die Situation nach der Reform des Sozialhilferechts. Informationsdienst Altersfragen, 36(2), 17–19.
- Kaldybajewa, K., Kruse, E., & Strobel, G. (2009). Versicherte der Deutschen Rentenversicherung: Aktuelle Entwicklungen. *RV aktuell*, 56(3), 83–89.
- Kaufmann, F.-X. (2009). Schutz – Sicherung – Befähigung. Dauer und Wandel im Sozialstaatsverständnis. *Zeitschrift für Sozialreform*, 55(1), 13–23.
- Kim, H., & Traphagan, J. W. (2009). From socially weak to potential consumer: changing discourses on elder status in South Korea. *Care management journals*, 10(1), 32–39.
- Marx, H. (2009). Abschläge auf Erwerbsminderungsrenten. *RV aktuell*, 56(3), 90–95.
- Nürnberg, I. (2009). Erwerbsgeminderte besser absichern!. Notwendige Reform der Erwerbsminderungsrenten. *Soziale Sicherheit*, 58(3), 85–92.
- Roßbruch, R. (2009). Zur Gewährung von Altersteilzeit. *TV ATZ § 2 Abs. 1, 2 und 3. Pflegerecht*, 13(4), 183–188.
- Schmidt, M. G. (2009). Einleitung. Zugleich eine Einführung zur „Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945“. *Zeitschrift für Sozialreform*, 55(1), 3–11.
- Schulte, B. (2009). Erwerbsminderungsrenten in europäischen Nachbarländern. Ein Blick über die Grenzen. *Soziale Sicherheit*, 58(3), 93–99.
- Gesundheitswesen / Kranken- / Pflegeversicherung**
- Amelung, V., Zippa, N., & Zahn, T. (2009). Prämie für den Heilerfolg. *Gesundheit und Gesellschaft*, 12(4), 21–26.
- Barth, L. (2009). Der Medizinethiker und die Frage nach der Fahrkarte ins Jenseits?! *Pflegerecht*, 13(3), 114–117.
- Breitkopf, H., & Stollmann, F. (2009). Rote Karte für den blauen Dunst? *Gesundheit und Gesellschaft*, 12(3), 35–38.
- Hulverscheidt, M. (2009). Das Robert Koch-Institut im Nationalsozialismus. Das Bundesinstitut zur Krankheitsüberwachung und -prävention stellt sich seiner Geschichte. *Dr. med. Mabuse*, 34(179), 51–53.
- Lee, J., & Donlan, W. (2009). Cultural, social, and political influences on state-level indigent health care policy formation. *Journal of policy practice*, 8(2), 129–146.
- Quambusch, E. (2009). Geschäftsführung ohne Auftrag für einen Rehabilitationsträger. Zur ergänzenden privaten Fürsorge im Fall unzureichender Behindertenbetreuung. *ZFSH, SGB*, 48(3), 139–142.
- Reiners, H. (2009). Monster RSA – ein Mythos. Risikostrukturausgleich. *Gesundheit und Gesellschaft*, 12(3), 23–27.
- Stockheim, M. (2009). Mehr Transparenz bei Medizinprodukten. *Qualität. Gesundheit und Gesellschaft*, 12(3), 28–33.
- Zöfel, K. (2009). Moral für die moderne Medizin. *Deutscher Ethikrat. Gesundheit und Gesellschaft*, 12(4), 29–32.
- Altenhilfe / Altenpolitik / Freie Wohlfahrtspflege**
- Christen, O. (2009). Wo stehen wir heute in der Altenhilfe? Eine Bestandsaufnahme. *TUP*, 60(2), 105–112.
- D'Souza, J. C., James, M. L., & Szafara, K. L. (2009). Hard times: the effects of financial strain on home care services use and participant outcomes in Michigan. *The gerontologist*, 49(2), 154–165.
- Hirsch, R. (2009). Humor als Analgetikum im Alter – ein chancenreiches Medikament!. *Gegen den Schmerz. Pro Alter*, 41(1), 34–41.
- Raabe, H. (2009). Wie eine Einrichtung von der BSC profitieren kann. *Vom Putzmittel bis zum Personal. Pro Alter*, 41(1), 14–17.
- Squillace, M. R., Remsburg, R. E., & Harris-Kojetin, L. D. (2009). The National Nursing Assistant Survey: improving the evidence base for policy initiative to strengthen the certified nursing assistant workforce. *The gerontologist*, 49(2), 185–197.
- Wiener, J. M., Squillace, M. R., & Anderson, W. L. (2009). Why do they stay? Job tenure among certified nursing assistants in nursing homes. *The gerontologist*, 49(2), 198–210.
- Sozialarbeit / Altenarbeit / Ehrenamt**
- Giese, E. (2009). Berufliche Identität, Professionalität und gesellschaftliche Verortung der Sozialen Arbeit. Ein Bericht aus der wissenschaftlichen Praxis. *TUP*, 60(2), 148–153.
- Klingbeil, D. (2009). „Keine Idee geht mehr verloren“. Wie der Pflegedienst Lillienthal von einer Intranet-Lösung als Informationsplattform profitiert. *Häusliche Pflege*, 18(4), 42–45.
- Morrow-Howell, N., Hong, S.-I., & Tang, F. (2009). Who benefits from volunteering? Variations in perceived benefits. *The gerontologist*, 49(1), 91–102.
- Pflege / Pflegebedürftigkeit / Rehabilitation**
- Bachem, J. (2009). Die Pflegereform 2008 und ihre Folgen – das Kostenrecht der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI. *Pflegerecht*, 13(4), 169–173.
- Bernard, M.-M., Janson, F., & Flora, P. K. (2009). Videoconference-based physiotherapy and tele-assessment for homebound older adults: a pilot study. *Activities, adaptation & aging*, 33(1), 39–48.
- Dichter, M., Lützu, P. v., & Dunger, C. (2009). Die Familiengesundheitspflege und ihre Umsetzung in einer städtischen und einer ländlichen Region in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft*, 14(2), 138–154.
- Ehlers, C., & Schmidt, S. (2009). Klientenorientiert beraten. Mitarbeiter im Pflegerstützpunkt [Pflegerstützpunkt]. *Heilberufe*, 61(3), 66–67.
- Eith, T., & Stummer, H. (2009). Erfolg in der Altenpflege – eine explorative Studie aus Mitarbeitersicht. *Pflegewissenschaft*, 11(4), 240–247.
- Geyer, D. (2008). Altersspezifische Aspekte in der stationären Rehabilitation Suchtkranker. *Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“*, 31–35.
- Gohde, J. (2009). „Wir werden zu einer neuen Betrachtung Pflegebedürftiger und zu einer neuen Pflege kommen“. *Mission possible: die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Pro Alter*, 41(1), 50–52.
- Graham, C. L., Ivey, S. L., & Neuhauser, L. (2009). From hospital to home: assessing the transitional care needs of vulnerable seniors. *The gerontologist*, 49(1), 23–33.
- Graveley, I., & Ullrich, S. (2009). Positive Erfahrungen. *Schmerz. Altenpflege*, 34(4), 26–29.
- Hansen, E. B., Christensen, V. T., & Heinesen, E. (2009). The effect of home care on the ability to perform the activities of daily living and the well-being of older people. *European journal of ageing*, 6(1), 17–26.
- Isfort, M. (2009). Eine Polin kocht und die Sozialstation pflegt. Um möglichst lange daheim bleiben zu können, beschäftigen Pflegebedürftige mittel- und osteuropäische Haushaltshilfen. *Neue Caritas*, 110(8), 22–25.
- Kähler, G. (2009). Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs fordert einen sozialpolitischen Paradigmenwechsel. *TUP*, 60(2), 154–155.
- Korsukewitz, C. (2008). Behandlungsergebnisse und -anforderungen aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung: eine altersspezifische Betrachtung. *Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“*, 49–53.
- Kottnik, K.-D. K. (2009). Genug Geld für mehr Pflege. *Pflegeversicherung. Gesundheit und Gesellschaft*, 12(3), 48.
- Langer, A., Schröder, P., & Eurich, J. (2009). Ethische Dilemmasituationen in der Pflege: Eine Analyse aus Perspektive der Neuen Institutionenökonomik. *Pflege & Gesellschaft*, 14(2), 155–177.
- McAuley, W. J., Spector, W., & Nostrand, J. v. (2009). Formal home care utilization patterns by rural-urban community residence. *The journals of gerontology*, 64(2), 258–268.
- McCabe, M. P., Davidson, T., & Mellor, D. (2009). Barriers to care for depressed older people: perceptions of aged care among medical professionals. *The international journal of aging & human development*, 68(1), 53–64.
- Missel, P. (2008). Wie wirkt die Suchtbehandlung? Eine altersspezifische Betrachtung. *Themenheft der Zeitschrift „Sucht Aktuell“*, 61–63.
- Moormann, A. (2009). Weicher ist besser. *Ernährung. Altenpflege*, 34(2), 42–44.
- Park, S.-A., & Shoemaker, C. A. (2009). Observing body position of older adults while gardening for health benefits and risks. *Activities, adaptation & aging*, 33(1), 31–38.
- Pick, P., Brüggemann, J., & Grote, C. (2009). Noten für Pflegeeinrichtungen schaffen Transparenz. *Pflegequalität. Soziale Sicherheit*, 58(3), 105–110.
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A. L., & Galik, E. (2009). Changing the philosophy of care in long-term care: testing of the restorative care intervention. *The gerontologist*, 49(2), 175–184.

- Richter, E. (2009). Noten für die Pflege. Qualitätssicherung. *Gesundheit und Gesellschaft*, 12(3), 14–15.
- Roßbruch, R. (2009). Intramuskuläre Injektionen nicht verschreibungspflichtiger Medikamente durch Pflegedienst sind zu erstatten. *Pflegerecht*, 13(4), 198–203.
- 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.
- Scholz, P., & Schottky, H. (2009). Nachhaltige Ergebnisse. *Altenpflege*, 34(4), 30–31.
- 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.
- Sordon, A., & Frede, A. (2009). Interessante Erkenntnisse. *Altenpflege*, 34(4), 32–34.
- Stengler, K. (2009). Eingliederungshilfe und Pflege – ein Weckruf. *TUP*, 60(2), 145–147.
- 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.
- Teuscher, F. (2009). Bei der Produktauswahl auf Qualität dringen. Inkontinenzversorgung in der Häuslichen Pflege. *Häusliche Pflege*, 18(4), 49–52.
- Uessem, R. (2009). Mensch im Mittelpunkt. *Kolleg Teil 01. Altenpflege*, 34(4), 2–4.
- Werkmeister-Rozas, L., & Klein, W. C. (2009). Cultural responsiveness in long-term-care case management: moving beyond competence. *Care management journals*, 10(1), 1–7.
- Wieteck, P. (2009). Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 11(4), 227–239.
- Zernig-Malatschnig, C., Frick, U., & Habich, M. (2009). Präferenzurteile bei der Suche nach einem Pflegeplatz: Gibt es typische Muster?. Eine Latent Class Analyse. *Pflegewissenschaft*, 11(4), 221–226.
- Familiale Altenpflege**
- Sugiura, K., Ito, M., & Kutsumi, M. (2009). Gender differences in spousal caregiving in Japan. *The journals of gerontology*, 64(1), 147–156.
- Swanke, J., & Dreuth Zeman, L. (2009). Family medical leave as a resilience resource for family caregivers. *Care management journals*, 10(1), 8–13.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Young, H. M. (2009). Depressed mood mediates decline in cognitive processing speed in caregivers. *The gerontologist*, 49(1), 12–22.
- Soziale Dienste / Ambulante Dienste / Pflegedienste**
- Berg, R. (2009). Europarecht umgesetzt. Gesetzliche Neuregelungen zur Umsatzsteuerbefreiung, Was Pflegedienste wissen sollten. *Häusliche Pflege*, 18(4), 29–31.
- Block, S. (2009). Licht ins Dunkel. Herausforderung Nachtpflege ; Kunden auch zwischen 22:00 und 06:00 Uhr ein Angebot machen. *Häusliche Pflege*, 18(5), 20–25.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. T., & Meunier, S. A. (2009). Assessment of anxiety in older home care recipients. *The gerontologist*, 49(2), 141–153.
- Göpfert-Divivier, W. (2009). Den schlafenden Riesen wecken. Großer Bedarf nach Hilfen für Alltag und Haushalt: ein Angebot erfolgreich entwickeln. *Häusliche Pflege*, 18(4), 22–27.
- Hoffmann, A. (2009). Zu Unrecht Einsicht verlangt. Abrechnungsprüfung: Urteil unterstreicht gesetzlich vorgesehene Aufgabenverteilung. *Häusliche Pflege*, 18(4), 38–39.
- Holosko, M. J., Holosko, D. A., & Spencer, K. (2009). Social services in Sweden: an overview of policy issues, devolution, and collaboration. *Social work in public health*, 24(3), 210–234.
- Klie, T., & Ziller, H. (2009). Zur Organisationsstruktur von Pflegestützpunkten. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge, 89(5), 173–178.
- Klingbeil, D. (2009). Fünf Kompetenzen bündeln. Bpa-Expertengruppe legt Anforderungsprofil für Intensivpflegedienste vor. *Häusliche Pflege*, 18(5), 34–37.
- Neumann, S. (2009). Zeigen Sie Ihren Kunden die Sterne. Premiere: Die Deutsche Pflegedienst-Klassifizierung. *Häusliche Pflege*, 18(4), 46–48.
- Philipp, D., & Loffing, C. (2009). Erfolgsfaktor Mensch. Durch strategische Personalplanung gute Mitarbeiter ans Unternehmen binden. *Häusliche Pflege*, 18(5), 39–41.
- Schorning, D. (2009). So entwickelt sich der Markt – wo stehen Sie. Neu: Das „Häusliche Pflege Trendbarometer“ – Entwicklungen abgerechneter Leistungen. *Häusliche Pflege*, 18(5), 26–28.
- Heimunterbringung / Heime**
- Abt-Zegelin, A., & Reuther, S. (2009). Warum werden Heimbewohner immobil? *Pro Alter*, 41(1), 23–28.
- Arend, S. (2009). Auf dem Weg in die 5. Generation. Entwicklung der stationären Altenhilfe. *Altenheim*, 48(5), 32–35.
- Chapin, R., Baca, B., & Macmillan, K. (2009). Residential outcomes for nursing facility applicants who have been diverted: where are they 5 years later? *The gerontologist*, 49(1), 46–56.
- Désenfant, C. (2009). Vom Mitbewerber zum Voreiter. Shortlist-Platzierung für Erlenhof, Freiburg. *Altenheim*, 48(5), 16–18.
- Donoghue, C., & Castle, N. G. (2009). Leadership styles of nursing home administrators and their association with staff turnover. *The gerontologist*, 49(2), 166–174.
- Fritsch, T., Kwak, J., Grant, S., Lang, J., Montgomery, R. R., & Basting, A. D. (2009). Impact of TimeSlips, a creativ expression intervention program, on nursing home residents with dementia and their caregivers. *The gerontologist*, 49(1), 117–127.
- Goldschmidt, M., & Sehlbach, O. (2009). Zufriedene Kunden empfehlen das Haus weiter. Kundenbefragung. *Altenheim*, 48(5), 40–43.
- Gurk, S. (2009). Gesundheitsrisiko Arbeitsplatz. Berufskrankheit. *Altenpflege*, 34(4), 44–45.
- Kämmer, K. (2009). Tiefgreifender Wandel. PDL: Profil. *Altenpflege*, 34(4), 36–38.
- Kemp, C. L., Ball, M. M., & Perkins, M. M. (2009). „I get along with most of them“: direct care workers' relationships with residents' families in assisted living. *The gerontologist*, 49(2), 224–235.
- Kim, H., Harrington, C., & Greene, W. H. (2009). Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: a longitudinal analysis. *The gerontologist*, 49(1), 81–90.
- Kim, H., Kovner, C., & Harrington, C. (2009). A panel data analysis of the relationships of nursing home staffing levels and standards to regulatory deficiencies. *The journals of gerontology*, 64(2), 269–278.
- Klie, T. (2009). Heimvertrag endet im Pflegeheim mit dem Tod. Das Urteil. *Altenheim*, 48(4), 31–32.
- Kusterer, S. (2009). Ertragssteuern sparen, Spielraum bewahren. Kommanditgesellschaft auf Aktien (KGaA). *Altenheim*, 48(5), 36–39.
- Martikainen, P., Moustgaard, H., & Murphy, M. (2009). Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns. *The gerontologist*, 49(1), 34–45.
- Oberle, R. R. (2009). Weg aus dem Dilemma?. Die Service GmbH. *Altenheim*, 48(4), 43–45.
- Roßbruch, R. (2009). Betreiber eines Altersheims haftet nicht für unvorhersehbaren Sturz eines Heimbewohners. *Pflegerecht*, 13(3), 142–146.
- Roßbruch, R. (2009). Zur Untersagung der weiteren Beschäftigung eines Heimleiters wegen fehlender persönlicher Eignung. *Pflegerecht*, 13(3), 153–156.
- Schneider, K. (2009). MRSA sensibel bekämpfen. Hygienemaßnahmen. *Altenheim*, 48(5), 44–46.
- Schnurr, H.-J. (2009). Ein Ort der Begegnung. Altenpflegeheim Schafberg in Baden-Baden. *Altenheim*, 48(5), 20–22.
- Schwerdt, R. (2009). Heim und Hochschule: Miteinander neu lernen. *Heim + Pflege*, 40(4), 114–116.
- Steiner, H. (2009). Die Balance wahren. *Heim + Pflege*, 40(4), 108–110.
- Street, D., Burge, S., & Quadagno, J. (2009). The effect of licensure type on the policies, practices, and resident composition of Florida assisted living facilities. *The gerontologist*, 49(2), 211–223.
- Temkin-Greener, H., Cai, S., & Katz, P. (2009). Daily practice teams in nursing homes: evidence from New York State. *The gerontologist*, 49(1), 68–80.
- Wetterich, S. (2009). Umwelt schützen und Ressourcen schonen. Ökologie und Klimaschutz sind für Pflegeheime eine wichtige Aufgabe. *Heim + Pflege*, 40(4), 120–121.
- Whelan, P. J. P., Oleszek, J., & Macdonald, A. (2009). The utility of the Mini-mental State Examination in guiding assessment of capacity to consent to research. *International psychogeriatrics*, 21(2), 338–344.
- Zweig, S. C., & Parker Oliver, D. (2009). Returning from the total institution to a home environment: a journey for birthing and dying. *Journal of housing for the elderly*, 23(1/2), 116–129.
- Sterben / Sterbebegleitung / Tod**
- Beyer, S. (2009). Frauen im Sterben. Die Kategorie Geschlecht in der Sterbebegleitung. *Dr. med. Mabuse*, 34(179), 30–33.
- Bonin-Scaon, S., Munoz Sastre, M. T., & Chasseigne, G. (2009). End-of-life preferences: a theory-driven inventory. *The international journal of aging & human development*, 68(1), 1–26.
- Brent Tofle, R. (2009). Creating a place for dying: Gerontopia. *Journal of housing for the elderly*, 23(1/2), 66–91.
- Demiris, G., & Hensel, B. (2009). „Smart homes“ for patients at the end of life. *Journal of housing for the elderly*, 23(1/2), 106–115.
- Gagle, J. G. (2009). Weathering the storm: palliative care and elderly homeless persons. *Journal of housing for the elderly*, 23(1/2), 29–46.
- Gerhard, C., & Kostrzewa, S. (2009). Das Palliative Care Mapping-Verfahren. *Dr. med. Mabuse*, 34(179), 28–29.
- Hiel, A. v., & Vansteenkiste, M. (2009). Ambitions fulfilled? The effects of intrinsic and extrinsic goal attainment on older adults' ego-integrity and death attitudes. *The international journal of aging & human development*, 68(1), 27–51.

- Hof, S. (2009). Sterbebegleitung und Palliative Pflege. Blick zurück nach vorn. Dr. med. Mabuse, 34(179), 20–23.
- Kapp, M. B. (2009). Still dying after all these years: a classical library for contemporary controversies. Care management journals, 10(1), 14–20.
- Lima, J. C., Miller, S. C., & Shield, R. R. (2009). Palliative and hospice care in assisted living: reality or wishful thinking? Journal of housing for the elderly, 23(1/2), 47–65.
- Porock, D., Pollock, K., & Jurgens, f. (2009). Dying in public: the nature of dying in an acute hospital setting. Journal of housing for the elderly, 23(1/2), 10–28.
- Steen, J. T. v. d., Gijsberts, M.-J. H. E., & Muller, M. T. (2009). Evaluation of end of life with dementia by families in Dutch and U.S. nursing homes. International psychogeriatrics, 21(2), 321–329.
- Stoffer, F. J. (2009). Sterben begleiten, heißt Leben begleiten. CBT Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH. Altenheim, 48(5), 12–15.
- Teising, M. (2009). Zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Ein zentraler Konflikt auch am Lebensende. Dr. med. Mabuse, 34(179), 36–38.
- Wittenberg-Lyles, E. M., Cie'Gee, G., & Parker Oliver, D. (2009). What patients and families don't hear: backstage communication in hospice interdisciplinary team meetings. Journal of housing for the elderly, 23(1/2), 92–105.

Wohnen / Wohnumfeld

- De Koker, B. (2009). Socio-demographic determinants of informal caregiving: co-resident versus extra-resident care. European journal of ageing, 6(1), 3–15.
- Henning, C., Åhnby, U., & Österström, S. (2009). Senior housing in Sweden: a new concept for aging in Place. Social work in public health, 24(3), 235–254.
- Klie, T. (2009). Schließung einer Seniorenwohngemeinschaft durch Heimaufsicht war rechtens. Das Urteil. Altenheim, 48(5), 27–28.
- Lehmann, J. (2009). Einzigartiges Seniorenhaus für schwerhörige Menschen. Heim + Pflege, 40(4), 126–127.
- Vries, B. d. (2009). Aufbruch ins Quartier. Versorgungssicherheit außerhalb des Heims. Altenheim, 48(4), 22–25.
- Wasel, W., & Schiele, G. (2009). Netzwerk aus Selbst- und Nachbarschaftshilfe. Stiftung Liebenau. Altenheim, 48(4), 16–20.

Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand

- Gallo, W. T., Brand, J. E., & Teng, H.-M. (2009). Differential impact of involuntary job loss on physical disability among older workers. Does predisposition matter? Research on aging, 31(3), 345–360.
- Kaminski, R. (2009). Zulage als Zankapfel. Altenpflege, 34(4), 46–47.
- Roßbruch, R. (2009). Zur Kündigung eines befristet beschäftigten schwerbehinderten Arbeitnehmers. Pflegerecht, 13(3), 124–142.
- Weitz, A., & Raabe, H. (2009). „Man kann nicht nicht kommunizieren“. über die Bedeutung der Kommunikation in sich verändernden Unternehmen. Pro Alter, 41(1), 18–21.
- Wurm, S., Engstler, H., & Tesch-Römer, C. (2009). Ruhestand und Gesundheit. Informationsdienst Altersfragen, 36(2), 2–7.

Aktivierung / Ernährung / Sport

- Richter, K. O., & Stöhr, H.-J. (2009). Von den anderen lernen. Sensibilisierung ist der erste Schritt. Altenheim, 48(4), 40–42.

Berufliche Aus- / Fort- / Weiterbildung

- Angus, J. (2009). Leadership: a central tenet for postgraduate dementia services curricula development in Australia. International psychogeriatrics, 21(1), 16–24.
- Chapman, A., & Law, S. (2009). Bridging the gap: an innovative dementia learning program for healthcare assistants in hospital wards using facilitator-led discussions. International psychogeriatrics, 21(1), 58–63.
- Cherry, D. L., Hahn, C., & Vickrey, B. G. (2009). Educating primary care physicians in the management of Alzheimer's disease: using practice guidelines to set quality benchmarks. International psychogeriatrics, 21(1), 44–52.
- Dielmann, G. (2009). Keine brauchbaren Erkenntnisse. Modellversuche zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. Dr. med. Mabuse, 34(179), 46–47.
- Downs, M., Capstick, A., & Baldwin, P. C. (2009). The role of higher education in transforming the quality of dementia care: dementia studies at the University of Bradford. International psychogeriatrics, 21(1), 3–15.
- Fleming, R., & FitzGerald, D. (2009). Large-scale training in the essentials of dementia care in Australia: Dementia Care Skills for Aged Care Workers project. International psychogeriatrics, 21(1), 53–57.
- Gould, E., & Reed, P. (2009). Alzheimer's association quality care campaign and professional training initiatives: improving hands-on care for people with dementia in the U.S.A. International psychogeriatrics, 21(1), 25–33.
- Kuske, B., Luck, T., & Hanns, S. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. International psychogeriatrics, 21(2), 295–308.
- Müller, K. (2009). Trends in der Pflegebildung: Ergebnisse deutscher Modellprojekte. Pflegewissenschaft, 11(4), 197–200.
- Rampatige, R., Dunt, D., & Doyle, C. (2009). The effect of continuing professional education on health care outcomes: lessons for dementia care. International psychogeriatrics, 21(1), 34–43.
- Raven, U. (2009). Altenpflege: Handeln ohne Verstehen, Verstehen ohne Handeln?. Bestimmungsgünde einer professionalisierten Altenpflegepraxis aus strukturtheoretischer Sicht und deren Bedeutung für die Ausbildung ; Teil 2: Lebenspraxis im Alzgenpflegeheim – Eine Fallrekonstruktion und Perspektiven einer zukünftigen strukturtheoretisch fundierten Altenpflegeausbildung. Pflegewissenschaft, 11(4), 209–220.
- Weidner, F., & Rottländer, R. (2009). „Umfassend qualifizierte Pflegefachkräfte“. Erkenntnisse zur Zusammenführung der Pflegeausbildungen. Dr. med. Mabuse, 34(179), 42–45.

Recht

- Sträßner, H. R. (2009). Zwei Jahre Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in der Pflege (1. Teil). Pflegerecht, 13(3), 102–113.
- Sträßner, H. G. (2009). Zwei Jahre Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in der Pflege (2. Teil). Pflegerecht, 13(4), 160–168.

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

Busch, Britta: Gemeinsame Stressbewältigung im Alter : Paare beim Übergang in den Ruhestand. – Opladen : Budrich UniPress Ltd., 2008. – 287 S. – (Erziehungswissenschaft)
ISBN 978-394-075-5216 : EUR 29.90

Förster, Christine: Gewalt in der institutionellen Altenpflege : Welche biographischen und sozialen Konstellationen wirken fördernd auf die Ausübung von Gewalt in der institutionellen Altenpflege und welche Ressourcen spielen zur Reduktion der Gewalt eine Rolle?. – Frankfurt a.M. : Mabuse, 2008. – 158 S. – (Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“ ; Bd. 16)
ISBN 978-394-052-9312 : EUR 20.00

Gemeinsam an der Familiengeschichte arbeiten : Texte und Erfahrungen aus Erinnerungswerkstätten mit Bild- und Tonmaterialien auf CD-ROM / Imbke Behnken, Jana Mikota (Hrsg.). – Weinheim : Juventa, 2008. – 240 S. : Ill. + 1 CD-ROM. – (Kinder des Weltkrieges)
ISBN 978-377-992-2209 : EUR 26.00

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie / Soziologie

Aging, Anti-Aging, Pro-Aging : Altersdiskurse in theologischer Deutung / Martine Kumlehn und Thomas Klie (Hrsg.). – Stuttgart : Kohlhammer, 2009. – 235 S. – Register
ISBN 978-317-020-5703 : EUR 26.90

Sozialpolitik / Soziale Sicherung

Die demografische Zukunft von Europa : wie sich die Regionen verändern / hrsg. von Steffen Kröhnert, Iris Hossmann, Reiner Klingholz, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. – Originalausg. – München : Dtv, 2008. – 367 S. : Ill. – (dtv ; 34509)
ISBN 978-342-334-5095 : EUR 19.90

Zaidi, Ashgar: Well-being of older people in ageing societies. – Aldershot : Ashgate, 2008. – 318 S. – (Public policy and social welfare ; Vol. 30). – Register
ISBN 978-07-5467-5969 : EUR 54.90

Altenhilfe / Altenpolitik / Altenarbeit

Future elderly living conditions in Europe = l'avenir des conditions de vie des Européens âgés / ed. by Joëlle Gaymu et al. – Paris : INED, 2008. – 315 p. : ill. – 1 CD-ROM. – (Les cahiers de l'INED)
ISBN 978-273-320-1633 : EUR 23.70

Pilgram, Amélie; Kurt Seifert: Leben mit wenig Spielraum : Altersarmut in der Schweiz. – Zürich : Pro Senectute Schweiz, 2009. – 104 S. : Ill. – (Edition Pro Senectute ; Bd. 1). – Franz. Fassung: Vivre avec peu de moyens
ISBN 978-395-234-7638 : CHF 25.00
[Bezug: www.pro-senectute.ch]

Sozialarbeit / Selbsthilfe / Freiwillige Hilfe

Dinges, Sabine: Freiwillige dringend gesucht : ehrenamtliches Engagement in Altenpflegeheimen. – Hannover : Schlütersche, 2009. – 146 S. : Ill. – (Pflege Schlütersche). – Register
ISBN 978-389-993-2188 : EUR 26.90

Frittum, Markus: Die Soziale Arbeit und ihr Verhältnis zum Humor : Möglichkeiten humorvoller Intervention im Beratungsgespräch. – Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften ; GWV Fachverlage GmbH, 2009. – 156 S. – (VS research)
ISBN 978-353-116-2942 : EUR 24.90

Vorbereitung auf das Alter / Weiterbildung / Bildung Älterer

Oppolzer, Ursula: Verflüxt, das darf ich nicht vergessen! : Band 1 : gutes Gedächtnis bis ins hohe Alter : 30-Tage-Training : nur 10 Minuten pro Tag – 14., überarb. und aktual. Aufl. – Hannover : Humboldt; Schlütersche, 2009. – 215 S. : Ill. – (Lebenshilfe & Psychologie)
ISBN 978-386-910-4560 : EUR 12.90

Wegweiser durch die digitale Welt : für ältere Bürgerinnen und Bürger / Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V. – 2. aktual. Aufl. – Bonn : BAGSO, 2008. – 80 S. : Ill. – (BAGSO Publikation ; Nr. 20)
ISBN 978-398-096-1851
[Bezug: www.bagso.de]

Freizeit / Medien

Jasper, Bettina M.: Wabe [Spiel] : Spass haben und trainieren mit Farben und Zahlen. – Hannover : Vincentz Network, 2009. – 1 Kartonschachtel (49 Sechsecke, 1 Farbwürfel, 2 Augenwürfel, Spielanleitung). – (Altenpflege)
ISBN 978-386-630-0866 : EUR 39.00

Sauter, Hanns: Das grosse Buch der Seniorennachmittage. – Freiburg i. Br.; Basel : Herder, 2008. – 223 S. : Ill. + 1 CD-ROM
ISBN 978-345-132-0446 : EUR 19.95

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

Kurzlehrbuch Altenpflege / G. Groos-Böckelmann et al. – München : Elsevier, 2009. – 2 Bde. : graph. Darst. – Register. – Enthält: Band 2: Lernfelder 1.1; 2; 3 und 4 – mit www.pflegeheute.de-Zugang. – X, 390 S. – Enthält: Band 1: Lernfelder 1.1; 2; 3 und 4 – mit www.pflegeheute.de-Zugang. – IX, 308 S.

ISBN 978-343-727-8006 : EUR 24.95

Swoboda, Beate; Christoph Lauterbach: Dokumentieren und Planen lernen : ein Lern- und Arbeitsbuch. – Hannover : Vincentz, 2009. – 167 S. : Ill. – (Altenpflege)

ISBN 978-386-630-0705 : EUR 24.00

Take care! [Spiel] : das Pflegespiel / Spielidee: boq – Beratung für Organisation und Qualität GmbH & Co. KG. – Hannover : Vincentz Network, 2009. – 1 Kartonschachtel (Spielplan, Spielanleitung, Würfel, Trostpflasterchips, Pflegekronenchips, Fragekarten, Bewohnerakten mit Aufstellern, Antwortheft). – (Altenpflege)
ISBN 978-386-630-0736 : EUR 59.99

Gesundheit / Ernährung / Sport

Beraterhandbuch : präventive Hausbesuche bei Senioren / Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) ; hrsg. Autoren: Cordula Schmidt, Anne Gebert, Frank Weidner. – Hannover : Schlütersche, 2009. – 239 S. – (Pflegeforschung). – Register
ISBN 978-389-993-2041 : EUR 39.90

König, Jutta: 100 Fehler bei Stürzen im Heim und was Sie dagegen tun können. – 2., aktual. Aufl. – Hannover : Schlütersche, 2009. – 104 S. : graph. Darst. – (Pflege leicht) (Brigitte Kunz Verlag). – Register
ISBN 978-389-993-4656 : EUR 10.90

Aktivierung / Pflege / Rehabilitation / Therapie

Blanckenburg, Albrecht von: Musiktherapie mit Senioren. – 8. überarb. Aufl. – Idstein : Schulz-Kirchner, 2008. – 111 S. : Ill. – (Neue Reihe Ergotherapie. Reihe 3: Fachbereich Geriatrie ; Bd. 1)
ISBN 978-382-480-0032 : EUR 10.95

Buchholz, Thomas; Ansgar Schürenberg: Basale Stimulation® in der Pflege alter Menschen : Anregungen zur Lebensbegleitung. – 3., überarb. und erw. Aufl. – Bern : H. Huber, 2009. – 302 S. : Ill. – (Verlag Hans Huber, Programmbe- reich Pflege). – Frühere Aufl. u.d.T.: Lebensbegleitung alter Menschen. – Register
ISBN 978-345-684-5647 : EUR 34.95

Das kann ja heiter werden : Humor und Lachen in der Pflege / Iren Bischofberger (Hrsg.) ; unter Mitarb. von Jutta Bisaz et al. – 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. – Bern : H. Huber, 2008. – 381 S. : Ill. – (Verlag Hans Huber, Programmbe- reich Pflege). – Register
ISBN 978-345-684-4992

- Friese, Andrea: Frühlingsgefühle : 28 Kurzaktivierungen im Frühling für Menschen mit Demenz. – Hannover : Vincentz, 2009. – 108 S. : Ill. – (Altenpflege)
ISBN 978-386-630-0668 : EUR 32.00
- Radenbach, Johanna: Aktiv trotz Demenz : Handbuch für die Aktivierung und Betreuung von Demenzerkrankten. – Hannover : Schlütersche, 2009. – 152 S. : Ill. – (Pflege Schlütersche). – Register
ISBN 978-389-993-2195 : EUR 26.90
- Rudert, Bettina; Bernd Kiefer: Die TTB-Fühlschnur: Materialien zur wertschätzenden Kurzzeitaktivierung. – Hannover : Vincentz, 2009. – 79 S. : Ill. – (Altenpflege)
ISBN 978-386-630-0859 : EUR 18.80
- Schwarz, Günther: Umgang mit demenzkranken Menschen. – Bonn : Psychiatrie-Verlag, 2009. – 140 S. – (Basiswissen)
ISBN 978-388-414-4763 : EUR 14.95
- Umgang mit Demenz : Pflegequalität steigern und Pflegeverständnis sichern / J. F. Hallauer, W. Hofmann (Hrsg.). – Grundwerk Auflage 2007. – Hamburg : B.Behr's, 2007-. – 2 Ordner + 1 CD-ROM. – (Pflegepraxis aktuell). – Loseblattausgabe, wird durch Nachträge auf dem neuesten Stand gehalten
ISBN 978-389-947-3049 : EUR 89.50

Gesetze / Verordnungen / Richtlinien / Recht

- Legat, Maria-Rebecca: Ältere Menschen und Sterbenskranke im Strafvollzug : eine rechtsstaatliche Analyse des Vollzugsalltags von Gefangenen mit besonderem Pflegebedarf / Maria-Rebecca Legat. – Frankfurt a.M. ; Bern etc. : P. Lang, 2009. – X, 208 S. – Grundlagen gesamte Strafrechtswissenschaft, ISSN 1862-667X ; Bd. 3). – Zugleich: Diss. Bielefeld, 2008
ISBN 978-363-158-5009 : EUR 39.00

Neue Veröffentlichung Gesundheit und Krankheit im Alter

Das Thema des arbeitsteilig vom Statistischen Bundesamt, DZA und Robert-Koch-Institut verfassten Buches betrifft Junge wie Alte und Gesunde wie Kranke. Auch wenn alt an Jahren nicht gleichbedeutend mit Kranksein ist, nimmt die Wahrscheinlichkeit, an Krankheiten zu leiden, mit dem Alter doch zu.

Im dem kürzlich in der Schriftenreihe „Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ erschienenen Band geht es um die Gesundheit und Krankheit von Menschen, die 65 Jahre und älter sind. Es werden somatische und psychische Gesundheit, funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit sowie subjektive Gesundheit behandelt. Die Einflüsse von Lebenslagen und Lebensstilen auf die Gesundheit von älterwerdenden und alten Menschen werden analysiert. Anhand der Angebote, welche die professionelle, familiäre und ehrenamtliche Seite bereitstellen, wird die gesundheitliche und pflegerische Versorgung alter Menschen untersucht. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels werden schließlich die ökonomischen Auswirkungen des Alterns für das Gesundheitswesen analysiert.

Inhaltlicher Ausgangspunkt sind theoretische Positionen zum Alter und Altern, auf die im ersten Teil eingegangen wird. Die Ausführungen des zweiten Teils „Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung“ münden in der Frage, ob der demografische Wandel zu einer Kompression oder Expansion der Morbidität führen wird. Die Beiträge zu den gesundheitsrelevanten Lebenslagen und Lebensstilen im dritten Teil schließen mit einer Erörterung der Frage „Wie wichtig ist Prävention?“. Die Vernetzung als Option rundet den vierten Teil zu den Angeboten gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für alte Menschen ab. Die Beiträge zu den ökonomischen Chancen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft im fünften Teil des Buches führen zu der Frage, ob Gesundheit unter den

Bedingungen von Demografie und Fortschritt bezahlbar bleibt.

Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; & Ziese, T. (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert-Koch-Institut ISBN: 978-3-89606-196-6 ISSN: 1437-5478

Der GBE-Beitrag „Gesundheit und Krankheit im Alter“ kann schriftlich kostenlos bestellt werden (Robert Koch-Institut, GBE, General-Pape-Straße 62, 12101 Berlin, E-Mail: gbe@rki.de, Fax. (030)18754-3513) und ist abrufbar unter www.rki.de.

Neue Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats des DZA

Als Kontroll- und Beratungsorgan des DZA fungiert ein wissenschaftlicher Beirat. Diesem Fachbeirat gehören Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus verschiedenen Bereichen der Sozial- und Verhaltenswissenschaften an. In der jüngsten Mitgliederversammlung wurden die Professoren Dr. Gerd Naegele und Dr. Thomas Klie nach zehnjähriger Zugehörigkeit aus dem Beirat verabschiedet. Mit der Berufung fünf neuer Mitglieder wurde das interdisziplinäre Spektrum der wissenschaftlichen Berater über den unmittelbaren Fokus der Gerontologie hinaus erweitert. Neu berufen wurden: der Psychologe Prof. Dr. Michael Eid, Berlin, der Psychologe Prof. Dr. Werner Greve, Hildesheim, der Soziologe Prof. Lutz Leisering Ph.D., Bielefeld und die Gesundheitswissenschaftlerin Prof. Dr. Doris Schaeffer, Bielefeld.

Impressum

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

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

ISSN 0724-8849